

“Gerakan Masyarakat Menuju Kampung Ramah Sehat Jiwa Di Yogyakarta”

Catatan Sarasehan Kesehatan Jiwa I

Sleman, 29 April 2017, Aula Pertemuan Balai Desa Sendangadi,
Mlati, Sleman, DIY.

Yayasan SATUNAMA Yogyakarta



Oleh :

Valentina Sri Wijiyati

Adiyad Riyadh Moch. L.

Daftar Isi

Daftar Singkatan.....	3
Daftar Istilah.....	4
1. Pengantar.....	5
2. Format Kegiatan.....	5
3. Partisipan.....	5
4. Diskusi Film dan Sarasehan.....	6
4.1. Sinopsis Film.....	6
4.2. Diri, Keluarga, dan Cinta.....	7
4.3. Diskusi dan Sarasehan.....	7
4.3.1. Paparan Pemantik oleh Dokter Mega Dhestiana.....	7
4.3.2. Data dan Fakta.....	8
4.4. Sarasehan, Berbagi Pengalaman dan Pembelajaran.....	10
4.4.1. Membuka Diri untuk Belajar.....	11
4.4.2. Penerimaan dan Keterlibatan.....	11
4.4.3. Kapasitas : Pengetahuan dan Keterampilan.....	11
4.5. Berbagi Peran dan Tanggungjawab.....	12
4.5.1. Membangun Jembatan Komunikasi.....	12
4.5.2. Kebutuhan Membangun Sinergitas antar Pihak.....	12
5. Usulan-Usulan Strategi.....	13

Daftar Singkatan

APBDES	: Anggaran Pendapata dan Belanja Desa;
RKPDES	: Rencana Kerja Pemerintah Desa;
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar;
ODMK	: Orang Dengan Masalah Kejiwaan;
ODGJ	: Orang Dengan Gangguan Kejiwaan;
DD	: Dana Desa;
SPM	: Standar Pelayanan Minimal;
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah;
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah;
RSK	: Rumah Sakit Khusus;
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa;
ADD	: Alokasi Dana Desa;
RPJMDesa	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa;
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah;
DSSJ	: Desa Siaga Sehat Jiwa;
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat;
PERDES	: Peraturan Desa;
RS	: Rumah Sakit;

Daftar Istilah

Alzheimer : ialah gangguan kejiwaan yang disebabkan oleh satu kondisi dimana sel-sel saraf di otak mati sehingga sinyal-sinyal di otak sulit ditransmisikan secara baik;

Bipolar :

Kesehatan Jiwa : kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya;

Orang Dengan Masalah Kejiwaan : orang yang mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidup sehingga memiliki risiko mengalami gangguan jiwa;

Orang Dengan Gangguan Jiwa : orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia;

Prevalensi : jumlah keseluruhan kasus penyakit yang terjadi pada suatu waktu tertentu di suatu wilayah;

Pasung : alat untuk menghukum orang, berbentuk kayu apit atau kayu berlubang, dipasangkan pada kaki, tangan, atau leher;

Skizofrenia : Gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian realita (waham dan halusinasi);

Depresi : tertekan, tenggelam;

Bipolar : gangguan/kelainan secara kimiawi pada sistem syaraf otak yang *mempengaruhi mood atau suasana hati*, seperti *kegembiraan atau kesedihan (depresi) yang mendalam*, bersifat *ekstrim (perubahannya sangat cepat)* dan *menetap (bertahan dalam waktu yang lama)* terlebih dari itu penderita gangguan bipolar juga dapat mengalami perubahan suasana hati yang *complicated* /multi emosi.

Somatogenik : Penyebab gangguan kejiwaan secara fisik;

Psikogenik : Penyebab gangguan kejiwaan secara psikis;

Sosiojenik : Penyebab gangguan kejiwaan karena lingkungan sosial;

1. Pengantar.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menyebutkan kesehatan jiwa sebagai kondisi yang memungkinkan seorang pribadi berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial. Kesehatan jiwa memungkinkan pribadi menyadari kemampuan diri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan sumbangan untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa memerlukan penanganan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan melibatkan warga, aparat pemerintah, dan tenaga kesehatan.

