

# PELAYANAN KESEHATAN MENTAL DALAM HUBUNGANNYA DENGAN DISABILITAS DAN GAYA HIDUP MASYARAKAT INDONESIA (ANALISIS LANJUT RISKESDAS 2007 DAN 2013)

## *(Mental Health Services Disability and Life Style of Indonesian)*

Yurika Fauzia Wardhani dan Astridya Paramita

Naskah masuk: 1 Desember 2015, Review 1: 3 Desember 2015, Review 2: 3 Desember 2015, Naskah layak terbit: 12 Januari 2016

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pada tahun 2007 dan 2013 Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan mengadakan riset kesehatan dasar yang meliputi data morbiditas, disabilitas, kesehatan mental dan gaya hidup. Penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran disabilitas masyarakat yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk melakukan tindakan sosial dan ekonomi. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menghasilkan suatu rekomendasi bagi pengambil keputusan tentang pelayanan kesehatan mental. **Metode:** Penelitian ini merupakan analisis lanjut data sekunder hasil Riskesdas 2007 dan 2013. Data dianalisis secara deskriptif dan analitik/komparatif. Populasi dalam analisis ini adalah seluruh anggota rumah tangga di Indonesia, dengan besar dan teknik pengambilan sampel mengikuti sampel Riskesdas yaitu anggota rumah tangga umur > 15 tahun. **Hasil:** Terdapat kenaikan persentase (5,8%) status kesehatan jiwa responden yang kategori 'Sehat' (tidak ada gangguan mental emosional) dan penurunan persentase pada seluruh kategori gangguan mental sekitar 50,0 persen pada tahun 2013. Gangguan mental emosional berat tertinggi pada tahun 2007 dan 2013 adalah pada perempuan, yang mempunyai status perkawinan cerai mati/hidup, bertempat tinggal di perdesaan, atau kelompok umur dewasa akhir (> 60 tahun). Hasil pengolahan data juga memperlihatkan bahwa: 1) semakin tinggi tingkat disabilitas dan, 2) semakin kurang baik gaya hidup maka semakin berat gangguan mental emosional yang dialami. Hal ini didukung dengan hasil Uji Kendalls tau-b yaitu terdapat asosiasi yang bermakna antara disabilitas dengan gangguan mental ( $\alpha = 0,000 < 0,5$ ) dan gaya hidup dengan gangguan mental ( $\alpha = 0,000 < 0,5$ ). **Kesimpulan:** Status kesehatan jiwa masyarakat di tahun 2013 sudah lebih baik dari tahun 2007. Telah terjadi peningkatan status kesehatan jiwa, dan terdapat hubungan antara disabilitas, gaya hidup, dengan status kesehatan mental. **Saran:** Promosi tentang gangguan jiwa dan penyandang disabilitas harus lebih ditingkatkan dan mencakup masyarakat luas, tidak hanya di perkotaan saja melainkan sampai ke pelosok perdesaan. Perlu penyediaan pelayanan kesehatan primer (puskesmas yang peduli ODGJ dan difabel serta aktif mengajak masyarakat untuk melakukan gaya hidup sehat melalui kegiatan prefentif-promotif.

**Kata kunci:** kesehatan mental, disabilitas, gaya hidup

### ABSTRACT

**Background:** Health is a state of body, soul, and socially to enable more people to live socially and economically productive. In 2007 and 2013 Research and Development of the Ministry of Health conducted research which includes basic health morbidity, disability, mental health and lifestyle. This study aims to get an overview of community disability that affects their ability to perform economic and social measures. We hope this research may result in a recommendation for decision makers about mental kesehatan services. **Methods:** This study is a further analysis of secondary data from the Riskesdas 2007 and 2013. Data were analyzed by descriptive and analytical / comparative. The population in this analysis are all household members in Indonesia, with large and sampling techniques follow Riskesdas samples which household members aged > 15 years. **Results:** There is a percentage increase (5.8%) of respondents mental health status category of 'Healthy' (no emotional mental disorder) and the percentage decrease in all categories of mental disorders around 50.0 percent in 2013. The highest severe emotional Mental Disorders in 2007 and 2013 were in women, who have divorced marital status dead / alive, residing in rural areas, or the end of the adult age group (> 60 years). Data processing results also show that: 1) the higher the degree of disability and, 2) the more unfavorable lifestyle, the more severe mental disorders

*experienced emotional. This is supported by the results of tests Kendalls tau-b that there is a significant association between disability and mental disorder ( $\alpha = 0.000 < 0.5$ ) and lifestyle with mental disorders ( $\alpha = 0.000 < 0.5$ ). **Conclusion:** Public mental health status in the year 2013 has been better than in 2007. There has been an increase in mental health status, and there is a relationship between disability, lifestyle, mental health status. **Recommendation:** Promotion of mental disorders and persons with disabilities should be further improved and include the wider community, not only in cities but to remote perdesaan. Perlu provision of primary health care (health centers ODGJ care and disabilities and actively invites the public to maintain a healthy lifestyle through preventive-promotive activities.*

