

PELINDUNGAN BAGI KELOMPOK BERISIKO GANGGUAN JIWA

Protection of Mental Disorders Risk Group

Elga Andina

*Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI)
Sekretariat Jenderal DPR RI*

Naskah diterima: 8 April 2013
Naskah direvisi: 25 Juli 2013
Naskah diterbitkan: 14 Desember 2013

Abstract: *The increasing number of People With Mental Health Disorder (PWMHD) shows fragile protection to people. Medical Human Resource can hardly handle this condition; therefore we need preventive approach to avoid new PWMHD. This protection should be focus more to those who's at risk in order to maintain their mental health quality. This study classifies 4 groups risked to mental health disorder: according to age; psychosocial condition; under threat condition, and physical condition. The Indonesia's People House of Representative needs to make laws based on mental health's perspective to ensure protection against mental disorder's risk.*

Keywords: *PWMHD, risk, mental health disorder, protection.*

Abstrak: Peningkatan jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) menunjukkan lemahnya perlindungan terhadap masyarakat dari faktor risiko gangguan jiwa. Sumber daya kesehatan jiwa belum mampu menangani lonjakan ODGJ, perlu dilakukan langkah preventif untuk mencegah bertambahnya ODGJ baru. Pelindungan ini perlu dilakukan terutama bagi mereka yang berisiko mengalami gangguan jiwa agar tidak menurunkan kualitas kesehatan jiwanya. Kajian ini mengklasifikasikan 4 kelompok berisiko gangguan jiwa yang harus dijadikan subjek pelindungan, yaitu berdasarkan usia, kondisi psikososial, kondisi ancaman, dan kondisi fisik. Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia (DPR RI) perlu membuat peraturan perundang-undangan yang berperspektif kesehatan jiwa dalam rangka melindungi masyarakat dari risiko gangguan jiwa.

Kata kunci: ODGJ, risiko, gangguan jiwa, pelindungan.

Pendahuluan

Peningkatan jumlah prevalensi gangguan jiwa di Indonesia semakin signifikan. Laporan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 mensinyalir 0,5% dari seluruh populasi Indonesia mengalami gangguan jiwa berat (2008:xvi). Yusuf dkk (2010) meyakini bahwa angka tersebut bukan merupakan gambaran yang sebenarnya. Dengan asumsi jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2010 sebesar 237,6 juta jiwa, dan menggunakan parameter prevalensi global untuk gangguan jiwa berat yaitu 1%, maka jumlah penderita gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 2.400.000 orang. Sedangkan jika memakai data Riset Kesehatan Dasar, maka jumlahnya hanya 1.100.000 orang.

Riskesdas 2007 juga menemukan bahwa penderita gangguan mental emosional mencapai 11,6% atau sekitar 27,6 juta orang. Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut (Riskesdas 2007, 2008:119). Menurut laporan tersebut, provinsi dengan jumlah penduduk

yang paling banyak mengalami gangguan mental emosional di Indonesia adalah Provinsi Jawa Barat dengan 2,00%, dan yang terendah adalah provinsi Kepulauan Riau dengan 1,51%.

Meningkatnya jumlah pasien gangguan jiwa ini terlihat dari data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2008 yang menemukan bahwa terdapat 27.416 jiwa pasien gangguan mental dan perilaku yang mendapat perawatan inap di rumah sakit, dimana 14.566-nya berjenis kelamin laki-laki dan sisanya 12.850 berjenis kelamin perempuan. Dari jumlah tersebut 204 jiwa meninggal dunia (Profil Kesehatan Indonesia 2008:lampiran 3.4).

Pada kenyataannya, jumlah rumah sakit tidak sebanding dengan pasien yang membutuhkan layanan kesehatan jiwa. Jumlah rumah sakit yang menangani pasien gangguan jiwa pun terbatas. Data profil Kesehatan Indonesia tahun 2011 mencatat hanya tersedia 6.243 tempat tidur dari 51 rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia. Jumlah rumah sakit jiwa pun tidak tersebar rata di semua provinsi, sehingga menyebabkan masyarakat kesulitan akses mencapai layanan kesehatan jiwa. Pada tahun 2012, Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa

Indonesia memiliki sebanyak 33 Rumah Sakit Jiwa (RSJ) yang tersebar di seluruh provinsi, namun masih ada 8 provinsi yang belum memiliki RSJ, yaitu Sulawesi Barat, Papua Barat, Maluku Utara, Banten, Kepulauan Riau, NTT, Kalimantan Tengah, dan Gorontalo. Selain itu, saat ini juga terdapat sekitar 8.000 rumah sakit yang telah memiliki bagian khusus untuk menangani kesehatan jiwa.¹

Tabel 1. Jumlah Rumah Sakit Jiwa tahun 2004-2008

Tahun	RS	Tempat Tidur
2004	51	8.535
2005	51	8.527
2006	51	8.630
2007	51	8.726
2008	51	8.781
2009	51	9.206
2010	51	9.121
2011	51	6.243

Sumber: Ditjen Pelayanan Medik, Depkes RI (per 1 September 2008), dalam Profil Kesehatan Indonesia, 2008 dan Ditjen Bina Upaya Kesehatan, Kemenkes RI, dalam Profil Data Kesehatan Indonesia 2011.

Sedangkan Puskesmas, sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan masih belum mampu memberikan pelayanan kejiwaan yang memadai, meskipun pelayanan kesehatan jiwa merupakan salah satu dari 18 tugasnya.

Permasalahan sarana juga terkait dengan sedikitnya jumlah tenaga kesehatan jiwa. Idealnya, pelayanan kesehatan jiwa dilakukan oleh ahli jiwa dan tenaga kesehatan yang terkait. Pada kenyataannya jumlah psikolog klinis ataupun psikiater masih dibawah rasio ideal dengan jumlah penduduk, yaitu 0,22:100.000. Padahal, standar yang diberikan oleh WHO mengenai perbandingan jumlah tenaga psikolog, psikiater, dan konselor adalah 1:30.000². Dr. Tun Kurniasih Bastaman, SpKJ, Ketua Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) menjelaskan penambahan dokter spesialis jiwa di Indonesia sangat sedikit jumlahnya. Hal ini terkait dengan rendahnya minat dan ketersediaan akses pendidikan kesehatan jiwa. Hanya 9 Fakultas Kedokteran di Indonesia yang memiliki fakultas kesehatan jiwa dari 64 yang terdaftar. Dari jumlah itu hanya 6 fakultas yang aktif, dengan 10-20 lulusan pertahun. Lebih parahnya lagi, 600 Psikiatri yang ada di Indonesia, sekitar 200

Psikiatri di antaranya berada di kota besar, antara lain Jakarta, Surabaya, Bandung dan Jogjakarta.³

Selain psikiater, psikolog juga memiliki kompetensi untuk memberikan layanan kesehatan jiwa sampai titik tertentu. Akan tetapi, sampai saat ini, tenaga psikolog, terutama psikolog klinis masih belum banyak digunakan di unit pelayanan kesehatan milik pemerintah. Hal ini disebabkan belum jelasnya peran psikolog dalam hubungan kerjanya dengan professional kesehatan lain, seperti dokter spesialis kedokteran jiwa, perawat jiwa ataupun pekerja sosial.