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan daerah dengan jumlah penyandang gangguan jiwa berat (skizofrenia) terbanyak di Indonesia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013, DIY memiliki sekitar 16 ribu orang yang hidup dengan skizofrenia dengan prevalensi skizofrenia 4,6 per 1.000 penduduk. Riskesdas tahun 2013 menemukan kasus gangguan jiwa berat/psikotik di DIY menempati urutan teratas di Indonesia, yaitu 2,7 permil, sedangkan di Indonesia secara keseluruhan 1,7 permil. Angka gangguan mental emosional di DIY, termasuk gangguan cemas dan depresi, mencapai 8,1%, lebih tinggi daripada angka Indonesia 6%.

DIY sudah memiliki Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pedoman Penanggulangan Pemasangan, melengkapi Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Namun peraturan perundang-undangan ini memerlukan partisipasi warga untuk penegakannya. Salah satu kebutuhan mendesak adalah penguatan pengetahuan dan ketrampilan terkait kesehatan jiwa di ranah promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dengan latar tersebut, Satunama menyelenggarakan Seri Sarasehan Kesehatan Jiwa.

Kegiatan ini bertujuan Meningkatkan pengetahuan pemangku kepentingan di DIY terkait kesehatan jiwa serta Mengupayakan rintisan langkah promotif, preventif, dan rehabilitatif berbasis komunitas terkait kesehatan jiwa.

2. Format Kegiatan.

Kegiatan Sarasehan Kesehatan Jiwa I ‘Gangguan Jiwa Secara Umum’ diselenggarakan pada Sabtu Wage, 29 April 2017 bertempat di Balai Desa Sendangadi.

Kegiatan Sarasehan Kesehatan Jiwa I ‘Gangguan Jiwa Secara Umum’ akan dilaksanakan dengan alur Menyimak Film ‘Still Alice’, Paparan pemantik oleh Dokter Mega Dhestiana, dan Diskusi dan curah gagasan.

3. Partisipan

Kegiatan ini melibatkan partisipan yang disimpulkan sebagai para pemangku kepentingan dan komunitas yang peduli terhadap persoalan-persoalan Kesehatan Jiwa di Yogyakarta. Para pemangku kepentingan terlibat adalah orang-perorang dan/atau lembaga, baik swasta maupun pemerintah yang memiliki kebutuhan, pengalaman, kepedulian, wewenang, dan program yang berkaitan dengan usaha-usaha rintisan langkah promotif, preventif, dan rehabilitatif berbasis komunitas terkait kesehatan jiwa, yaitu sebagai berikut :

1. Yayasan SATUNAMA Yogyakarta;

2. Pemerintah Desa Sendangadi;
3. Organisasi Difabel Mlati (ODM);
4. Organisasi Difabel Desa Sendangadi (ODDS);
5. Jaringan Organisasi Masyarakat Sipil Yogyakarta Peduli HIV-AIDS;
6. Kader Desa Siaga Kesehatan Jiwa;
7. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) I Mlati;
8. BAPPEDA Kabupaten Sleman, sub –Bidang Kesehatan dan Sosial, Bidang Kesejahteraan Rakyat dan Pemerintahan;
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Bidang Penanggulangan Penyakit;
10. Dinas Sosial, Bidang Kesejahteraan Sosial;
11. Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa, Bidang Desa;
12. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman;
13. Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Bethesda YAKKUM;
14. Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada Yogyakarta;
15. Rumah Sakit Jiwa Grhasia;
16. Gerakan Peduli Masyarakat Sehat Jiwa (gelimasjiwa);
17. Anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Republik Indonesia (DPD-RI) Yogyakarta;

4. Diskusi Film dan Sarasehan.

Film yang baik adalah film yang mampu menghadirkan persentuhan emosional terhadap siapapun yang menyaksikannya, menjadi ‘cermin’ bagi kehidupan dan pengalaman sehari-hari, mampu menggugah hasrat untuk berdialog dengan diri sendiri dan lingkungan tentang hidup dan kehidupan.

Film ‘Still Alice’ yang diputar dalam kegiatan sarasehan kesehatan jiwa –dalam kasus ini *alzheimer*- memiliki dimensi informatif, emosional, pengetahuan, dan cita akan kehidupan, semangat, solidaritas, dan hasrat untuk berjuang menghadapi semua persoalan yang dihadapi, sehingga kekuatannya terletak pada pesan moral bagi siapa yang menyaksikan.