**Key words:** mental health, disability, lifestyle.

## PENDAHULUAN

Masterplan Percepatan dan Perluasan Pembangunan Ekonomi Indonesia (MP3EI) 2011-2025 merupakan rencana induk pembangunan ekonomi yang komprehensif dan fokus dengan mengedepankan terobosan (*breakthrough*) dan inovasi disertai percepatan cara kerja, dan bahkan perluasan program-program pembangunan ekonomi di 6 (enam) wilayah koridor ekonomi (KE) Indonesia. Bidang kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam percepatan peningkatan ekonomi. Permasalahan kesehatan daerah diprediksi sebagai salah satu faktor pengganggu yang memperlambat gerak implementasi MP3EI. Ketidakstabilan daerah dalam bidang kesehatan ini akan berimplikasi kepada pemerataan pembangunan dan hasil-hasilnya. Memperhatikan tujuan, target, durasi waktu, kendala, dan banyaknya aktivitas persiapan implementasi MP3EI serta berbagai persoalan kesehatan, maka diperlukan langkah konkrit mengintegrasikan fungsi, peran, dan kiprah seluruh sektor ke dalam ranah utama suksesi MP3EI. Salah satu sektor yang dipandang strategis untuk berperan dan mendukung adalah kesehatan.

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pengertian sehat menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 yaitu “suatu keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan”. Kesehatan mental adalah kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan diri sendiri, dengan orang lain, dan dengan masyarakat di mana dia hidup. Penyesuaian diri dengan diri sendiri dapat dilakukan bila seseorang dapat menerima dirinya sebagaimana adanya, dengan segala kekurangan dan kelebihan. Di samping itu, orang harus berusaha mengenal, memahami dan menilai orang lain secara objektif. Seseorang harus menyadari bahwa dirinya tidak hidup terlepas dari masyarakat atau lingkungan tempat ia hidup, sehingga harus mengetahui dan hidup dengan norma-norma, peraturan-peraturan, adat istiadat,

yang dimiliki masyarakat atau lingkungan itu. Jadi orang yang bermental sehat adalah orang yang dapat menguasai segala faktor dalam hidupnya sehingga ia dapat mengatasi kekalutan mental sebagai akibat dari tekanan-tekanan perasaan dan situasi yang menimbulkan frustrasi (John W Santrock, 1995).

Gangguan jiwa merupakan satu dari tiga penyebab disabilitas dan mempengaruhi seluruh komunitas. Mereka yang mengalami disabilitas psikiatrik menghadapi masalah yang besar, mulai dari hambatan institusional, legal, sikap lingkungan ketika mencari pekerjaan, sampai reintegrasi dengan masyarakat setelah sembuh. Kondisi kesehatan dan kesehatan jiwa bersifat tidak terpisahkan (*inseparable*) dan berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga di 11 kota pada tahun 1995, ditemukan 185 penderita gangguan jiwa dalam populasi 1.000 penduduk Indonesia. Ditinjau menurut kelompok umur, persentase gangguan penglihatan dan pendengaran semakin meningkat dengan semakin bertambahnya umur. Gangguan mental emosional, tinggi pada kelompok umur 20–24 tahun, 35–39 tahun dan 40–44 tahun. ART dengan gangguan 2 atau lebih cenderung meningkat dengan bertambahnya umur. Persentase tinggi ditemukan pada kelompok lansia (> 60 tahun) (SKRT, 2004). Jenis gangguan mental emosional tidak berbeda menurut jenis kelamin, hanya pada 2 gangguan atau lebih, persentasenya sedikit lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki.

Badan litbangkes mengadakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) pada tahun 2007 dan 2013 yang menghasilkan data morbiditas, disabilitas, kesehatan mental dan gaya hidup. Kesehatan fisik diukur berdasarkan morbiditas penyakit menular dan tidak menular serta disabilitas/ketidakmampuan yang meliputi penilaian terhadap kemampuan melihat, mendengar, gangguan nyeri, gangguan emosi, gangguan tidur, gangguan bergerak dan gangguan pernafasan.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka diperlukan suatu analisis terhadap gaya hidup, disabilitas dan kesehatan mental masyarakat Indonesia, karena permasalahan kesehatan diprediksi dapat mengganggu implementasi MP3EI. Analisis penelitian

ini dimaksudkan untuk mengetahui pelayanan kesehatan mental dalam hubungannya dengan disabilitas dan gaya hidup masyarakat Indonesia. Gaya hidup yang dimaksud dalam penelitian ini meliputi perilaku higienis, penggunaan tembakau, aktivitas fisik dan perilaku konsumsi makanan.