Kondisi di atas merupakan hambatan yang perlu diatasi pemerintah. Sementara pertumbuhan pembangunan sumber daya kesehatan jiwa berjalan lambat, jumlah penderita gangguan jiwa terus meningkat. Oleh karena itu, Pemerintah perlu meningkatkan upaya penurunan jumlah Orang Dengan Gangguan Kejiwaan (ODGJ) pada akarnya, yaitu sebelum mereka mengalami gejala gangguan. Dengan mencegah terjadinya risiko gangguan jiwa, maka kita dapat menekan jumlah pasien rumah sakit khusus kesehatan jiwa. Perlu diingat bahwa jika dikalkulasikan, biaya yang dikeluarkan untuk menangani ODGJ ini jelas tidak sedikit. WHO menemukan bahwa gangguan kesehatan jiwa, gangguan neurologis, dan penyalahgunaan zat berbahaya secara bersama-sama mengambil porsi 13% dari beban kesehatan secara global. Sedangkan, jika dihitung secara tersendiri, depresi memberikan sumbangan beban sebesar 4.3% (Puskris, 2012)

Berdasarkan uraian diatas, kajian ini ingin menjelaskan dua pertanyaan:

1. Siapa saja kelompok berisiko gangguan jiwa yang perlu dilindungi?
2. Bagaimana bentuk perlindungan terhadap kelompok berisiko gangguan jiwa tersebut?

Kajian ini menggunakan data yang dikumpulkan dalam proses penyusunan Rancangan Undang Undang tentang Kesehatan Jiwa di empat provinsi, yaitu Provinsi Maluku, Provinsi Bali, Provinsi Sumatera Utara dan Provinsi Gorontalo pada bulan Maret 2012. Data primer diperoleh dari wawancara dengan pemangku kepentingan di bidang kesehatan jiwa, sedangkan data sekunder merupakan hasil kajian pustaka dari berbagai literatur terkait kondisi demografis dan kejiwaan masyarakat Indonesia.

Pelindungan dari Gangguan Jiwa

Pada hakikatnya setiap warga negara berhak atas kehidupan yang layak. Oleh karena itu, setiap orang berhak untuk mendapatkan pelindungan kesehatan

¹ "Perempuan Dua Kali Lebih Banyak Terkena Gangguan Jiwa Ringan," http://www.infopenyakit.org/def_menu.asp?menuID=11&menuType=1&SubID=2&DetId=643, diakses tanggal 3 April 2013.

² "Tenaga Psikologi di Indonesia Masih Kurang," <http://www.psikologizone.com/tenaga-psikologi-di-indonesia-masih-kurang/065116062>, diakses tanggal 22 Februari 2013

³ "Perempuan Dua Kali Lebih Banyak Terkena Gangguan Jiwa Ringan," http://www.infopenyakit.org/def_menu.asp?menuID=11&menuType=1&SubID=2&DetId=643, diakses tanggal 3 April 2013.

jiwa, baik yang sehat, berisiko maupun Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Meningkatnya prevalensi gangguan jiwa memaksa kita untuk menyelami kembali fokus perlindungan masyarakat terhadap risiko gangguan jiwa. Mencegah lebih baik daripada mengobati, oleh karena itu perlindungan terhadap mereka yang berisiko penting untuk memutuskan mata rantai penyakit ini. Usaha untuk melindungi kesehatan jiwa sudah sampai pada taraf internasional, dimana WHO mendorong setiap negara untuk melindungi masyarakatnya dengan perangkat hukum yang komprehensif.

Akar peraturan pemeliharaan kesehatan jiwa di Indonesia dimulai dari *Het Reglement op het Krankzinnigenwezen* (Stbl. 1897 No. 54) yang merupakan peninggalan masa kolonial Belanda. Pemerintah menerbitkan Undang-Undang No. 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa sebagai penggantinya dan dalam BAB II Undang-Undang tersebut, tertulis bahwa:

PEMELIHARAAN KESEHATAN JIWA

Pasal 3

Dalam bidang kesehatan jiwa usaha-usaha Pemerintah meliputi:

- a. memelihara kesehatan jiwa dalam pertumbuhan dan perkembangan anak-anak;
- b. menggunakan keseimbangan jiwa dengan menyesuaikan penempatan tenaga selaras dengan bakat dan kemampuannya;
- c. perbaikan tempat kerja dan suasana kerja dalam perusahaan dan sebagainya sesuai dengan ilmu kesehatan jiwa;
- d. mempertinggi taraf kesehatan jiwa seseorang dalam hubungannya dengan keluarga dan masyarakat; dan
- e. usaha-usaha lain yang dianggap perlu oleh Menteri Kesehatan.

Usaha perlindungan masyarakat terhadap gangguan kejiwaan kemudian dilanjutkan dengan

adanya Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu pada Pasal 144 sampai Pasal 150 dengan memberi fokus pada penyebaran informasi, terjaminnya akses pelayanan kesehatan bagi semua orang, penyembuhan, pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan hukum. Sedianya, aturan ini diamanatkan dalam Peraturan Pemerintah. Namun, setelah 4 tahun berlakunya Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 ini, belum ada peraturan pemerintah yang dibuat, sehingga pelaksanaannya di daerah menjadi terhambat.

Penelitian di Provinsi Maluku, Bali, Medan, dan Gorontalo menunjukkan lemahnya pengaturan kesehatan jiwa menyebabkan terbatasnya upaya kesehatan yang diberikan. Di Bali misalnya, menurut catatan Dinas Kesehatan Kota, dari total belanja rutin Dinas Kesehatan Kota pada tahun 2012 yakni sebesar Rp31.199.108.428,-, hanya sekitar 0,71% atau Rp22.325.000,- yang dialokasikan khusus untuk kesehatan jiwa. Jumlah ini masih kurang dan belum mendukung optimalisasi pelayanan kesehatan jiwa. Disamping anggaran yang tidak memadai, melibatkan banyak instansi, dan belum diakuinya kesehatan jiwa sebagai program pelayanan kesehatan dasar, peningkatan kegiatan pelayanan kesehatan jiwa juga belum dilakukan secara rutin dan menyeluruh hampir ke semua lapisan masyarakat.

Kelompok Berisiko

WHO menyebutkan bahwa faktor yang memengaruhi kesehatan jiwa dan gangguan jiwa tidak hanya karena atribut individu melainkan juga karena faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan. Memburuknya kondisi ekonomi atau kemiskinan merupakan contoh kejadian yang memiliki konsekuensi ke meningkatnya masalah kesehatan jiwa, yang terlihat dari meningkatnya kecanduan alkohol atau angka bunuh diri (WHO, 2012).

Penelitian tim penyusun Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa menemukan

Tabel 2. Penyebab Gangguan Jiwa

Provinsi	Penyebab Gangguan Jiwa
Maluku	Stres yang disebabkan oleh konflik sosial yang berkepanjangan, globalisasi, peningkatan arus informasi, urbanisasi.
Bali	Stres atau depresi dan kekerasan dalam rumah tangga dengan berbagai latar belakang masalah misalnya ketidakmampuan ekonomi, pengangguran, NAPZA, tuntutan pekerjaan, sampai dengan asmara.
Sumatera Utara	1. Internal, yaitu masalah kepribadian. 2. Eksternal, yang meliputi masalah psikososial seperti masalah ekonomi, keluarga, dan lingkungan
Gorontalo	1. Kemiskinan. 2. Keturunan. 3. Kegagalan pernikahan, termasuk masalah pembagian harta gono gini antara suami-istri. 4. Kegagalan pendidikan

penyebab gangguan jiwa di 4 provinsi seperti pada Tabel 2 berikut:

Berdasarkan hasil temuan di atas, penulis mengidentifikasi kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa atas beberapa klasifikasi, antara lain: kelompok masyarakat berisiko gangguan jiwa berdasarkan usia, berdasarkan kondisi psikososial, berdasarkan kondisi ancaman dan berdasarkan kondisi fisik.