Setelah menyaksikan film, mendiskusikannya menjadi proses pemaknaan dan penafsiran terhadap hal-hal yang umum dan spesifik, mengandung minat, hasrat, dan umpan balik yang beragam, yang kesemuanya membentuk satu kondisi dimana kita semua belajar banyak hal.

4.1. Sinopsis Film.

Di film *Still Alice* ini Stewart berperan sebagai Lydia, putri dari Dr. Alice Howland yang diperankan oleh Julianne Moore. Disini Dr. Alice dikisahkan sebagai seorang ahli saraf lulusan *Harvard University* yang menderita penyakit *Alzheimer*.

Film adaptasi novel berjudul sama karya Lisa Genova ini disutradarai oleh Richard Glatzer dan Wash Westmoreland yang dirilis pada 16 Januari 2015 di Amerika Serikat.

"*Still Alice*" bercerita tentang Dr. Alice Howland (Julianne Moore), seorang profesor ahli saraf yang mengetahui bahwa dirinya terserang penyakit *Alzheimer*. Selama dia sakit, ia menjadi sangat dekat dengan putrinya, Lydia (Kristen Stewart).

Dia berjuang untuk melawan penyakitnya dan mengatur hidupnya demi pekerjaan, pernikahan dan anak-anaknya. Hal terpenting dalam perjuangan Alice adalah : (1) bagaimana ia berusaha keras agar ia dapat menerima kenyataan bahwa dirinya menderita *alzheimer* dan terus belajar tentang penyakitnya tersebut serta membangun pengetahuan dan keterampilan secara terus-menerus dalam berbagai hal agar ia mampu mengatasi kondisi-kondisi terburuk yang mungkin dialaminya karena *alzheimer*; (2) perlahan, seluruh anggota keluarga Alice dapat memahami kondisi yang dialaminya,

serta mau menerima, dan belajar tentang Alzheimer, khususnya suami Alice, yang sangat peduli, disiplin, dan berjuang keras untuk Alice; (3) pengetahuan baik yang dimiliki Alice –demikian keluarganya- tentang Alzheimer menjadi awal bagi dirinya dan keluarganya menjadi tangguh berjuang melawan penyakitnya, membangun kapasitas diri dan lingkungan.

4.2. Diri, Keluarga, Rekan Kerja, dan Cinta.

Diri, hal terberat soal ‘diri’ adalah tentang ‘keberadaan’. Hal ini diungkapkan oleh setiap partisipan yang terlibat dalam sarasehan. ‘keberadaan’ berkaitan dengan bagaimana lingkungan menerima seseorang sebagai bagian darinya, mendapat pengakuan, peran, penghormatan.

Dalam banyak kasus, sebagaimana yang diungkapkan oleh tiap-tiap partisipan yang terlibat, tantangan terbesar bagi setiap ODGJ adalah kemampuan untuk terus-menerus mengasah kesadaran akan kondisinya, jika ini sudah, maka potensi untuk ‘penerimaan diri’ menjadi awal hadirnya peluang untuk dapat dengan tenang dan hati-hati membangun kapasitas diri tentang kondisi-kondisi khusus yang tercipta karena penyakitnya, seperti emosi yang meledak, pemahaman terhadap kesesuaian kombinasi obat dan dosis, penanganan darurat, skema dan fasilitas layanan yang tersedia pada unit-unit layanan swasta dan pemerintah, dan perawatan sehari-hari.

Demikian juga dengan keluarga. Seluruh partisipan memberikan informasi yang sama, bahwa sebagian besar keluarga yang memiliki anggota keluarga ODGJ merasa hal tersebut adalah satu hal yang harus disembunyikan, karena malu, nama baik keluarga dimata lingkungan.

Bahkan sebagian besar keluarga memilih menyembunyikannya, tanpa disadari, resiko terbesar hadir, yaitu semakin parahnya kondisi ODGJ yang menciptakan kerentanan bagi ODGJ itu sendiri, keluarga, dan lingkungannya terhadap kondisi-kondisi yang sampai pada membahayakan keselamatan jiwa ODGJ maupun orang-orang disekitarnya.