## METODE

Analisis ini merupakan analisis lanjut data sekunder dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 dan 2013. Data dianalisis dengan melakukan komparasi hasil Riskesdas 2007 dan 2013. Hasil analisis merupakan penjelasan dari situasi yang didapatkan dari data Riskesdas. Pada kuesioner Riskesdas terdapat 20 item pertanyaan tentang keluhan kesehatan yang dipakai untuk mengidentifikasi adanya gangguan kejiwaan, juga digunakan untuk mengidentifikasi adanya gangguan mental emosional. Pertanyaan-pertanyaan tersebut telah diuji validitasnya oleh Hartono IG (Departemen Kesehatan RI, Laporan Hasil Riskesdas 2007). Uji validitas yang dilakukan oleh Hartono IG, tidak dilakukan pembobotan pada setiap item pertanyaan, yang berarti bahwa setiap item pertanyaan mempunyai bobot yang sama. Responden yang menjawab “ya” 5 item atau kurang, diidentifikasi sebagai tidak ada gangguan mental emosional. Responden yang diidentifikasi menderita gangguan mental emosional adalah yang menjawab “ya” 6–20 item. Gangguan mental emosional dibagi menjadi 3 kelompok dengan *range* yang sama yaitu jawaban “ya” 6–10 item digolongkan menjadi gangguan mental emosional ringan, jawaban “ya” 11–15 item termasuk gangguan mental emosional sedang dan yang menjawab “ya” 16–20 item digolongkan sebagai mengalami gangguan mental emosional berat. Status Kesehatan Jiwa dalam analisis ini dikategorikan menjadi 4 yaitu: 1) Tidak ada gangguan mental emosional, 2) Gangguan mental emosional ringan, 3) Gangguan mental emosional sedang dan 4) Gangguan mental emosional berat.

Status disabilitas seseorang digambarkan dalam Riskesdas dengan mengadopsi konsep *International classification of functioning* (ICF) yang terdiri dari 12 pernyataan/komponen. Opsi/pilihan jawaban dari tiap pernyataan tersebut adalah: 1) tidak ada kesulitan, 2) sedikit sulit/ ringan, 3) cukup mengalami kesulitan/ sedang, 4) kesulitan berat, dan 5) sangat berat/ tidak mampu melakukan kegiatan. Pada analisis ini dilakukan pengelompokan sehingga kategori disabilitas menjadi tiga yaitu: 1) tidak ada disabilitas, 2) ringan dan sedang, dan 3) berat dan sangat berat. Gaya hidup dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu:

1) Gaya hidup Baik, 2) Gaya hidup Sedang, 3) Gaya hidup Kurang dan 4) Gaya hidup Jelek.

Dilakukan analisa data secara bertahap yaitu univariat dengan tabulasi frekuensi untuk masing-masing variabel dan bivariat dengan tabulasi silang. Selanjutnya dilakukan uji statistik yaitu uji asosiasi. Mengingat data pada analisis ini merupakan data ordinal, maka diterapkan uji Kendalls tau-b.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Status Kesehatan Mental Masyarakat pada Tahun 2007 dan 2013

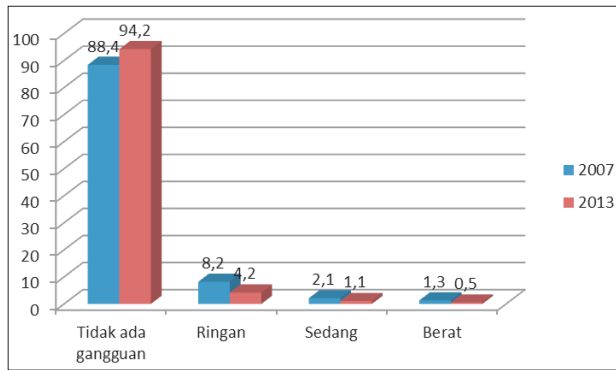
Perbandingan Status Kesehatan Jiwa (Gangguan Mental Emosional) antara responden Riskesdas 2007 dan Riskesdas 2013 nampak bahwa terdapat kenaikan persentase responden dengan kategori tidak ada gangguan mental emosional (sehat) yaitu 88,4% pada tahun 2007 menjadi 94,2% pada 2013.

Status Kesehatan Jiwa (Gangguan Mental Emosional) dengan kategori gangguan ‘Ringan’, ‘Sedang’ maupun ‘Berat’ terjadi penurunan persentase pada tahun 2013 dibanding tahun 2007, yaitu 8,2% menjadi 4,2% untuk Gangguan Ringan, 2,1% menjadi 1,1% untuk Gangguan Sedang, dan 1,3% menjadi 0,5% untuk Gangguan Berat.

### Gangguan Mental Emosional dan Disabilitas menurut Riskesdas 2007 dan 2013.

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden yang memiliki gangguan emosional berat diketahui memiliki kondisi disabilitas yang juga berat, sangat berat, baik pada hasil riskesdas 2007 (4,1%) maupun 2013 (3,3%). Responden yang tidak mengalami disabilitas didapati persentase terbesar tidak ada gangguan mental emosional. Responden yang tidak menderita disabilitas tetap mempunyai kecenderungan mengalami gangguan mental emosional menurut hasil Riskesdas 2007 dan 2013, walaupun angkanya kecil pada gangguan mental emosional ringan (3,5% dan 1,9%), sedang (0,5% dan 0,3) dan berat (1,2% dan 0,2%).

Responden yang mempunyai disabilitas berat dan sangat berat mempunyai angka gangguan mental emosional paling tinggi, baik pada gangguan ringan, sedang maupun berat. Hal tersebut terjadi baik pada Riskesdas 2007 maupun Riskesdas 2013. Sedangkan pada kelompok responden yang tidak menderita disabilitas baik pada Riskesdas 2007 maupun Riskesdas 2013 juga ada yang mengalami gangguan mental emosional namun persentasenya relatif kecil. Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa



**Gambar 1.** Persentase Gangguan Mental Emosional, Riskesdas 2007 dan 2013

disabilitas bukan satu-satunya faktor yang dapat menimbulkan gangguan mental emosional.

