

## IMPLEMENTASI ASPEK PROMOTIF UPAYA KESEHATAN JIWA DI MALANG

### IMPLEMENTATION OF MENTAL HEALTH PROMOTIVE ASPECT IN MALANG

Zuhrotun Ulya<sup>1</sup>, Adi Sulistyono<sup>2</sup>, Widodo T. Novianto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya

<sup>2</sup>Hukum Kesehatan, Fakultas Hukum, Universitas Sebelas Maret

#### ABSTRAK

Gangguan jiwa membutuhkan tatalaksana holistik yang melibatkan keluarga serta masyarakat untuk membentuk komunitas sehat jiwa. Edukasi mengenai gangguan jiwa dan bentuk kegawatan diharapkan mampu mengarahkan serta menumbuhkan keaktifan kader untuk lebih mengenali pentingnya kesehatan jiwa. Penelitian ini dilakukan melalui pemberian edukasi sebagai aspek promotif upaya kesehatan jiwa pada 45 partisipan dari berbagai komponen masyarakat yang kemudian dievaluasi implementasi melalui proses dan hasil edukasi. Implementasi edukasi gangguan jiwa sebagai aspek promotif upaya kesehatan jiwa membentuk pola pikir dan sikap masyarakat bahwa gangguan jiwa dapat diterapi dengan tepat serta sebagai alternatif pemberdayaan masyarakat sehat jiwa di Malang.

**Kata kunci:** Edukasi, Kesehatan jiwa, Promotif.

#### ABSTRACT

*Mental disorders require holistic management that involves families and communities to make mental health communities. Education about mental disorders and emergency psychiatry is expected to be able to direct and foster participant activities to better recognize the importance of mental health. This research was conducted through the education as a promotive aspect of mental health involving 45 participants from various component of community which were evaluated for implementation through educational processes and results. The implementation of education on mental disorders as a promotive aspect of mental health make mindset and attitudes of society that mental disorders can be treated appropriately and as an alternative of empowering mental health communities in Malang.*

**Keywords:** Education, Mental health, Promotive.

#### PENDAHULUAN

Masalah kesehatan jiwa di Indonesia masih memerlukan kajian dan penanganan holistik sebagai bentuk perwujudan pelayanan kesehatan nasional. Tindakan tersebut tidak terbatas pada layanan pengobatan, namun juga melibatkan aspek pencegahan, rehabilitasi dan promosi kesehatan jiwa. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 1.7 permil (Idaiani, 2013). Angka tersebut belum mencakup gangguan jiwa ringan, stres di tempat kerja, serta bentuk kerentanan masalah kejiwaan lain. Laporan Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa RS Saiful Anwar Malang di tahun 2011 menyebutkan dalam rentang 2010-2011 di Malang, didapatkan

3-5 kasus percobaan bunuh diri per bulan, 7 kasus baru gangguan jiwa per bulan, 179 per 1000 orang mengalami gangguan jiwa ringan dan 3 per 1000 orang mengalami gangguan jiwa berat. Beberapa kasus gangguan jiwa yang disertai kegawatan, sekitar 80% diantaranya merupakan pasien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan (Ulya, 2012).

Kegawatan di bidang gangguan jiwa merupakan kondisi gangguan pada pikiran, perasaan atau perilaku yang memerlukan penanganan segera karena berpotensi menimbulkan bahaya bagi diri sendiri, orang lain dan lingkungan apabila tidak ditangani dengan tepat (Chanmugam, et al., 2013). Beberapa kondisi yang menimbulkan kegawatan gangguan jiwa seperti gangguan mental akibat kelainan otak dan metabolisme, gaduh gelisah, percobaan bunuh diri dan penyalahgunaan NAPZA (Knoll, 2014). Beberapa kasus gangguan jiwa yang terjadi di masyarakat seringkali tidak terpantau, munculnya ketidakpatuhan pada pengobatan, dukungan keluarga yang kurang terhadap upaya kesembuhan, tingkat pengetahuan keluarga yang kurang serta adanya tindakan pasung yang menjadikan pasien tidak mendapatkan terapi yang tepat (Jorm, 2012).