Rekan kerja. Dalam film ‘Still Alice’ tersebut, para rekan kerja Alice juga pada awalnya sangat kurang hati-hati dalam memberikan respon kepadanya saat ia menceritakan bahwa dirinya terserang alzheimer, hal ini membuat Alice semakin tertekan dan menambah parah kondisinya, hingga para rekan kerjanya juga mau belajar soal gangguan jiwa hingga dapat lebih bijaksana bersikap dan berkomunikasi dengan Alice dalam setiap urusan.

Cinta, rumus manakah yang kita –dengan secara sadar- gunakan untuk mendefinisikan ‘cinta’? terkait dengan soal ini, dialog antar partisipan menuju pada satu rumusan bahwa penalaran yang jernih, pemahaman yang baik terhadap persoalan kesehatan jiwa, memelihara motivasi belajar tentang kesehatan jiwa dapat menghadirkan kesadaran dan kebijaksanaan dalam memandang segala hal yang terkait dengan Kesehatan Jiwa.

4.3. Diskusi dan Sarasehan.

Diskusi dan sarasehan. Berbagi pengalaman dan pengetahuan tentang Kesehatan Jiwa. Dengan suasana persaudaraan, pada prinsipnya semua partisipan adalah narasumber bagi pertemuan, bersama-sama menggali dan merekam, mengurai dan menghitung kondisi-kondisi yang dibutuhkan kedepan.

4.3.1. Paparan Pematik oleh Dokter Mega Dhestiana.

Konsepsi sehat dan kesehatan jiwa secara regulatif sudah relatif memadai dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku di negara Republik Indonesia. Hanya saja ada persoalan yang

harus diperhatikan bersama yaitu : Pengetahuan, kesadaran, dan komitmen yang dimiliki oleh komunitas, masyarakat luas, dunia usaha, universitas, lembaga penelitian, organisasi perangkat daerah, dan semua unit layanan yang menyelenggarakan pelayanan publik tentang kesehatan jiwa masih harus terus-menerus dibangun dengan seksama dan sistematis.

Sehat adalah suatu keadaan yang sempurna, baik fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 2015). Definisi sehat menurut WHO ini adalah sehat secara keseluruhan, baik jasmani, rohani, lingkungan beserta faktor-faktor dan komponen yang berperan di dalamnya.

Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa merumuskan : “Kesehatan jiwa adalah kondisi di mana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya”.

Seluruh partisipan sepakat bahwa pemahaman yang mendasar dan utuh tentang ‘kesehatan jiwa’ sangat penting, hal ini terkait dengan pengertian dasar, faktor-faktor yang menyebabkannya, pentingnya secara terus-menerus membangun pengetahuan dan keterampilan (kapasitas) orang perorang, komunitas, lingkungan, dan unit layanan, serta membangun solidaritas dan jejaring untuk mengupayakan secara terus-menerus langkah promotif, preventif, dan rehabilitatif berbasis komunitas terkait kesehatan jiwa.

4.3.2. Data dan Fakta.

Berdasarkan data Riskesdas (2013), prevalensi atau angka kejadian gangguan jiwa di Indonesia yaitu gangguan jiwa berat atau dalam istilah medis disebut psikosis/skizofrenia di daerah pedesaan ternyata lebih tinggi dibanding daerah perkotaan. Di daerah pedesaan, proporsi rumah tangga dengan minimal salah satu anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat dan pernah dipasung mencapai 18,2 persen. Sementara di daerah perkotaan, proporsinya hanya mencapai 10,7 persen.

Penyebab gangguan jiwa berat sangat kompleks, diantaranya Biologis (neurotransmitter, struktur anatomi otak dan genetik), Somatogenik (di badan), Psikogenik (di psikis), Sosiogenik (di lingkungan social), Kultural (tekanan kebudayaan), Spiritual (tekanan keagamaan). Jarang penyebab tunggal, tapi tumpang tindih antara biologi -somatogenik – psikogenik – sosiogenik – kultural -spiritual. Contoh : seorang yg merasa dikucilkan di lingkungannya kemudian mengalami depresi, sehingga nafsu makan turun, sulit tidur, daya tahan tubuh menurun mengalami keradangan tenggorokan.