Kelompok Masyarakat Berisiko Gangguan Jiwa Berdasarkan Usia

a. Anak

Di kota Medan, Sumatera Utara, ditemukan bahwa masalah hubungan antara anak dengan orang tua terutama ibu merupakan salah satu penyebab timbulnya gangguan jiwa. Selain anak yang tinggal dengan orang tua, permasalahan sosial anak jalanan juga menjadi perhatian pemerintah daerah karena jumlahnya terus meningkat dan berpotensi menimbulkan masalah-masalah psikososial baru. Sedangkan di Gorontalo, 13 kasus psikosis anak ditangani oleh psikiater di Rumah Sakit Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloe Saboe dalam tahun 2011.

Anak bergantung pada orang dewasa dalam menjalani kehidupannya, oleh karena itu anak sering berada pada posisi dimana mereka tidak dapat memilih perlakuan yang didapatnya. Pada tahun 2012 saja Komisi Nasional Pelindungan Anak menerima 2.386 pengaduan kasus pelanggaran hak anak, yang diterima baik secara langsung, maupun melalui telepon, surat menyurat dan surat elektronik. Hal ini berarti setiap bulannya Komnas PA menerima pengaduan masyarakat kurang lebih 200 (dua ratus) pengaduan pelanggaran terhadap hak anak. Angka ini meningkat 98% jika dibanding dengan pengaduan masyarakat yang diterima Komnas PA pada tahun 2011 yakni berjumlah 1.234 pengaduan.

Menurut data pelanggaran hak anak yang dikumpulkan Komnas PA yang ada di Indonesia dan layanan pengaduan lembaga tersebut, pada tahun 2011 jumlah kasus pelanggaran hak anak yang terpantau sebanyak 13.447.921 kasus dan pada 2012 jumlahnya meningkat 40.398.625 kasus. Disamping itu Komnas PA juga melaporkan bahwa selama periode Januari-Juni 2012 sebanyak 12.726 anak menjadi korban kekerasan seksual dari orang terdekat mereka seperti orang tua kandung/tiri/angkat, guru, paman, kakek dan tetangga (Mulyadi, 2012:10).

Meningkatnya tindakan kekerasan terhadap anak ini menunjukkan rendahnya upaya perlindungan anak, baik secara fisik dan psikis. Setiap penganiayaan terhadap anak selalu berakhir dengan perubahan psikis yang dapat mengganggu proses tumbuh

kembangnya. Setiap anak harus diperlakukan sesuai dengan kebutuhannya yang berdasarkan tahapan perkembangan jiwanya untuk memastikan tumbuh kembang yang sempurna. Hal ini berarti bahwa anak berhak atas pola asuh yang baik, pendidikan yang sesuai dengan kemampuannya, dan lingkungan yang kondusif bagi tumbuh kembangnya.

b. Remaja

Riskesdas 2007 menemukan bahwa 8,7% penduduk usia 15-24 tahun menderita gangguan mental emosional dan prevalensi nasional gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur \geq 15 tahun adalah 11,6%. Prevalensi ini bervariasi antarprovinsi dengan kisaran antara 5,1% sampai dengan 20,0% Prevalensi tertinggi di Provinsi Jawa Barat (20,0%) dan yang terendah terdapat di Provinsi Kep. Riau (5,1%). Hasil SKRT yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia \geq 15 tahun mengalami gangguan mental emosional (Riskesdas 2007, 2008:119)

Permasalahan remaja sering terjadi pada proses pencarian jati diri. Identitas diri merupakan isu paling penting dalam dunia remaja. Proses pembentukan identitas diri remaja ini berlangsung dalam konteks keluarga dan teman sebaya (Faturachman, 2012:113). Hal ini terkait dengan bagaimana ia menampilkan diri, dengan siapa ia harus bergaul, dan bagaimana ia ingin diterima oleh lingkungannya. Dengan membentuk identitas diri yang positif, remaja diharapkan menjadi pribadi yang positif pula, tidak terjerumus pada perilaku menyimpang, seperti tawuran, seks bebas, penyalahgunaan narkoba dan zat adiktif, dan tindak kriminal lain.

Di Kota Gorontalo ditemukan peningkatan jumlah tawuran pelajar yang sebelumnya tidak terjadi di daerah ini. Fakta tersebut juga merupakan indikasi tingkat gangguan emosi. Saat ini juga kesenjangan sosial semakin tinggi dan banyaknya terjadi masalah-masalah sosial.

c. Lansia

Kelompok masyarakat lansia sering mengalami kecemasan karena penurunan fungsi fisik dan mentalnya. Oleh karena itu lansia rentan terhadap permasalahan kejiwaan. Jumlah lansia sendiri cukup besar di Indonesia. WHO memprediksikan bahwa pada tahun 2020 jumlah lansia Indonesia akan menjadi yang terbesar di dunia dengan angka 11,34% (Febriani, 2012). Batasan usia lansia di Indonesia adalah 60 tahun ke atas. Secara biologis, lansia akan mengalami penurunan dalam kekuatan otot, fungsi sensor, dan fungsi tubuh. Selain

itu, lansia juga mempunyai kemungkinan besar terserang berbagai penyakit karena menurunnya daya tahan fisik, antara lain arthrosis, osteoporosis, reumatik, sinus kronis, diabetes, masalah tulang punggung, penyakit paru-paru dan penyakit jantung (Rejeski & Focht, 2002; Santrock, 2002).

Perubahan kondisi fisik ini akan berdampak pada perubahan fungsi kognitif lansia karena adanya penurunan volume otak dan perubahan sel syaraf (Salat, dkk., 2000). Mereka akhirnya mengalami hambatan dalam beraktivitas fisik secara optimal sehingga lebih pesimis dalam memandang hidup, memiliki persepsi negatif terhadap kesehatan, dan memiliki kualitas hidup yang kurang baik. Kondisi di atas menunjukkan tendensi depresi pada lansia. Depresi sendiri merupakan penyebab utama tindakan bunuh diri.

Prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar sekitar 8 – 15% dan hasil meta analisis dari laporan-laporan negara di dunia adalah 13,5% dengan perbandingan wanita dan pria 14,1:8,6. Prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di RS dan Panti Perawatan yaitu sebesar 30-45%. Perempuan lebih banyak menderita depresi (Chaplin & Prabova Royanti, 1998). Kaplan & Sadock (1997) mengemukakan bahwa gejala depresi ditemukan pada 25% dari semua penduduk komunitas lansia dan pasien rumah perawatan, jadi depresi tidak hanya disebabkan faktor usia tetapi juga karena faktor lain seperti kehilangan keluarga dan penyakit kronik yang diderita. Depresi pada lansia bukan merupakan proses penuaan yang normal. Riskesdas 2007 menunjukkan kecenderungan semakin tua usia responden maka semakin terganggu mental emosionalnya yaitu 33,7% masyarakat usia 65-74 menderita gangguan mental emosional.

Pada lansia gejala-gejala depresi sering sulit untuk diamati karena terselubung oleh kondisi medis lain sehingga sulit untuk didiagnosa. Akibatnya, lansia yang menderita depresi tidak akan diterapi dengan cepat dan tepat sehingga depresi akan bertambah parah dan dapat menimbulkan ketidakmampuan (*disability*), memperburuk kondisi medis, dan meningkatkan risiko bunuh diri (AAGP, 2007 cit Richey, 2007).