Mispersepsi dan sikap masyarakat yang kurang berempati terhadap pasien gangguan jiwa cenderung memperlama proses perbaikan (Basco et al., 2013). Hal ini semakin menggambarkan adanya kegagalan membentuk masyarakat sehat jiwa, yang seharusnya diharapkan mampu menyadarkan masyarakat serta meminimalkan dampak masalah psikososial dan gangguan jiwa terhadap individu, keluarga dan masyarakat (Boudreaux dan McCabe, 2014). Penanganan yang kurang tepat justru memperburuk kondisi pasien, sehingga keluarga dan masyarakat perlu memahami langkah awal mengenali gejala serta merujuk pasien ke sentra layanan kesehatan, kemudian mengawasi kontrol penggunaan obat dan gejala yang masih dimiliki pasien. Apabila hal ini telah dilaksanakan dengan baik, maka diharapkan angka kekambuhan pasien gangguan jiwa bisa ditekan sehingga resiko mengalami kegawatan gangguan jiwa juga minimal (Wilcox et al., 2013). Pasien yang masuk dalam penanganan kegawatan gangguan jiwa

menunjukkan gejala yang mengarah pada hilangnya kapasitas kontrol diri sehingga membutuhkan penanganan segera (Vilke, et al., 2014).

Keluarga pasien dan masyarakat perlu memahami bahwa pasien gangguan jiwa memiliki resiko kambuh 3-4 kali lebih besar pada pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan (Zhornitsky dan Stip, 2012). Saat pasien mengalami kekambuhan maka sangat berisiko meningkatkan potensi tindak kekerasan atau perilaku berbahaya terhadap diri sendiri dan atau lingkungan (Mohamed, et al., 2009). Mengenali gejala dan kekambuhan gangguan jiwa sejak awal serta memiliki empati akan membentuk masyarakat sehat jiwa di komunitas (Caplan, 2013). Kondisi tersebut melatarbelakangi perlunya pemberian edukasi sebagai aspek promotif kesehatan jiwa di Malang yang kemudian dievaluasi bagaimana proses dan hasil implementasi tersebut.

**METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif berupa pengembangan *grounded theory*, dengan lokasi penelitian di Kota dan Kabupaten Malang.

Waktu penelitian sejak Maret 2012 – Maret 2016. Sumber data dan teknik pengumpulan data berasal dari rekam medis (untuk mendapatkan daerah asal pasien), wawancara, observasi partisipasi aktif dan dokumentasi setelah pemberian edukasi berkala (5 kali kegiatan terstruktur). Instrumen penelitian meliputi penulis, alat perekam, lembar isian demografi, *participation chart (log book)*. Subjek penelitian sejumlah 45 orang meliputi keluarga pasien, tokoh masyarakat, kader PKK, petugas puskesmas dan petugas kelurahan. Analisis data secara interaktif melalui proses *data reduction, data display dan verification*.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Proses Edukasi Kesehatan Jiwa**

Edukasi sebagai aspek promotif upaya kesehatan jiwa dilakukan pada seluruh subjek penelitian. Proses edukasi dilakukan bertahap sejumlah 5 kali pertemuan yang berbeda. Dalam proses edukasi berjenjang tersebut, tampak ragam kehadiran dan keaktifan yang berbeda (Tabel 1) serta alasan masing-masing partisipan (Tabel 2 dan 3).

Tabel 1. Persentase Kehadiran dan Keaktifan Partisipan

Kegiatan Partisipan	Pelatihan 1	Pelatihan 2	Pelatihan 3	Pelatihan 4	Rencana tindak lanjut
Keluarga pasien	100%	100%	100%	88%	88%
Tokoh masyarakat	100%	88%	77%	66%	66%
Kader PKK	100%	77%	66%	66%	66%
Petugas PKM	88%	66%	66%	66%	66%
Petugas Kelurahan	55%	44%	44%	44%	44%