Tabel 1. Gangguan Jiwa Berat /Psikotik di DIY (Riskesdas, 2013)

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk	Prevalensi (permil)	Gangguan Jiwa Psikotik
1	Kulonprogo	405.222	4,67	1.892
2	Bantul	968.632	4	3.875
3	Gunungkidul	698.825	2,05	1.433
4	Sleman	1.163.979	1,52	1.769
5	Kota	400.467	2,14	857
DIY		3.637.116	2,7	9.820

Keterangan Tabel 1. Gangguan jiwa berat/psikotik di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) menempati urutan teratas di Indonesia, yaitu 2,7 permil, sedangkan di Indonesia secara keseluruhan 1,7 permil.

Tabel 2. Gangguan Jiwa Emosional di DIY (Risksdas, 2013).

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk	Penduduk > 15 tahun (70%)	Prevalensi (%)	Jumlah Gangguan Mental Emosional
1	Kulonprogo	405.222	283.655	12,1	34.322
2	Bantul	968.632	678.042	8,3	56.278
3	Gunungkidul	698.825	489.178	8,3	40.602
4	Sleman	1.163.979	814.779	5,4	43.998
5	Kota	400.467	280.327	11,4	31.957
DIY		3.637.116	2.545.981	8,1	206.224

Tabel 3. ODGJ yang pernah dipasung di DIY (Risksdas, 2013)

NO	KABUPATEN / KOTA	JUMLAH GANGGUAN JIWA PSIKOTIK	ESTIMASI JUMLAH PASUNG DIY
1.	Kulon Progo	1.892	271
2.	Bantul	3.875	554
3.	Gunung Kidul	1.433	205
4.	Sleman	1.769	253
5.	Kota	857	123
DIY		9.820	1.404

Sekitar 1 dari 7 orang dikatakan pernah mengalami gejala dan episode depresi dalam kehidupannya. Badan Kesehatan Dunia WHO memprediksikan pada tahun 2020 gangguan depresi merupakan nomor dua penyumbang penyebab ketidakmampuan seseorang dalam kehidupannya.

Gejala dan Tanda Depresi : Gejala klasik depresi sering dikatakan sebagai tiga gejala utama depresi (disebut sebagai trias depresi) mengenai : gejala pada *mood* (suasana perasaan), pikiran (kognitif) dan perilaku (psikomotor) seseorang yang mengalaminya.

Mood yang menurun (disebut *mood hipotim* atau depresif) merupakan gejala yang khas pada pasien depresi. Orang yang mengalami depresi bukan hanya menurun suasana perasaannya dalam rentang waktu sehari atau dua hari tetapi lebih dari dua minggu. Orang lain melihat orang depresi wajahnya tampak murung atau sedih berkepanjangan dan suasana perasaan ini menetap dalam kehidupannya sehari-hari.

Pikiran : *Pikiran yang kosong*, rasa putus asa dan tidak ada harapan, perasaan hampa adalah gejala utama yang sering dialami orang yang mengalami depresi. *Rasa putus asa* ini yang sering menyebabkan orang yang mengalami depresi tidak ada keinginan untuk terus hidup dan sering kali ada pikiran bunuh diri. *Kesulitan konsentrasi* dalam beraktivitas sehari-hari dan kehilangan minat terhadap sesuatu yang dulu dinikmati adalah gejala gangguan pikiran yang khas pada pasien depresi.

Perilaku : Perilaku pasien depresi juga dilihat dalam kehidupannya sehari-hari menjadi lambat dan seperti tidak bertenaga. Pasien depresi sering mengeluhkan bahwa dirinya seperti kehabisan tenaga untuk melakukan sesuatu. Bangun tidur di pagi hari sangat berat, rasanya seperti ada hal yang menahannya untuk bergerak. Pasien depresi menjadi kesulitan untuk melakukan hal-hal yang bahkan kecil sekalipun. Gangguan psikomotor ini jangan disamakan dengan rasa malas normal yang bisa dialami oleh orang-orang pada umumnya. Kelelahan yang dialami pasien depresi biasanya tidak hilang dengan istirahat yang cukup dan biasanya berkepanjangan.

Gejala lain Depresi : Gangguan tidur (baik sulit tidur atau malah tidur berlebihan), Gangguan makan (terlalu banyak makan atau tidak mau makan sama sekali), sulit konsentrasi, penurunan gairah seks yang nyata, penurunan berat badan walaupun sedang tidak dalam diet dan beberapa di antaranya juga mengalami gejala kecemasan.

Depresi bisa disembuhkan dengan : Farmakologis (dengan obat-obatan antidepresan), dan Non-farmakologis (dengan psikoterapi).