Kelompok Masyarakat Berisiko Gangguan Jiwa Berdasarkan Kondisi Psikososial

a. Masyarakat Miskin

Memburuknya kondisi ekonomi atau kemiskinan merupakan contoh kejadian yang memiliki konsekuensi ke meningkatnya masalah kesehatan jiwa yang terlihat dari meningkatnya kecanduan alkohol atau angka bunuh diri. Farley (1987) dalam WHO (2012) mengemukakan akibat kemiskinan

terhadap kondisi mental. Dengan merujuk pada beberapa hasil penelitian, terbukti bahwa orang-orang yang berpenghasilan rendah atau orang miskin merasa kurang bahagia (*less happiness*) dan bahkan mengalami gangguan mental yang serius, seperti depresi, skizofrenia, dan gangguan kepribadian (Dohrenwend, 1971; Warheit, Holzer, & Schwab, 1973, dalam Farley, 1987).

b. Pengangguran

Terlepas dari masalah pendapatan, pekerjaan memiliki banyak keuntungan non-finansial, misalnya waktu yang terstruktur, status sosial dan identitas, kontak sosial, tujuan kolektif, juga aktivitas (Jahoda, 1979, dalam Marcus, 2012). Tidak bekerja menyebabkan kehilangan uang dan keuntungan nonfinansial lain, dan kehilangan ini juga memengaruhi anggota rumah tangga. Pasangan dari pengangguran harus menghadapi penurunan pemasukan rumah tangga, pasangan yang depresi, kehadiran pasangan di rumah yang membuat tidak nyaman, juga menurunkan status sosial. Bagi pasangan, konsekuensi kehilangan pekerjaan ini dapat menyebabkan gejala depresi dan isu kesehatan jiwa lainnya (Marcus, 2012:1).

Berdasarkan data di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara, sebanyak 70% penderita sakit jiwa berasal dari kalangan pengangguran.⁴ Tingginya angka penderita sakit jiwa akibat pengangguran merupakan sebuah bentuk stres sosial.⁵ Laporan “*Equality and Inequalities in Health and Social Care: A Statistical Overview*” juga menemukan bahwa pengangguran lebih berisiko mendapat penyakit psikologis (30%) daripada mereka yang secara ekonomi tidak aktif (25%) atau yang bekerja (16%).⁶ Hal ini sesuai dengan data Riskesdas 2007 yang menyebutkan bahwa orang yang tidak bekerja memiliki prosentase potensi gangguan emosi paling tinggi dengan 19,6%, sedangkan yang paling rendah gangguannya adalah pegawai dengan 6,3%.

Penelitian menunjukkan bahwa pengangguran dan mereka yang tidak aktif secara ekonomi terkait dengan peningkatan risiko masalah kesehatan

⁴ “70% Gangguan Jiwa Nganggur”. http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=182254:70--gangguan-jiwa-nganggur&catid=14:medan&Itemid=27, diakses tanggal 2 Februari 2013.

⁵ “Jumlah Penderita Sakit Jiwa Meningkat,” <http://www.hariansumutpos.com/2011/12/22657/jumlah-penderita-sakit-jiwa-meningkataxzz2> Mkn0sXNd, diakses tanggal 4 Maret 2013.

⁶ Inequalities and Unfair Access Issues Emerging from the DHSSPS (2004) “*Equality and Inequalities in Health and Social Care: A Statistical Overview*” Report, <http://www.dhsspsni.gov.uk/mentalhealthunemployment.pdf>, diakses tanggal 26 Maret 2013.

jiwa. Pengangguran, terutama dalam jangka panjang, diasosiasikan dengan faktor-faktor seperti eksklusivitas sosial, kemiskinan, kondisi perumahan yang buruk, pendidikan yang rendah dan perilaku nekad (misalnya: penyalahgunaan alkohol dan obat-obatan). Pengangguran dapat menjadi penyebab sekaligus konsekuensi dari permasalahan kesehatan jiwa. *National Alliance on Mental Illness* menguatkan data di atas dengan menyatakan bahwa tingkat pengangguran orang dewasa dengan penyakit kejiwaan adalah 3 sampai 5 kali lebih tinggi daripada mereka yang tidak memiliki penyakit jiwa.⁷

c. Anggota Keluarga Kurang Harmonis

Penelitian Sujoko (2012) menemukan bahwa korelasi positif yang sangat signifikan antara keluarga *broken home*, pola asuh orang tua dan interaksi teman sebaya terhadap kenakalan remaja dan variabel-variabel ini memberikan sumbangan efektif sebesar 18,4 % terhadap variabel kenakalan remaja. Pada kasus perpecahan rumah tangga, anak selalu menjadi korban. Anak yang akhirnya harus tumbuh jauh dari orang tua, misalnya di panti asuhan, tumbuh menjadi anak yang rapuh (OCD Development, 2012).

Cherlin, Chase-Lansdale, & McRae (1997:30) menemukan bahwa dampak perceraian memengaruhi kesehatan jiwa seseorang. Lebih jauh lagi, perceraian orang tua sewaktu kecil atau remaja terus memengaruhi seseorang hingga ia mencapai usia dua puluhan dan tiga puluhan.

Penelitian mencatat bahwa perceraian orang tua berhubungan dengan berbagai masalah remaja yang berlanjut pada usia dewasa, termasuk menginternalisasi dan mengeksternalisasi masalah, kesulitan interpersonal, memburuknya kesehatan fisik dan penggunaan zat-zat (Amato, 2001; Chase-Lansdale, Cherlin, & Kiernan, 1995, dalam Sigal, dkk, 2012:150). Beberapa penelitian menemukan bahwa perceraian di masa kecil berkaitan dengan hasil edukasi dan okupasi negatif sepanjang rentang kehidupan individu, seperti penurunan kemungkinan lulus SMU, penguasaan pemasukan, pencapaian didikan orangtua, etnisitas dan variabel demografis lainnya (Sandefur, McLanahan, & Wojtkiewicz, 1992; Sun & Li, 2008; Zill, Morrison, & Coiro, 1993, dalam Sigal, dkk 2012:150). Mereka yang mengalami perceraian orang tua sewaktu kecil memperoleh pendidikan yang lebih rendah dan pekerjaan yang kurang bergengsi daripada mereka

yang orang tuanya utuh (Biblarz & Gottainer, 2000; Caspi, Wright, Moffitt, & Silva, 1998; Hetherington, 1999, dalam Sigal, dkk, 2012:150). Lebih jauh lagi, Biblarz and Raftery (1999 dalam Sigal, dkk, 2012:150) menemukan bahwa perceraian orang tua menyebabkan penurunan status ekonomis secara bertahap.

Namun, perceraian tidak hanya memengaruhi anak, tetapi juga orang tua. Perceraian juga memengaruhi status mental pasangan yang bercerai.