Tabel 2. Alasan Partisipan untuk Tetap Aktif dalam Kegiatan Edukasi

Sudut pandang keluarga pasien	
1.	Karena saya ingin anggota keluarga saya mendapat pengobatan yang lebih baik, bisa berguna di masyarakat dan kembali seperti sebelum sakit.
2.	Karena saya ingin membantu dan memberi tahu keluarga lain yang memiliki masalah serupa seperti saya bahwa gangguan jiwa bisa diupayakan pengobatannya meskipun jenuh sekali menunggu proses perbaikan
3.	Karena saya ingin tidak ada lagi penilaian buruk pada keluarga saya, seakan kami adalah sampah masyarakat, padahal kami bukan penjahat
Sudut pandang tokoh masyarakat	
1.	Karena saya ingin masyarakat di lingkungan saya menjadi lebih baik, program ini harus diteruskan.
2.	Saya menjadi tahu bagaimana melakukan penanganan awal ketika ada yang mengalami gangguan jiwa, dan mereka berhak mendapat penanganan yang terbaik.
3.	Saya membayangkan bagaimana jika itu terjadi pada saya dan keluarga saya, tentu akan sangat terbebani bila tidak ada yang mau peduli.
Sudut pandang kader PKK	
1.	Kegiatan ini bisa dilanjutkan secara berantai sehingga mencetak kader baru bisa lebih mudah karena kami mengerti tentang hal baru terutama berkaitan dengan gangguan jiwa.
2.	Memberi kesempatan kami untuk mengetahui dan mengerti sistem rujukan ke rumah sakit dan hal-hal yang bisa kami lakukan
Sudut pandang petugas Puskesmas dan Kelurahan	
1.	Kegiatan edukasi ini mendukung salah satu kegiatan kami untuk membentuk masyarakat yang lebih baik.
2.	Bahwa pasien gangguan jiwa ada didalam wilayah kami, maka kami bertanggung jawab untuk upaya perlindungan dan mempermudah menuju akses layanan kesehatan.

Tabel 3. Alasan Partisipan untuk Tidak Aktif dalam Kegiatan Edukasi

No.	Alasan
1.	Sibuk
2.	Tidak mendapat keuntungan apapun (motif ekonomi dan sosial)
3.	Sulit memahami dan melakukan rujukan pasien
4.	Jarak tempuh yang jauh
5.	Kurangnya pengertian mengenai sistem rujukan dan pembiayaan kesehatan
6.	Hanya membebani dan menambah tugas harian
7.	Tidak menemukan hal yang menarik

#### Hasil Edukasi Kesehatan Jiwa

Dari proses yang telah berjalan, monitoring hasil edukasi tampak dalam progres pasca pelaksanaan. Beberapa perwujudan hasil edukasi berupa terdeteksinya beberapa kasus gangguan

jiwa yang belum tersentuh tim Kesehatan di daerah, keaktifan pasien gangguan jiwa untuk datang kontrol dan evaluasi terapi, serta bentuk progres lain (Tabel 4).

Tabel 4. Monitoring Aktivitas Pasca Rencana Tindak Lanjut

No.	Aktivitas	Sebelum edukasi	Progres pasca edukasi
1.	Pembentukan kader baru di masing-masing wilayah	Tidak ada	Telah terlaksana di 9 wilayah daerah Malang (kota dan kabupaten), dan total kader (diluar partisipan) di tahun akhir 2017 mencapai 80 orang
2.	Pendampingan pasien kontrol rutin poli Jiwa	Pasien jarang kontrol poli, kontrol bila kambuh.	Telah dilaksanakan secara rutin (per bulan atau per 3 bulan secara bergilir dengan kader lain)
3.	Temuan kasus baru gangguan jiwa	2-3 kasus baru per bulan	10 kasus baru per bulan
4.	Temuan kasus pasung di wilayah serta penyerahan pada Dinas Sosial	Tidak ada	6-10 kasus (tahun 2014 – 2015) yang kemudian perawatan selanjutnya dilanjutkan oleh pasien ke RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
5.	Temuan dan rujukan kasus kedaruratan psikiatri	3 kasus per bulan	3-5 kasus percobaan bunuh diri per bulan, 2-4 kasus penyalahgunaan NAPZA (koordinasi dengan divisi program terapi rumatan metadon)
6.	Pemberian penyuluhan pada kader baru dan masyarakat secara mandiri	Tidak ada	Telah dilaksanakan hingga saat ini