Gangguan mental emosional ringan, sedang maupun berat pada tahun 2013 relatif lebih kecil bila dibandingkan dengan gangguan mental emosional pada tahun 2007. Hal ini menggambarkan adanya kecenderungan menurunnya angka gangguan mental emosional pada tahun 2013 bila dibandingkan dengan gangguan mental emosional pada tahun 2007.

Asosiasi (hubungan) antara Gangguan Mental Emosional dan Disabilitas diuji dengan Uji Kendalls tau-b karena kedua variabel tersebut mempunyai skala ordinal. Hasil uji menunjukkan bahwa baik data Riskesdas 2007 maupun Riskesdas 2013 terdapat asosiasi (hubungan) yang bermakna secara statistik antara Disabilitas dan Gangguan Mental Emosional responden, (Riskesdas 2007: Approx. T = 191,709; Approx. Sign = 0,000 dan Riskesdas 2013: Approx. T = 155,803; Approx. Sign = 0,000).

Kondisi fisik dapat menyebabkan persoalan mental dan sebaliknya masalah/kesulitan mental dapat memperburuk gejala fisik (Santrock, 1995).

Adanya asosiasi (hubungan) antara gangguan mental emosional dan disabilitas dapat dipahami karena seseorang yang mengalami disabilitas fisik (misalnya seseorang yang mengalami kelumpuhan kedua kakinya sehingga merasa kurang sempurna dibanding dengan yang normal) dan disabilitas sosial (misalnya seseorang yang sulit beradaptasi dengan lingkungannya sehingga merasa terasing), akan dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan mereka. Semakin berat kondisi disabilitasnya maka akan semakin berat pula gangguan mental emosionalnya. Setengah dari komponen (6 dari 12) pernyataan untuk menggambarkan disabilitas pada Riskesdas berkaitan dengan kemampuan beraktivitas fisik, sehingga dapat diartikan pula bahwa pada analisis ini nampak adanya asosiasi antara disabilitas fisik dan gangguan mental emosional. Hasil analisis Riskesdas ini selaras dengan temuan peneliti lain (Richardson, 2005. dan Kaur, 2013) yaitu adanya hubungan antara kemampuan beraktivitas fisik dan kesehatan mental.

**Gangguan Mental Emosional dan Gaya Hidup menurut Riskesdas 2007 dan 2013**

Gaya hidup merupakan indikator berupa komposit variabel yang disusun/dihitung dari 5 (lima) variabel yaitu: 1) Kebiasaan cuci tangan, 2) Kebiasaan buang air besar, 3) Kebiasaan merokok satu bulan terakhir, 4) Aktifitas fisik, dan 5) Kebiasaan konsumsi buah dan sayur. Gaya hidup dikelompokkan menjadi 4 kategori yaitu: 1) Gaya hidup Baik, 2) Gaya hidup Sedang, 3) Gaya hidup Kurang, dan 4) Gaya hidup. Proses olah data menghasilkan distribusi persentase gangguan mental emosional menurut gaya hidup sebagai berikut: (Tabel 2)

Analisis data Riskesdas ini (baik data Riskesdas 2007 maupun Riskesdas 2013) menunjukkan adanya asosiasi yang bermakna secara statistik

**Tabel 1.** Distribusi Persentase Gangguan Mental Emosional Menurut Tingkat Disabilitas, Riskesdas 2007 dan 2013

Disabilitas		Gangguan Mental Emosional (%)			
		Tidak Ada Gangguan	Ringan	Sedang	Berat
Tidak Ada	2007	94,8	3,5	0,5	1,2
	2013	97,6	1,9	0,3	0,2
Ringan, Sedang	2007	85,3	11,8	2,2	0,8
	2013	87,1	10,2	2,0	0,7
Berat, Sangat berat	2007	56,9	27,2	11,7	4,1
	2013	64,4	23,0	9,3	3,3
Total	2007	88,4	8,2	2,1	1,3
	2013	94,2	4,2	1,1	0,5

**Tabel 2.** Distribusi Persentase Gangguan Mental Emosional menurut Gaya Hidup, Riskesdas 2007 dan 2013

Gaya Hidup		Gangguan Mental Emosional (%)			
		Tidak Ada Gangguan	Ringan	Sedang	Berat
Jelek	2007	77,4	14,7	5,1	2,7
	2013	88,3	7,5	2,9	1,3
Kurang	2007	86,8	9,0	2,6	1,6
	2013	92,0	5,4	1,8	0,8
Sedang	2007	89,3	7,7	1,8	1,2
	2013	94,5	4,1	1,0	0,4
Baik	2007	89,6	7,8	1,6	1,0
	2013	96,0	3,2	0,6	0,3
Total	2007	88,4	8,2	2,1	1,3
	2013	94,2	4,2	1,1	0,5

antara gangguan mental emosional dan gaya hidup. Kelompok responden yang memiliki gangguan emosional berat semakin besar persentasenya bila semakin buruk gaya hidupnya. Hal tersebut juga terjadi pada kelompok responden dengan gangguan mental emosional sedang maupun ringan. Semakin kurang baik gaya hidup responden semakin besar persentasenya yang mengalami gangguan mental emosional.