Kelompok Masyarakat Berisiko Gangguan Jiwa Berdasarkan Kondisi Ancaman

a. Masyarakat yang Berada di Daerah Konflik

Masyarakat yang berada di daerah konflik berhak mendapatkan perlindungan fisik dan pelayanan kesehatan jiwa untuk menjaga kualitas mentalnya. Masyarakat di daerah konflik rentan terhadap kecemasan akan keselamatan dirinya. Hal ini paling jelas terlihat pada kondisi kejiwaan masyarakat Maluku yang sejak beberapa dekade belakangan mengalami konflik antar agama. Sejarah kekerasan yang menjadi bagian dari ingatan mereka menjadi ingatan yang tidak dapat dilupakan, bahkan berpotensi menjadi stres pasca trauma (*Post-traumatic stress disorder*).

b. Masyarakat yang Berada di Daerah Bencana

Posisi Indonesia yang berada di pertemuan tiga lempeng tektonik dunia menjadikannya sebagai salah satu negara yang rawan bencana. Secara geografis Indonesia merupakan negara kepulauan yang terletak pada pertemuan empat lempeng tektonik yaitu lempeng Benua Asia, Benua Australia, lempeng Samudera Hindia dan Samudera Pasifik. Pada bagian selatan dan timur Indonesia terdapat sabuk vulkanik (*volcanic arc*) yang memanjang dari Pulau Sumatera - Jawa - Nusa Tenggara/Sulawesi, yang sisinya berupa pegunungan vulkanik tua dan dataran rendah yang sebagian didominasi oleh rawa-rawa. Kondisi tersebut sangat berpotensi sekaligus rawan bencana seperti letusan gunung berapi, gempa bumi, tsunami, banjir dan tanah longsor. Data menunjukkan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki tingkat kegempaan yang tinggi di dunia, lebih dari 10 kali lipat tingkat kegempaan di Amerika Serikat.⁸

Interaksi lempeng tektonik di bawah Indonesia berpotensi menimbulkan gelombang pasang, yang akhirnya dapat menimbulkan tsunami. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPT) menemukan bahwa tsunami yang terjadi di Indonesia sebagian

⁷ "Unemployment". http://www.nami.org/Templatecfm?Section=About_the_Issue&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=114540, diakses tanggal 26 Maret 2013.

⁸ "Potensi Ancaman Bencana," Arnold, 1986, dalam <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

besar disebabkan oleh gempa-gempa tektonik di sepanjang daerah subduksi dan daerah seismik aktif lainnya.⁹ Selama kurun waktu 1.600-2.000 terdapat 105 kejadian tsunami yang 90% di antaranya disebabkan oleh gempa tektonik, 9% oleh letusan gunung berapi dan 1% oleh tanah longsor.¹⁰ Wilayah pantai di Indonesia merupakan wilayah yang rawan terjadi bencana tsunami antara lain: pantai barat Sumatera, pantai selatan Pulau Jawa, pantai utara dan selatan pulau-pulau Nusa Tenggara, pulau-pulau di Maluku, pantai utara Irian Jaya dan hampir seluruh pantai di Sulawesi. Laut Maluku adalah daerah yang paling sering mengalami tsunami. Dalam kurun waktu tahun 1.600-2.000, di daerah ini telah terjadi 32 tsunami yang 28 di antaranya diakibatkan oleh gempa bumi dan 4 oleh meletusnya gunung berapi di bawah laut.

Mengalami bencana akan menghadapi seseorang pada situasi sulit. Bencana merupakan suatu kejadian yang mengganggu kehidupan normal dan melampaui kapasitas seseorang atau masyarakat untuk mengatasinya. Bencana bisa berdampak pada terganggunya keseimbangan kondisi psikologis seseorang; kehilangan harta benda, kehilangan orang terdekat, maupun kehilangan penghasilan. Ketidakseimbangan kondisi psikologis dapat dirasakan dalam bentuk terganggunya fungsi psikologis seseorang seperti fungsi pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Beberapa gejala yang umumnya muncul adalah terkejut, menyesal, menyalahkan diri, berduka, cemas, kehilangan orientasi, sering teringat-ingat pada peristiwa yang dialami meskipun tidak ingin mengingatkannya, dan mimpi buruk. Selain itu, ditemukan juga gejala berupa menutup diri, menarik diri dari hubungan sosial, menghindari peristiwa yang dialami dan merasa tak berdaya. Oleh karena itu penyintas bencana berhak mendapatkan upaya rehabilitasi kesehatan jiwa sesuai dengan kadar gangguan kejiwaan yang dialaminya.

c. Masyarakat yang Berada di Lingkungan Fisik Tidak Kondusif

Lingkungan fisik yang tidak kondusif di antaranya:

i. Lingkungan Kerja yang Berisiko

Setiap orang berhak untuk dilindungi dalam pekerjaannya dari perlakuan yang buruk, yaitu yang bersifat fisik juga psikis. Perlakuan fisik di antaranya sistem kerja yang tidak memperhatikan kesehatan, peralatan kerja yang tidak ergonomis,

dan peraturan yang tidak manusiawi. Perlakuan psikis terkait dengan hubungan antar manusia, misalnya kepemimpinan, hubungan dengan rekan kerja lain. Salah satu contoh lingkungan kerja yang menekan adalah kondisi pekerjaan Tenaga Kerja Indonesia (TKI) yang mengalami perlakuan buruk dari majikannya. Meskipun Kementerian Kesehatan belum memiliki data yang jelas mengenai jumlah Tenaga Kerja Indonesia yang mengalami gangguan jiwa, beberapa pemberitaan media cukup dapat menggambarkan kondisi mereka. Pada bulan Juli 2012, dilaporkan sebanyak 38 Tenaga Kerja Indonesia (TKI) mengalami gangguan kejiwaan di Kalimantan, setelah dideportasi dari negara bagian Sabah dan Sarawak, Federasi Malaysia.¹¹

ii. Lingkungan dan Sistem Sekolah yang Tidak Memperhatikan Tumbuh Kembang Peserta Didik.

Sistem pendidikan disesuaikan dengan kebutuhan dan perkembangan peserta didik untuk menghindari peserta didik dari gangguan kejiwaan. Permasalahan pendidikan yang menyebabkan perilaku menyimpang semakin banyak ditemui. Meningkatnya angka bunuh diri siswa sekolah karena tidak bisa membayar uang sekolah atau tidak lulus Ujian Nasional merupakan gejala gangguan jiwa yang tidak bisa diabaikan.

d. Gangguan perubahan iklim

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa perubahan iklim memberikan kontribusi terhadap perubahan perilaku dan psikis. Bencana alam, seperti banjir, siklon dan kekeringan, diprediksikan sebagai konsekuensi perubahan iklim (IFRC, 2009). Hal ini terjadi karena kejadian meteorologis beberapa tahun belakangan. Penelitian mengungkap dampak psikis perubahan iklim pada kondisi mental, seperti *post traumatic stress disorder* (Galea, et.all, 2005 dalam Page & Howard, 2009:1-2), depresi berat (Marshall, et.all, 2007, dalam Page & Howard, 2009:2) dan gangguan *somatoform* (Van Der Berg, 2005, dalam Page & Howard, 2009:2).

Kelompok Masyarakat Berisiko Gangguan Jiwa Berdasarkan Kondisi Fisik

a. Perempuan

Menurut Puskris UI, dalam beberapa konteks masyarakat, perempuan juga cenderung mengalami

⁹ "Potensi Ancaman Bencana," Puspito, 1994, <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

¹⁰ "Potensi Ancaman Bencana," Latief dkk., 2000, <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

¹¹ "38 TKI Alami Gangguan Jiwa," <http://shnews.co/detile-4901-38-tki-alami-gangguan-jiwa.html>, diakses tanggal 6 April 2013.

perlakuan yang tidak adil, mengalami kekerasan dalam rumah tangga dimana hal ini juga berpotensi berlanjut menjadi gangguan kecemasan atau depresi.

Riskesdas 2007 menemukan bahwa perempuan lebih banyak menderita gangguan jiwa daripada laki-laki yakni dua kali lebih banyak¹². Ditegaskan pula dalam laporan tersebut bahwa kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (14,0%) (Riskesdas 2008, 2008:119).