Dari paparan hasil tersebut terbentuk suatu hipotesis baru bahwa pendekatan dan pemberdayaan masyarakat menggunakan model edukasi kedaruratan psikiatri dan pembentukan partisipan aktif berpengaruh dan memiliki manfaat positif serta perlu melanjutkan sistem yang telah berjalan untuk membentuk masyarakat sehat jiwa. Pasca pelaksanaan pelatihan terhadap partisipan, didapatkan keaktifan partisipan di beberapa wilayah bekerjasama dengan tim Puskesmas untuk menyusun bentuk partisipan baru. Hal ini terjadi karena adanya kesepahaman pentingnya pemberdayaan masyarakat untuk membentuk masyarakat sehat jiwa. Para partisipan yang terlatih mengajak masyarakat sekitar untuk aktif mengenali gejala gangguan jiwa, sehingga dengan proses edukasi mandiri yang dilakukan partisipan, terbukalah informasi adanya kasus pasung, penelantaran pasien, serta temuan kasus baru yang segera dirujuk partisipan ke rumah sakit. Partisipan secara aktif melakukan pendampingan secara bergilir untuk kontrol poli, selain itu kerjasama yang baik antara petugas puskesmas dan kelurahan mampu memfasilitasi pengurusan

surat jaminan kesehatan yang diperlukan pasien dan keluarga untuk berobat sehingga meringankan beban ekonomi keluarga.

Penelitian ini mulai dilaksanakan sebelum Indonesia mengesahkan Undang-undang Kesehatan Jiwa No. 18 Tahun 2014 yang menekankan perlunya aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif sebagai bentuk penanganan gangguan jiwa di masyarakat. Sejauh pantauan penulis, banyak kegiatan serupa di berbagai daerah sebagai upaya menggerakkan kesehatan jiwa daerah. Pada akhirnya pemberdayaan masyarakat menjadi faktor penyumbang perbaikan kondisi kesehatan mental pribadi dan komunitas.

Keterbatasan dalam studi ini adalah belum tergambaranya kaitan kondisi sosial, sejarah dan ekonomi secara luas terutama di area yang jauh dari jangkauan rumah sakit, karena sangat dimungkinkan banyak kasus gangguan jiwa yang belum tersentuh oleh pihak kesehatan dan petinggi daerah setempat. Namun, kegiatan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan edukasi sebagai implementasi aspek promotif upaya kesehatan jiwa masih dinilai memiliki prospek, peran dan manfaat.

## KESIMPULAN

Implementasi edukasi gangguan jiwa sebagai aspek promotif upaya kesehatan jiwa membentuk pola pikir dan sikap masyarakat bahwa gangguan jiwa dapat diterapi dengan tepat serta sebagai alternatif pemberdayaan masyarakat sehat jiwa di Malang.

## DAFTAR PUSTAKA

Basco, M., Bostic, J., & Davies, D. (2013). Methods to Improve Diagnostic Accuracy in a Community Health Setting. *American Journal of Psychiatry*, 1-12.

Boudreaux, E., & McCabe, B. (2014). *Emergency Psychiatry : Critical Incident Stress Management, Intervention and Effectiveness*. *Psychiatric Services*, 1-8.

Caplan, G. (2013). *An Approach to Community Mental Health*. London: Tavistock Institute.

Chanmugam, A., Triplett, P., & Kelen, G. (2013). *Emergency Psychiatry*. New York: Cambridge University Press.

Idaiani, S. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Jorm, A. (2012). *Mental Health Literacy : Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health*. *American Psychologist*, 21-29.

Knoll, J. L. (2014). *The Psychiatric ER Survival Guide* Upstate Medical University. New York: University of New York.

Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., & Lieberman, J. (2009). Cross Sectional and Longitudinal Relationships between Insight and Attitudes Toward Medication and Clinical Outcomes in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 35(2), 336-346.

Ulya, Z. (2012). *Edukasi Kedaruratan Psikiatri Dan Pembentukan Lingkaran Empati Sebagai Alternatif Pemberdayaan Masyarakat Sehat Jiwa Di Malang*. Universitas Brawijaya.

Vilke, G. M., Debar, M. L., & Chan, T. C. (2014). Excited Delirium Syndrome (ExDS): Defining Based on a Review of the Literature. *Journal Emergency Medicine*, 10-15.

Wilcox, H. C., Beautrais, A. L., & Larkin, G. L. (2013). *Suicide Assessments*. New York: Cambridge University Press.

Zhornitsky, S., & Stip, E. (2012). Oral versus Long-Acting Injectable Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Special Populations at Risk for Treatment Nonadherence : A Systematic Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 1-12.