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden yang memiliki gangguan emosional berat diketahui memiliki gaya hidup yang jelek, baik pada hasil Riskesdas 2007 (2,7%) maupun 2013 (1,3%). Tabel juga memperlihatkan bahwa semakin kurang baik gaya hidup responden maka semakin berat gangguan mental emosional yang dialami responden, baik pada Riskesdas 2007 maupun Riskesdas 2013. Dengan lain kata, semakin kurang baik gaya hidup responden maka persentase responden tidak mengalami gangguan mental emosional semakin kecil.

Gaya Hidup dan Gangguan Mental Emosional merupakan variabel dengan skala ordinal, maka untuk melihat adanya asosiasi (hubungan) antar variabel diterapkan Uji Kendalls tau-b. Hasil uji data Riskesdas 2007 maupun Riskesdas 2013 diketahui terdapat asosiasi (hubungan) yang bermakna secara statistik antara Gaya Hidup dan Gangguan Mental Emosional responden, (Riskesdas 2007: Approx. T = -34,452; Approx. Sign = ,000 dan Riskesdas 2013: Approx. T = -44,264; Approx. Sign = ,000).

Temuan pada analisis data Riskesdas ini selaras dengan temuan Suda, (2007) yang meneliti dan menemukan adanya hubungan antara gaya hidup dan status kesehatan mental di antara para pekerja di Jepang. Simonsick (1991) menyatakan bahwa perilaku

konsumsi makanan sebagai salah satu variabel gaya hidup pada umumnya menunjukkan adanya hubungan/asosiasi dengan kesehatan jiwa. Penelitian lain pada para pegawai sipil yang juga dilakukan di Jepang menunjukkan adanya asosiasi antara kesehatan jiwa dan kebiasaan merokok (Hu, 2007). Sedangkan adanya asosiasi antara aktivitas fisik sebagai salah satu variabel gaya hidup mempunyai asosiasi dengan kejadian gangguan mental dibuktikan oleh Sanchez-Villegas, (2008) dalam penelitian menggunakan metode yang mereka sebut "SUN study" yaitu penelitian kohort yang dilakukan di Universitas Pascasarjana-Spanyol.

Hasil analisis Riskesdas ini juga sesuai dengan temuan Velten (2014). yang menyebutkan bahwa ada asosiasi antara semua faktor gaya hidup dan kesehatan mental. Status kesehatan jiwa yang baik berhubungan dengan tingginya frekuensi aktivitas fisik, tidak konsumsi alkohol/konsumsi tidak berlebih, tidak merokok, dan tidak 'under weight' atau 'over weight'. Individu yang memilih untuk melakukan gaya hidup yang lebih sehat akan merasa hidupnya nyaman dan secara kejiwaan akan kecil kemungkinan mengalami 'stress'.

### Pelayanan Kesehatan Mental

Dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH, Menteri Kesehatan (Menkes) RI prihatin mendengar berbagai stigmatisasi dan diskriminasi yang sering dialami oleh orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Mereka dinilai berbeda dengan masyarakat pada umumnya, antara lain dikeluarkan dari sekolah, diberhentikan dari pekerjaan, diceraikan oleh pasangan, hingga ditelantarkan oleh keluarga, bahkan dipasung, serta dirampas harta bendanya (Pusat Komunikasi Publik

Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Masalah kesehatan mental di Indonesia memprihatinkan. Tingginya angka prevalensi gangguan jiwa tidak sebanding dengan tersedianya jumlah profesi yang menangani dan fasilitas pelayanan yang memadai. Sofia Retnowati, Guru Besar Fakultas Psikologi UGM, memaparkan bahwa hanya ada psikiater sejumlah 600 orang dan psikolog klinis sekitar 365 orang dari penduduk Indonesia yang berjumlah sekitar 241 juta jiwa pada tahun 2011, jumlah. Sofia melanjutkan, ketidakseimbangan kapasitas layanan kesehatan jiwa mengindikasikan tingginya *treatment gap*. “Permasalahan kesehatan jiwa ini menyebabkan penderitaan yang berkepanjangan bagi individu, keluarga, masyarakat, dan negara,” paparnya. Menurut Sofia, salah satu strategi yang harus dilakukan adalah dengan memasukkan layanan kesehatan jiwa ke pelayanan primer. Caranya dengan menempatkan psikolog di Puskesmas-Puskesmas Indonesia. (Pramesti, 2011)