Gangguan Bipolar : Kata *bipolar* berasal dari Bahasa Inggris yang berarti “dua kutub” (*bi*, dua + *pole*, kutub) yang menamai ayunan perasaan “ke atas” dan “ke bawah” yang dialami oleh penyandanginya. Gangguan bipolar terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek yang disertai dengan penurunan aktivitas (depresi) (Rusdi M, 2003). Sebagian besar orang yang mengalami manik, setidaknya sekali dalam hidup mereka, di lain waktu akan memiliki gangguan depresi.

Angka Kejadian Bipolar (Ketter, 2010) : Jumlah kejadian tiap tahun dari gangguan bipolar dalam populasi diperkirakan antara 10 - 15 per 100.000 di antara manusia (4%). Angka ini lebih tinggi di kalangan perempuan dan bahkan dapat mencapai 30 per 100.000. Kondisi ini dapat mempengaruhi orang dari hampir semua usia, dari anak- anak sampai usia lanjut.

Gangguan Cemas : Kecemasan adalah terjemahan dari Bahasa Inggris, *anxiety*, atau diindonesiakan menjadi ansietas. *Anxiety* berasal dari kata dalam Bahasa Yunani *angere* “tersengal (susah napas), menyakiti.” *Kecemasan adalah suatu keadaan khawatir yg mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan segera terjadi. Dalam hidup ini banyak hal yg perlu dicemaskan, misalnya kesehatan kita, hasil ujian, perkawanan, dsb. Kecemasan bermanfaat jika hal itu memotivasi kita.*

Kecemasan adalah respon yang tepat terhadap ancaman. Kecemasan bisa menjadi gangguan jiwa jika tingkatannya tidak sesuai dengan porsi ancaman, atau bila sepeertinya datang tanpa ada penyebabnya. Dalam bentuknya yang ekstrem, kecemasan dapat mengganggu fungsi kita sehari-hari.

Tanda dan Gejala Gangguan Cemas : (1)Fisik : Gelisah, gugup; Tangan atau anggota tubuh gemetar; Banyak berkeringat; Pening atau pingsan; Mulut atau kerongkongan terasa kering; Sulit berbicara; Sulit bernafas; Sulit menelan; Wajah terasa memerah; Jantung berdebar keras; Suara menjadi bergetar; Jari-jari atau anggota tubuh menjadi dingin; Merasa lemas; Mati rasa; Leher atau punggung terasa kaku; Gangguan sakit perut atau mual; Panas dingin; Sering buang air kecil; Diare; Mudah tersinggung. (2)Perilaku : Menghindar; Melekat dan bergantung pada seseorang atau sesuatu; Terguncang. (3) Pikiran : Khawatir; Yakin bahwa sesuatu yg mengerikan akan terjadi, tanpa perlu ada penjelasan yg nyata; Sangat waspada terhadap reaksi tubuhnya; Sensitif terhadap orang atau peristiwa meskipun biasanya tidak begitu; Takut akan kehilangan control; Takut akan tidak mampu mengatasi masalah.

4.4. Sarasehan, Berbagi Pengalaman dan Pembelajaran.

Dalam proses diskusi berbagi pengalaman dan pembelajaran, mengemuka satu kesimpulan bahwa dalam kondisi yang sama, atau kondisi terburuk sekalipun, masing-masing orang memiliki kerentanan yang berbeda terhadap resiko-resiko yang muncul dari gejala-gejala yang timbul oleh ODGJ dan ODMK dalam keluarga atau lingkungan, hanya masing-masing orang akan dapat menciptakan kondisinya masing-masing, tergantung pada kapasitas (pengetahuan, keterampilan, dan sikap) dalam menghadapi tiap-tiap kondisi, ini menjadi pesan utama yang disepakati semua partisipan.

4.4.1. Membuka Diri untuk Belajar.

Refleksi, secara sadar melihat kembali rekaman-rekaman pengalaman tentang penanganan ODMK dan ODGJ dalam keluarga dan lingkungan. Membuka diri terhadap pengalaman dan pengetahuan orang lain, merangkumnya sebagai informasi, hal ini berlaku tidak hanya bagi orang-perorang yang memiliki anggota keluarga ODGJ dan ODMK, tapi untuk semua pihak, termasuk komunitas, pemerintahan, swasta, lembaga penelitian, universitas, dan jaringan akademisi.