Diskriminasi terhadap perempuan terlihat pada tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), yaitu sebesar 228/100.000 kelahiran hidup, meningkatnya penyebaran HIV/AIDS, kasus reproduksi, dan kekerasan terhadap perempuan. Selain itu, permasalahan kemiskinan, persamaan upah, *trafficking*, dan berbagai bentuk diskriminasi terhadap perempuan merupakan bentuk perlakuan yang membebani perempuan. Akar permasalahan tersebut salah satunya bersumber dari keberadaan peraturan perundang-undangan yang diskriminatif dan bias gender.

b. Orang yang Mengalami Gangguan Kesehatan Kronis

Pada prakteknya, ODGJ seringkali diidentifikasi ketika memeriksa diri atas penyakit fisik yang dideritanya. Di Gorontalo, dokter umum menemukan gejala neurosa ketika melakukan diagnosis atas penyakit lain. Hal serupa dilakukan di Rumah Sakit Sumatera Utara yang melaksanakan pemeriksaan fisik dan mental sekaligus.

Pasien dengan penyakit kronis rentan mengalami depresi, bahkan hingga muncul keinginan bunuh diri. Oleh karena itu perlu diberikan upaya kesehatan jiwa berupa konseling dalam pendampingan proses pengobatannya.

Diagnosis penyakit kronis dapat menghasilkan ketakutan ekstrem atau depresi, saat pasien menyadari bahwa aktivitasnya akan terganggu selamanya oleh penyakit (Holahan, Moos, Holahan, & Brennan, 1995; Taylor & Aspinwall, 1990, dalam Taylor, Peplau & Sears., 2009:564). Selain itu, banyak pasien butuh belajar berbagai aktivitas perawatan sendiri untuk membantu mengelola gangguan itu (misalnya, Glasgow, Toobert, Hampson, & Wilson, 1995, dalam Taylor, Peplau & Sears., 2009:564). Perubahan psikis tidak hanya memengaruhi diri pasien, tetapi juga keluarga atau orang dekat yang harus menyesuaikan diri dengan perubahannya.

¹² "Perempuan Dua Kali Lebih Banyak Terkena Gangguan Jiwa Ringan," http://www.infopenyakit.org/def_menu.asp?menuID=11&menuType=1&SubID=2&DetId=643, diakses tanggal 3 April 2013.

c. Cacat

WHO menggunakan istilah "disabilitas" untuk mendefinisikan kondisi yang meliputi gangguan, keterbatasan aktivitas, dan pembatasan partisipasi. Gangguan adalah sebuah masalah pada fungsi tubuh atau strukturnya; suatu pembatasan kegiatan adalah kesulitan yang dihadapi oleh individu dalam melaksanakan tugas atau tindakan, sedangkan pembatasan partisipasi merupakan masalah yang dialami oleh individu dalam keterlibatan dalam situasi kehidupan. Jadi disabilitas adalah sebuah fenomena kompleks, yang mencerminkan interaksi antara ciri dari tubuh seseorang dan ciri dari masyarakat tempat dia tinggal.

Penyandang cacat yang mendapatkannya dari lahir maupun setelah dewasa, rentan terhadap gangguan kejiwaan karena perasaan kurang lengkapnya dirinya. Cacat fisik sering dikaitkan dengan kehilangan kepercayaan diri jika penderitanya tidak mampu mengalahkan perasaan inferioritas.

Orang cacat berisiko mengalami stres sebesar 52% jika dibandingkan dengan orang yang tidak cacat (34%). Lebih jauh lagi, wanita cacat berisiko mengalami stres dalam 12 bulan sebesar 44% dibandingkan dengan pria yang hanya memiliki tingkat risiko 34% (DHSSPS, 2004:126).

Mengurangi Risiko Gangguan Kejiwaan

Setiap kelompok risiko memiliki faktor risiko yang perlu dihindari untuk mendapatkan kualitas kesehatan jiwa yang optimal. Faktor risiko selalu terjadi di mana saja dan kapan saja. Faktor risiko ini adalah variabel-variabel yang menciptakan efek negatif. Variabel-variabel ini berasal dari dalam dan luar individu yang tidak selalu dapat dikendalikan. Meskipun demikian, ada upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya gangguan kejiwaan bagi kelompok berisiko ini, antara lain:

a. Meningkatkan pengetahuan, informasi dan pendidikan

Pengetahuan, informasi dan pendidikan merupakan modal bagi seseorang untuk melakukan penolakan, pengolahan, dan pencarian alternatif solusi dalam menghadapi faktor risiko yang dihadapinya. Hal ini didukung data Riskesdas 2007 yang menunjukkan bahwa orang yang tidak sekolah paling berpotensi terganggu mental emosionalnya. Mereka memiliki prevalensi gangguan mental emosional sebesar 21,7%, sedangkan yang tamat perguruan tinggi hanya 6,7%. Untuk melindungi diri, maka seseorang membutuhkan faktor pelindung, seperti kemampuan intelektual yang baik, kemampuan memecahkan masalah, dan keterlibatan dalam aktivitas yang produktif (Anthony & Cohler, 1987; Doll & Lyon, dalam Reis, Colbert & Hebert, 2005: 111).

Munculnya gangguan jiwa merupakan bentuk respon manusia terhadap tekanan yang dihadapi. Orang merespon stres dalam bentuk yang berbeda. Ketika seseorang tidak dapat merespon stres dengan cara yang positif dan membangun, maka stres menjadi perusak dirinya, sehingga memunculkan gejala gangguan-gangguan jiwa.

Dalam psikologi dikenal konsep resiliensi yang menunjukkan ketahanan mental individu dalam menghadapi berbagai permasalahan hidup. Wolin and Wolin (1993) menggambarkan individu yang resilien sebagai orang yang kokoh, tegar dan luar biasa. Resilien dianggap sebagai mekanisme perlindungan yang mengubah cara seseorang dalam merespon risiko (Rutter, 1981,1987) atau sebagai penyesuaian atas kejadian negatif.

Setiap manusia pasti akan menghadapi permasalahan dalam hidupnya. Kemampuan seseorang melindungi dirinya dari keterpurukan, kemudian bangkit untuk mengatasi permasalahan tersebut, merupakan ide pokok resiliensi. Individu secara alami memiliki mekanisme pertahanan diri untuk melawan masalah. Dr. Paul Stoltz (2000) merumuskan potensi manusia dalam membentengi dirinya dan bangkit melawan kepahitan. Ia menamakannya "*Adversity Quotient*", yang meliputi kontrol diri (*control*), kepemilikan dan tanggung jawab atas tindakan (*ownership*), kemampuan melingkupi masalah (*reach*) dan kemampuan bertahan (*endurance*).

Penelitian menemukan bahwa kekuatan personal, lingkungan yang sehat dan pembelajaran yang berhasil berasosiasi terhadap kemampuan resiliensi. Di antaranya:

1. Kompetensi sosial, antara lain: empati, keterampilan komunikasi, kompetensi antarbudaya, humor.
2. Kemampuan pemecahan masalah dan metakognisi, termasuk kemampuan perencanaan, penetapan tujuan, pemikiran kritis dan penuh sumberdaya.
3. Otonomi dan identitas diri, yang terdiri dari *self efficacy*, lokus kontrol internal, penguasaan, kesadaran diri, pelepasan diri dari pengaruh negatif.
4. Memiliki tujuan dan keyakinan akan masa depan yang cerah, misalnya minat khusus, imajinasi, bertujuan, motivasi berprestasi, aspirasi belajar, dan persisten.

Sebagai bagian terdekat dengan individu yang berisiko gangguan kejiwaan, keluarga dan masyarakat memiliki peran penting dalam mengurangi risiko gangguan kejiwaan. Keluarga dan masyarakat berperan dalam memberikan dukungan sosial bagi kelompok

masyarakat yang berisiko gangguan jiwa karena merupakan lingkungan terdekat dengan individu.

- b. Meningkatkan akses terhadap informasi, layanan pencegahan, dan layanan kesehatan jiwa lanjutan.