Akhirnya dibuatlah suatu kebijakan agar hambatan-hambatan yang sudah terjadi di masa lampau dapat tertangani dengan baik yakni terus melanjutkan pelatihan terhadap tenaga kesehatan di tingkat puskesmas seperti dokter dan perawat dengan fokus pelatihan pada kelainan fisik yang didasari oleh kelainan mental. Kondisi tersebut seringkali dilewatkan oleh dokter maupun perawat. Kemudian dilakukan pendekatan agar kebijakan yang telah dibuat yakni pelayanan kesehatan mental harus tersedia di puskesmas. Tanggung jawab pelayanan terletak pada dokter, perawat, bidan di puskesmas ataupun penyedia jasa kesehatan yang bukan berasal dari puskesmas namun dengan kompetensi yang sesuai. Kantor kesehatan yang berada di suatu daerah wajib mengadakan pelatihan terhadap SDM (Sumber Daya Manusia) yang terdapat di Puskesmas di mana materi pelatihan dititikberatkan pada deteksi dini, memberikan penjelasan/konseling dasar sebagai prioritas utama, dan penanganan serta pengobatan yang tepat guna dan tepat sasaran. (Pramesti, 2011)

Penyedia jasa pelayanan kesehatan yang berasal dari pusat pelayanan kesehatan mental seperti psikiatris, psikolog, dan perawat kesehatan mental hanya berperan sebagai konsultan dan pengawas sehingga tidak terjadi ketergantungan terhadap ahli-ahli kesehatan mental yang berada di pusat. Para ahli tersebut sulit dijangkau oleh masyarakat di daerah perifer. Prioritas penanganan pertama tetap berada di pundak tenaga kesehatan di tingkat puskesmas dan

diizinkan untuk merujuk jika terdapat kasus yang sulit ataupun berada di luar kompetensinya.

Menkes mengatakan, upaya lain yang tidak kalah pentingnya adalah Pemberdayaan ODGJ, agar dapat hidup mandiri, produktif, dan percaya diri di tengah masyarakat umum, bebas dari stigma, diskriminasi atau rasa takut, malu serta ragu-ragu. Upaya ini sangat ditentukan oleh kepedulian keluarga dan masyarakat di sekitarnya. (Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2014) ODGJ dengan disabilitas seharusnya memperoleh pelayanan kesehatan dan pelayanan umum agar tujuan kemandirian dapat tercapai.

Menkes mengharapkan agar seluruh jajaran Pemerintah dan lapisan masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, tokoh masyarakat, organisasi masyarakat, organisasi profesi, dan dunia usaha dan swasta, dapat mendukung upaya Pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa terbaik kepada Masyarakat. Stigmatisasi dan diskriminasi terhadap siapa pun juga harus dihapuskan dari bumi Indonesia karena bertentangan dengan hak asasi manusia dan berdampak pada munculnya berbagai masalah sosial, ekonomi, dan keamanan di masyarakat. (Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2014)

### **Pelayanan Kesehatan Perduli Difabel**

Penelitian ini membuktikan adanya asosiasi disabilitas dengan kesehatan mental. Difabel (penyandang disabilitas) menurut Undang-Undang No. 4 tahun 1997 tentang Penyandang Cacat, adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan/atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan aktivitas secara selayaknya, yang terdiri dari (a) penyandang cacat fisik, (b) penyandang cacat mental, dan (c) penyandang cacat fisik dan mental. *Declaration of The Rights of Disabled Persons* (1975) menyebutkan bahwa seorang difabel adalah seseorang yang tidak dapat menjamin keseluruhan atau sebagian kebutuhan dirinya sendiri sesuai dengan kebutuhan manusia pada normalnya dan/atau kehidupan sosialnya sebagai akibat dari kekurangan fisik dan atau kemampuan mentalnya.

Difabel bukan hanya merupakan orang-orang penyandang cacat sejak lahir melainkan juga korban bencana alam atau perang yang mendapatkan kecacatan di tengah-tengah hidupnya maupun para penderita penyakit yang mengalami gangguan melakukan aktivitas secara selayaknya baik gangguan fisik maupun mental. Beberapa jenis gangguan yang

menyebabkan tergolongnya seseorang menjadi difabel adalah sebagai berikut: tuna netra (buta), tuna rungu (tuli), tuna wicara (bisu), tuna daksa (cacat tubuh), tuna grahita (cacat mental) dan tuna ganda (komplikasi antara dua atau lebih bentuk kecacatan).

Undang-undang No. 4 tahun 1997 menegaskan bahwa difabel merupakan bagian masyarakat Indonesia yang juga memiliki kedudukan, hak, kewajiban, dan peran yang sama. Mereka juga mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan. Pada pasal 6 dijelaskan bahwa setiap difabel berhak memperoleh: (a) pendidikan pada semua satuan, jalur, jenis, dan jenjang pendidikan; (b) pekerjaan dan penghidupan yang layak sesuai jenis dan derajat kecacatan, pendidikan, dan kemampuannya; (c) perlakuan yang sama untuk berperan dalam pembangunan dan menikmati hasil-hasilnya; (d) aksesibilitas dalam rangka kemandiriannya; (e) rehabilitasi, bantuan sosial, dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial; dan (f) hak yang sama untuk menumbuhkembangkan bakat, kemampuan, dan kehidupan sosialnya, terutama bagi difabel anak dalam lingkungan keluarga dan masyarakat.

Kebutuhan difabel akan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan di lapangan dapat dilihat dari tiga faktor (Kurniawan dkk, 2013).