4.4.2. Penerimaan dan Keterlibatan.

Kebutuhannya adalah, bagi seluruh pihak, tidak hanya ODGJ, ODMK, dan keluarganya saja, tapi lingkungan dan seluruh pihak berproses dan menjaga kesadaran untuk sampai pada penerimaan, bahwa persoalan gangguan kejiwaan dan masalah kejiwaan.

Fase lebih dalam dari penerimaan adalah keterlibatan. Semua partisipan menuturkan simpulan masing-masing, bahwa misalnya saja setiap keluarga dapat menerima dengan utuh dan sadar tentang adanya anggota keluarganya yang ODGJ dan ODMK, maka proses selanjutnya adalah pencelupan diri sepenuhnya terhadap realitas yang kita ada didalamnya, maka dalam mengenali kebutuhan untuk paham dan terampil dalam persoalan kesehatan jiwa menjadi lebih mungkin.

Penerimaan dan keterlibatan disimpulkan bersama oleh semua partisipan sebagai 'kepedulian'. Tau, mau, dan mampu dalam menghadapi persoalan-persoalan kesehatan jiwa yang ada di keluarga dan lingkungannya.

4.4.3. Kapasitas : Pengetahuan dan Keterampilan.

Kapasitas adalah kata kunci setelah penerimaan dan keterlibatan. Kesimpulan yang ditarik oleh semua partisipan adalah, tiap-tiap individu, keluarga, komunitas, lembaga pemerintahan, dan swasta, seluruh pihak perlu membangun kapasitas terkait dengan seluruh aspek soal Kesehatan Jiwa, diantaranya melingkupi soal-soal sebagai berikut :

(1) Individu, adalah orang yang paling dekat dengan ODGJ dan ODMK, baik sebagai anggota keluarga, sanak famili, ataupun tetangga terdekat, dan lingkungannya, juga individu sebagai pelaksana pelayanan publik bidang kesehatan jiwa, sehingga individu menjadi ‘juru kunci’ dari proses yang menyeluruh terkait kesehatan jiwa;

(2) komunitas, bermakna sekumpulan orang yang memiliki kepedulian dan komitmen, dan kapasitas yang relatif memadai soal kesehatan jiwa, hanya perlu ruang agar terus-menerus dapat memfasilitasi dan difasilitasi untuk tingkatkan kapasitas, pengetahuan, keterampilan, jejaring kerja, dan pengelolaan program dan kegiatan;

(3) Fungsi pelayanan publik dasar melekat pada pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik, demikian mandat peraturan perundang-undangan, sehingga unit-unit layanan publik lingkup kesehatan jiwa harus memiliki agenda khusus dalam hal peningkatan kapasitas secara organisasional, baik manusianya, mekanismenya, anggarannya, dan teknologi-informasinya;

(4) Lembaga penelitian dan universitas, bidang ini berperan menggali soal kesehatan jiwa secara keilmuan, menginisiasi berbagai program penelitian yang dapat menghadirkan pengetahuan dan pengembangan kapasitas yang menjawab kebutuhan kepada para pemangku kepentingan;

Satu kasus mengemuka, satu pengalaman yang terjadi di lingkungan salah satu partisipan sarasehan, dimana terjadi kekerasan fisik yang dilakukan ODGJ terhadap ayahnya sampai menyebabkan hilangnya nyawa ayahnya.

Demikian informasi yang disampaikan oleh Dokter Tika Prasetya, bahwa Gangguan Jiwa kambuh atau tidak itu tergantung keluarga dan masyarakat. Polanya mirip diabetes, hipertensi, jika gaya hidup sehat dan perawatan berjalan baik maka angka kekambuhan bisa diredam.

Berdasarkan penuturan dari partisipan tersebut, bahwa memang anggota keluarga ODGJ belum dapat menerima kondisi yang ada, sehingga kesadaran terhadap kebutuhan yang harus dijawab juga tidak terbangun, akibatnya perlakuan keluarga terhadap anggota keluarganya yang ODGJ adalah bentuk perlakuan yang tidak didasarkan pada pengelolaan situasi yang tepat dan berdimensi rehabilitatif, ini sebuah pembelajaran penting bagi semua pihak.