Riskesdas 2007 menemukan bahwa secara nasional, sebanyak 94,1% rumah tangga berada kurang atau sama dengan 5 km dari salah satu sarana pelayanan kesehatan dan sebanyak 90,8% rumah tangga dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 30 menit. Sebanyak 18 provinsi mempunyai persentase rumah tangga berada lebih dari 5 km dari sarana pelayanan kesehatan diatas persentase nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Bangka Belitung, Banten, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua (Riskesdas 2007,2008:xx).

Hasil penelitian menemukan bahwa keterlibatan seluruh pihak dibutuhkan untuk melakukan promosi kesehatan. Pemerintah, Pemerintah Daerah dan masyarakat harus ikut serta dan berperan aktif dalam promosi dan akses pelayanan sosial dalam pelayanan kesehatan jiwa sehingga dapat menekan angka prevalensi gangguan jiwa. Secara kongkret, informasi gangguan jiwa harus dapat diakses di fasilitas kesehatan terdekat dengan masyarakat, yaitu puskesmas. Pada daerah kepulauan seperti Maluku dan Sumatera Utara, perlu didukung sarana dan prasarana umum untuk menjembatani kehadiran layanan kesehatan jiwa di tengah masyarakat.

Peningkatan jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Jiwa juga mutlak dilakukan dengan pemberdayaan putra daerah dan penyebaran tenaga kesehatan jiwa dengan insentif yang tinggi.

- c. Mengondisikan lingkungan

Mengondisikan lingkungan di sekitar individu berisiko gangguan jiwa perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya hal-hal yang memungkinkan pemicuan tekanan. Iskandar (2012:49) menulis bahwa seseorang berinteraksi dengan stimulus lingkungan yang dapat menimbulkan stres bagi seseorang, maka di dalam dirinya akan muncul gejala-gejala aktivitas saraf otonom meningkat. Dalam teori dasar psikologi yang lain, yaitu *stimulus-respon theory*, jelas disampaikan bahwa tingkah laku muncul karena adanya lingkungan yang menjadi penyebabnya (Iskandar, 2012:18). Oleh karena itu, dikondisikan untuk menjaga taraf kesehatan jiwa tertinggi. Pengondisian ini dilakukan dengan mempertimbangkan aspek fisik dan psikologis yang akan memengaruhi individu.

Misalnya, di sekolah perlu disesuaikan bentuk kegiatan pengajaran dan kurikulum dengan berkonsultasi pada psikolog pendidikan dalam merumuskan panduan yang sesuai dengan proses tumbuh kembang peserta didik. Dalam dunia kerja, psikolog industri berperan untuk mengembangkan suasana kerja dan sarana yang ergonomis sehingga tidak memberikan beban kepada pekerja.

orang miskin dalam mengatasi kemiskinan, (d) peraturan perundangan yang tidak memihak kaum miskin, dan (e) kemiskinan dilihat sebagai masalah ekonomi dan keterampilan teknis semata-mata. Cara pandang terakhir inilah yang mewarnai program pemberantasan kemiskinan di Indonesia, yaitu dengan memberikan bantuan fisik, uang, dan keterampilan, tapi lupa memberikan bekal mental.

Tabel 3. Undang-Undang Terkait Pelindungan bagi Kelompok Berisiko Gangguan Jiwa

Subjek Pelindungan	Undang-Undang
Anak	Pasal 4 Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang Pelindungan Anak, Undang-Undang No 11 Tahun 2012 tentang Peradilan Anak
Remaja	Pasal 131-135 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
Lansia	Pasal 136 - 137 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Undang-Undang No.13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia
Miskin	Pasal 138 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
Pengangguran	Undang-Undang No. 13 Tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin
Keluarga kurang harmonis Di daerah konflik	-
Penyintas pekerja	Undang-Undang No. 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga
Murid	-
Terganggu perubahan iklim	Undang-Undang No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
Perempuan	Pasal 86 Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan
Penyandang cacat	Undang-Undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional
	Undang-Undang No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup
	Bab xi kesehatan lingkungan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
	Undang-Undang No. 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang
	Rancangan Undang Undang Keadilan dan Kesejahteraan Gender/Pengarustamaan Gender
	Undang-Undang No.19 Tahun 2011 tentang Pengesahan <i>Convention On The Rights Of Persons With Disabilities</i> (Konvensi Mengenai Hak-Hak Penyandang Disabilitas)
	Pasal 139 Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pemerintah telah berusaha juga melakukan perubahan gaya hidup masyarakat dengan memberikan bantuan. Hal ini dianggap dapat menekan permasalahan ekonomi yang seringkali menjadi batu sandungan seseorang untuk mengoptimalkan potensinya. Bantuan yang diberikan kepada kelompok berisiko seharusnya dilakukan secara menyeluruh, tidak hanya terbatas pada kebutuhan fisik, namun juga kebutuhan psikis. Permasalahan yang sering terjadi adalah banyaknya bantuan sosial yang diberikan pemerintah dan pemerintah daerah, namun tidak memberdayakan individu yang diberikan bantuan. Dalam kasus kemiskinan dan pengangguran, hal ini menjadi bumerang. Pemberantasan kemiskinan telah dilakukan dengan berbagai cara, namun angka kemiskinan tidak menurun secara signifikan. Markum (2009:3) menemukan penyebabnya antara lain oleh (a) luasnya masalah kemiskinan, 15% penduduk miskin dari seluruh Indonesia, (b) penanganan kemiskinan yang tidak terintegrasi karena ego sektoral yang sangat kuat, (c) tidak melibatkan dan memberdayakan (*empowering*)

Dalam konteks kenegaraan, pengondisian ini difasilitasi melalui peraturan perundang-undangan yang mengikat. Sebenarnya sudah banyak undang-undang yang dibuat untuk melindungi kelompok-kelompok berisiko gangguan jiwa tersebut, misalnya:

Hal ini menunjukkan kepedulian pemerintah akan kesejahteraan mental masyarakat. Namun, pelaksanaan aturan ini masih jauh dari ideal. Peraturan turunan yang dibuat untuk menjalankan ide luhur tidak mempertimbangkan dampak psikis sehingga menimbulkan masalah-masalah seperti yang sudah dijabarkan diatas.

DPR RI sebagai lembaga legislatif dituntut untuk membuat undang-undang yang efektif, dapat dijalankan, dan berorientasi pelindungan gangguan jiwa. Saat ini Komisi IX DPR RI sedang membahas Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa yang akan menjadi payung hukum semua permasalahan gangguan jiwa dengan melindungi baik orang sehat, berisiko maupun ODGJ. Rancangan Undang-Undang ini juga diharapkan menjadi pagar semua ide dasar pembuatan undang-undang lainnya

sehingga nantinya dalam setiap pembuatan peraturan perundang-undangan akan dilakukan pengukuran dan melibatkan pertimbangan ahli kejiwaan agar substansi yang dihasilkan tidak memberikan tekanan kepada subjek hukum.

Penutup

Usaha menurunkan jumlah ODGJ harus dimulai dari akarnya, yaitu pencegahan risiko gangguan kejiwaan. Pelindungan kelompok berisiko gangguan jiwa bukan hanya tugas pemerintah sebagai penanggung jawab kesejahteraan negara ini, tetapi juga menjadi kewajiban masyarakat yang menjadi lingkungan terdekat bagi kelompok risiko. Oleh karena itu perlu diidentifikasi kelompok yang berisiko terhadap gangguan jiwa sebagai langkah awal pencegahan terjadinya gangguan jiwa. Kelompok-kelompok risiko ini dibagi atas 4 kategori yaitu berdasarkan usia, kondisi psikososial, kondisi ancaman, dan berdasarkan kondisi fisik.