1. Fasilitas kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan difabel.

Difabel dengan keterbatasan fisiknya membutuhkan fasilitas tambahan untuk menunjang pelayanan kesehatan. Fasilitas tersebut antara lain adalah tenaga medis atau nonmedis yang dapat berkomunikasi dengan difabel sehingga memudahkan proses anamnesa dan pembuatan diagnosa, dan fasilitas-fasilitas pendukung yang lain.

2. Organisasi sosial atau yayasan pendamping dan pendidikan inklusif.

Dibutuhkan oleh difabel dalam proses pencarian pelayanan kesehatan melalui proses pendampingan.

3. Keluarga.

Peran keluarga difabel tidak hanya dalam tahap pencarian pelayanan kesehatan, namun juga pendampingan selama proses pengobatan, pengambil keputusan yang berhubungan dengan kebutuhan pengobatan, dan sebagai mediator antara difabel dengan tenaga medis.

Difabel sebagai pihak pemanfaat utama memiliki dua karakteristik, yaitu difabel mandiri dan tidak mandiri. Difabel mandiri dapat mengakses fasilitas

kesehatan tanpa dampingan dari pihak lain dan menyesuaikan diri dengan aksesibilitas fasilitas kesehatan yang standard. Di sisi lain, terdapat pula difabel yang sangat bergantung pada bantuan orang lain. Kedua karakteristik difabel tersebut tetap membutuhkan perhatian khusus dalam hal perancangan akses pelayanan kesehatan, baik aksesibilitas fisik maupun nonfisik. (Paramita, 2015)

Menjadi difabel ditengah masyarakat yang menganut paham 'normalisme', paham pemuda kenormalan, di mana semua sarana umum yang ada didesain khusus untuk 'orang normal' tanpa adanya fasilitas bagi difabel adalah sangat sulit. Dipandang kasihan atau tidak dianggap dalam bermasyarakat adalah sesuatu yang acap kali kita lihat di lingkungan difabel. Bahkan pusat rehabilitasi sekalipun diciptakan menjadikan mereka 'berbeda' dengan orang lain. Terlebih dengan sebutan 'rehabilitasi' difabel disetarakan dengan para pecandu narkoba dan obat-obatan terlarang seolah mengalami kecacatan adalah sebuah penyakit yang harus segera diobati. Akan tetapi benarkah menjadi difabel adalah setara dengan digerogeti penyakit? Seseorang yang memang diciptakan dengan satu 'perbedaan' oleh Sang Pencipta mungkin tidaklah membutuhkan rehabilitasi melainkan lebih membutuhkan persamaan derajat dan pengakuan dari lingkungannya.

Data *World Health Organization* (2011) menunjukkan jumlah difabel adalah sekitar 15% dari seluruh penduduk dunia, yang 2–4% di antaranya mengalami permasalahan fisik yang signifikan. Data *Riskesdas* (2013) menunjukkan bahwa prevalensi nasional disabilitas (usia > 15 tahun) adalah 11,0%, dengan masalah yang menonjol adalah sulit berjalan jarak jauh (6,8%), sulit berdiri lama (5,8%), dan sulit mengerjakan kegiatan rumah tangga (4,6%). Data jumlah difabel tersebut tampaknya belum sepadan dengan perhatian yang seharusnya diberikan pada mereka (Paramita, 2015).

Persoalan difabel tampaknya masih kurang menarik dibandingkan dengan masalah-masalah sosial yang lain. Kurangnya dukungan sarana fisik untuk difabel di fasilitas kesehatan, kurangnya kemampuan petugas kesehatan dalam berkomunikasi dengan mereka, berikut pemahaman para pelayan kesehatan pada hak-hak dan kebutuhan difabel seringkali menjadi sebuah kendala. Hal ini dapat dilihat pada kurangnya dukungan sarana umum, termasuk pelayanan kesehatan yang dapat diakses oleh difabel (Nurkolis, 2002).

Kenyataan di lapangan menunjukkan, minimnya sarana pelayanan sosial dan kesehatan serta

pelayanan lainnya yang dibutuhkan oleh para difabel, termasuk aksesibilitas terhadap pelayanan umum yang dapat mempermudah kehidupan difabel di mana sebagian besar hambatan aksesibilitas tersebut berupa hambatan arsitektural, membuat difabel kehilangan haknya dalam mendapatkan pelayanan yang baik.

Selain UU No 4/1997 yang khusus mengatur pemenuhan hak difabel, pemerintah juga telah mengeluarkan dan mengimplementasikan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. UU NO 25/2009 tersebut bertujuan untuk memberikan kejelasan dan pengaturan mengenai pelayanan publik bagi seluruh warga negara termasuk penduduk yang berkebutuhan khusus yaitu kaum difabel. Undang-Undang ini secara tegas menyatakan bahwa pelayanan publik memiliki beberapa asas yang mengamanahkan kemudahan aksesibilitas kepada difabel. Namun demikian, tampaknya kehadiran UU tersebut belum mampu menjadi pegangan bagi penyelenggara pemerintahan untuk memberikan pelayanan publik tanpa diskriminasi. Para difabel masih menemui hambatan fisik dan psikologis dalam memperoleh hak-hak mereka.

Pemerintah juga telah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 1998 tentang Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat. Pengaturan aksesibilitas pelayanan lebih lanjut bagi difabel secara lebih jelas dan gamblang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 1998 tentang Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat. Difabel dalam PP ini dijamin kesamaan kesempatan dalam hak, kewajiban dan perannya sesuai dengan kemampuannya dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Agar difabel dapat berperan serta secara maksimal aksesibilitas bagi difabel dijamin.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Terjadi penurunan tingkat gangguan mental ringan di masyarakat pada tahun 2013 (8,4%) dibanding 2007 (4,2%). Ada hubungan antara gangguan mental emosional dan disabilitas. Ada asosiasi yang bermakna secara statistik antara gangguan mental emosional dan gaya hidup.

Pemberian Stigmatisasi dan diskriminasi terhadap siapa pun harus dihapuskan karena bertentangan dengan hak asasi manusia dan berdampak pada munculnya berbagai masalah sosial, ekonomi, dan

keamanan di masyarakat. Pelayanan kesehatan dan sosial, khususnya bagi ODGJ dan penyandang disabilitas masih perlu ditingkatkan.

### Saran

Promosi tentang gangguan jiwa dan penyandang disabilitas harus lebih ditingkatkan dan mencakup masyarakat luas, tidak hanya di perkotaan saja melainkan sampai ke pelosok pedesaan.

Perlu penyediaan pelayanan kesehatan primer (puskesmas yang peduli ODGJ dan difabel serta aktif mengajak masyarakat untuk melakukan gaya hidup sehat melalui kegiatan prefentif-promotif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonimous, ---, *Pelajari Kesehatan Fisik dan Mental*, <http://www.wikimu.com/news/displaynews.aspx?id=2037>
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2007. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Hartono, I.G. 1995. *Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia*, Thesis, University of Western Australia.
- Hu, Lizhen, et al. 2007. *Association of Smoking Behavior and Socio-Demographic Factors, Work, Lifestyle and Mental Health of Japanese Civil Servants*. *Journal of Occupational Health*; 49: 443 – 452.
- Kaur, Jaswinder. et al. 2013. *Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders*. *Delhi Psychiatry Journal* 2013; 16: (2) Hal 404-408. @ Delhi Psychiatric Society.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014, *Pokok-Pokok Hasil RISKESDAS Indonesia Tahun 2013*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.
- Kurniawan Adk. 2013a. Akses Pelayanan Kesehatan yang Ramah bagi Penyandang Difabel (*Difable-Friendly*) Di Sukoharjo, Jawa Tengah. *Laporan Penelitian*. Surabaya: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat. Nurcholis, Hanif. (2005). *Teori dan Praktik Pemerintahan dan Otonomi Daerah*. PT. Grasindo. Jakarta.
- Nurkholis MM. 2002. Reformasi Kebijakan Pendidikan Luar Biasa. <http://researchengines.educationcreativity.com/nurkholis2.html>. Diunduh tanggal 10 Oktober 2012.
- Paramita. dkk. 2015. Pedoman Pelayanan Puskesmas “Ramah” Ditabel. Airlangga University Press. Surabaya.
- Pradono, J.dkk. 2004. *Survey Kesehatan Nasional Indonesia*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan.



- Pramesti, Olivia Lewi, 2011, Masalah Kesehatan Mental di Indonesia Memprihatinkan, <http://nationalgeographic.co.id/berita/2011/09/masalah-kesehatan-mental-di-indonesia-memprihatinkan>.
- Pusat Komunikasi Publik Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI, 2014, Stop Stigma dan Diskriminasi Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), <http://www.depkes.go.id/article/print/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html>
- Richardson, Caroline R., et al. 2005. *Integrating Physical Activity into Mental Health Services for Persons with Serious Mental Illness*. Psychiatric Services. <http://ps.psychiatryonline.org>. March 2005. Vol. 56 No.3. Hal. 324–331.
- Sanchez-Villegas, Almudena., et al. 2008. *Physical Activity, Sedentary Index, and Mental Disorders in the SUN Cohort Study*. The American College of The Sports Medicine.
- Santrock, John W. 1995. *Life-Span Development, 5 E*. Brown and Benchmark, Times Mirror International Publisher Ltd.
- Semiun, Yustinus. 2006. *Kesehatan Mental 1*, Kanisius, Yogyakarta.
- Simonsick EM. 1991. *Personal Health Habits and Mental Health in a National Probability Sample*. American Journal Preventive Medicine 7. Hal. 425–437.
- Suda, Miyuki., Nakayama, Kunio., and Morimoto Kanehisa. 2007. *Relationship between Behavioral Lifestyle and Mental Health Status Evaluated Using GHD-28 and SDS Questionnaires in Japanese Factory Workers*. Industrial Health 2007, 45, 467–473.
- Velten, Julia. et al. 2014. *Lifestyle Choices and mental health: a representative population survey*. BMC Psychology (2014) 2: 58. DOI 10.1186/s40359-014-0055-y.
- WHO. 2011. International Classification of Fuctioning, Disability and Health, ICF World Health Organization.