Dalam usaha mencegah gangguan kejiwaan, maka dibutuhkan 3 hal yaitu pengetahuan, akses, dan pengondisian. Sebagai lembaga legislatif, DPR melakukan pengondisian pola hidup masyarakat dengan membuat peraturan perundang-undangan. Saat ini, Komisi IX DPR RI sedang membahas Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa yang diharapkan menjadi pionir perbaikan dan pembuatan peraturan lain yang berperspektif kesehatan jiwa. Pelindungan terhadap risiko gangguan kejiwaan perlu dilakukan di berbagai aspek kehidupan manusia, misalnya di dunia pendidikan, pekerjaan, maupun keluarga. Secara kongkret perlu dibuat panduan pembuatan undang-undang yang berperspektif kesehatan jiwa agar setiap peraturan mampu melindungi kesehatan jiwa masyarakat Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Febriani, Arum. 2012. *Menjadi Tua, Sehat, dan Bahagia Psikologi untuk Kesejahteraan masyarakat* (Faturochman dkk, ed.). Pustaka Pelajar: Yogyakarta.
- Farley, J. E. 1987. *American Social Problems: An institutional analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Iskandar, Zulrizka. 2012. *Psikologi Lingkungan: Teori dan Konsep*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Stoltz, P. G. 2000. *Adversity Quotient at Work: Make Everyday Challenges - The Key To Your Success*. New York: Harper Collins.
- Wolin, S.J., & Wolin, S.1993. *The Resilient Self*. New York: Villard Books.

Jurnal

- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B., & Daley, S.E. 1995. "Poor Interpersonal Problem Solving As A Mechanism Of Stress Generation In Depression Among Adolescent Women." *Journal of Abnormal Psychology*. 104, 592-600.
- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J.R.Z. 2005. "Adult Attachment Dimensions and Specificity of Emotional Distress Symptoms: Prospective Investigations Of Cognitive Risk and Interpersonal Stress Generation as Mediating Mechanism." *Personality and Social Psychology Bulletin*. 31, 136-151.
- Markum, M.Enoch. 2009. "Pengentasan Kemiskinan dan Pendekatan Psikologi Sosial." *Psikobuana*. 2009, I (1):1-12.
- Mulyadi, Mohammad. 2012. "Pelanggaran Hak Anak." *Info Singkat. Vol. V, No. 06/II/P3DI/Maret/2013*. 9-12.
- Page, L.A. & Howard L.M.2009. "The Impact of Climate Change on Mental Health (But will Mental Health be Discussed at Copenhagen?)." *Psychological Medicine*. 1-4.
- Reis, S., Colbert, R.D., & Hebert, T.P. 2005. "Understanding Resilience in Diverse, Talented Students in an Urban High School." *Roeper Review*. Vol. 27, 2.
- Rutter, M. 1987. "Psychosocial Resilience and Protective Mechanism." *American Journal of Orthopsychiatry*. 57, 316-331.
- Rutter, M. 1987. "Psychosocial Resilience and Protective Mechanism." *American Journal of Orthopsychiatry*. 57, 316-331.

Sigal, Amanda B., Wolchik, Sharlene A., Tein, Jenn-Yun, & Sandler, Irwin N. 2012. "Enhancing Youth Outcomes Following Parental Divorce: A Longitudinal Study of the Effects of the New Beginnings Program on Educational and Occupational Goals." *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 41(2), 150–165, 2012.

Taylor, Shelley E., Peplau, Letitia Anne, & Sears, David O. 2009. "Psikologis Sosial" (Edisi 12). Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

Dokumen dan Perundang-undangan

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Profil Kesehatan 2011. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Profil Kesehatan 2008. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 2008. Riset Kesehatan Dasar 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan RI

Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. 2011. Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Pusat Krisis Universitas Indonesia. Catatan Terhadap Naskah Akademik dan Rancangan Undang-Undang Kesehatan Jiwa, disampaikan dalam Rapat Dengar Pendapat Umum dengan Komisi IX tanggal 6 Desember 2012.

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang No. 3 Tahun 1966 tentang Kesehatan Jiwa.

WHO – Mental Health Action Plan 2013 – 2020 (Draft Zero – 27 August 2012)

Internet

--,--. For Children Without Parents, Developmental Risks Abound. *OCD Developments*, May 2012, vol 26 (1):3, <http://www.oed.pitt.edu/Files/PDF/dev2012-05.pdf>, diakses tanggal 25 Maret 2013.

--,--. 2012. The Impact of Conflict/High-conflict Divorce on Children, <http://webs.purducal.edu/cftc/files/2012/01/psychoedtonye.pdf>, diakses tanggal 2 April 2013.

--,--. Potensi Ancaman Gempa. <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

Badan Nasional Penanggulangan Bencana. "Potensi Ancaman Bencana." <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 25 Maret 2013

Cherlin, Andrew J., Chase-Lansdale, P. Lindsay, & McRae, Christine. 1997. "Effects of Divorce on Mental Health Through the Life Course." *Hopkins Population Center Papers on Population*, https://jscholarship.library.jhu.edu/bitstream/handle/1774.2/911/Cherlin_1997.pdf,

diakses tanggal 4 April 2013.

Marcus, Jan. 2012. "The effect of unemployment on the mental health of spouses - Evidence from plant closures in Germany. SOEP papers on Multidisciplinary Panel Data Research." http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.409023.de/diw_sp0488.pdf, diakses tanggal 26 Maret 2013.

DHSSPS.2004. "Health and Social Wellbeing: Disability & Mental Health Equality and Inequalities in Health and Social Care: A Statistical Overview" Report. www.dhsspsni.gov.uk/disabilitymentalhealth.pdf, diakses tanggal 1 Maret 2013.

"Perempuan Dua Kali Lebih Banyak Terkena Gangguan Jiwa Ringan," http://www.infopenyakit.rg/def_menu.asp?menuID=11&menuType=1&SubID=2&DetId=643, diakses tanggal 3 April 2013.

"Tenaga Psikologi di Indonesia Masih Kurang," <http://www.psikologizone.com/tenaga-psikologi-di-indonesia-masih-kurang/065116062>, diakses tanggal 22 Februari 2013

"70% Gangguan Jiwa Nganggur". http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=182254:70--gangguan-jiwa-nganggur&catid=14:medan&Itemid=27, diakses tanggal 2 Februari 2013.

"Jumlah Penderita Sakit Jiwa Meningkat," <http://www.hariansumutpos.com/2011/12/22657/jumlah-penderita-sakit-jiwa-meningkat> axzz2Mkn0sXND, diakses tanggal 4 Maret 2013.

Inequalities and Unfair Access Issues Emerging from the DHSSPS (2004) "Equality and Inequalities in Health and Social Care: A Statistical Overview" Report, <http://www.dhsspsni.gov.uk/mentalhealthunemployment.pdf>, diakses tanggal 26 Maret 2013.

"Unemployment", http://www.nami.org/Template.cfm?Section=About_the_Issue&Template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=114540, diakses tanggal 26 Maret 2013.

"Potensi Ancaman Bencana," Arnold, 1986, <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

"Potensi Ancaman Bencana," Puspito, 1994, <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

"Potensi Ancaman Bencana," Latief dkk., 2000, <http://www.bnpb.go.id/page/read/6/potensi-ancaman-bencana>, diakses tanggal 28 Maret 2013.

"38 TKI Alami Gangguan Jiwa", <http://shnews.co/detile-4901-38-tki-alami-gangguan-jiwa.html>, diakses tanggal 6 April 2013.