4.5. Berbagi Peran dan Tanggungjawab.

Peran dan tanggungjawab terletak disemua pihak, bahwa semua pihak adalah ‘pemangku kepentingan’ terhadap segala aspek tentang kesehatan jiwa. Seperti yang diutarakan oleh dr. Tika Prasetyawati dari RS UGM, bahwa untuk penanganan ODGJ, Koramil, polisi, dan lurah perlu diajak duduk. Satuan Polisi Pamong Praja juga. Peran tetangga penting. Dinas Sosial bertanggung jawab untuk pasien yg tidak memiliki keluarga. Semua orang punya potensi menyandang GJ berat, sehingga, semua partisipan berkesimpulan satu bahwa tidak ada yang boleh tidak terlibat dalam membangun gerakan masyarakat untuk kampung sehat jiwa di Yogyakarta.

Pengalaman baik yang disampaikan oleh Dokter Mega, bahwa Penanganan ODGJ perlu kelompok dukungan sebaya. Di Bantul ada Gelimasjiwa. Keluarga perlu meminta rujukan ke RS terdekat untuk obat atau perawatan yg tidak tersedia di Puskesmas, misal injeksi.

4.5.1. Membangun Jembatan Komunikasi.

Berdasar pada pengertian ‘komunitas’ yang sudah dirumuskan bersama oleh para partisipan pada sesi “Kapasitas : Pengetahuan dan Keterampilan”, bahwa komunitas adalah sekumpulan orang yang memiliki kepedulian dan komitmen, dan kapasitas yang relatif memadai soal kesehatan jiwa.

Menyoal ‘jembatan komunikasi’, komunitas menjadi ruang dialog juga ruang dan media alternatif sebagai upaya terus-menerus dapat memfasilitasi berbagai pemangku kepentingan untuk tingkatkan kapasitas, pengetahuan, keterampilan, jejaring kerja, dan pengelolaan program dan kegiatan.

Contoh nyata yang mengemuka dalam sarasehan adalah : pengetahuan keluarga yang memiliki anggota keluarga ODGJ tentang kapasitas unit-unit layanan yang menyelenggarakan layanan publik tentang Kesehatan Jiwa, dari mulai Puskesmas, RSUD, dan RSJ berkaitan dengan jenis obat yang disediakan, fasilitas alat kesehatan dan konsultasi, perlu secara intensif berkomunikasi dengan rekaman detail gejala dan perkembangan ODGJ yang didampingi.

4.5.2. Kebutuhan Membangun Sinergitas antar Pemangku Kepentingan.

Dalam sesi ‘berbagi peran dan tanggungjawab’, sudah teridentifikasi kebutuhan akan sinergitas antar pemangku kepentingan. Lebih luas lagi, sinergitas tersebut harus meliputi ranah preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Secara umum, kebutuhan-kebutuhan yang diidentifikasi oleh para partisipan adalah : (1) Melihat dan mengkaji kapasitas program/kegiatan dan anggaran masing-masing OPD di Pemerintah Daerah tentang Kesehatan jiwa dalam semua ranah; (2) Desa yang memiliki kewenangan dan anggaran dapat mengkaji kemungkinan-kemungkinan inisiasi dan prakarsa untuk layanan kesehatan jiwa melalui dana desa; (3) Dalam nomenklatur Standar Pelayanan Minimal (SPM) harus dikaji kebutuhan untuk aspek layanan kesehatan jiwa; (4) Indikator Kesehatan Jiwa harus masuk dalam indikator pembangunan; (5) Penting untuk mengembangkan program dan kegiatan pendidikan dan penanaman kesadaran secara terus-menerus; (6) Pelembagaan kader kesehatan Jiwa di Desa melalui Surat Keputusan Kepala Desa;

5. Usulan-Usulan Strategi.

- (1) Melihat dan mengkaji kapasitas program/kegiatan dan anggaran masing-masing OPD di Pemerintah Daerah tentang Kesehatan jiwa dalam semua ranah;
- (2) Desa yang memiliki kewenangan dan anggaran dapat mengkaji kemungkinan-kemungkinan inisiasi dan prakarsa untuk layanan kesehatan jiwa melalui dana desa;
- (3) Dalam nomenklatur Standar Pelayanan Minimal (SPM) harus dikaji kebutuhan untuk aspek layanan kesehatan jiwa;
- (4) Indikator Kesehatan Jiwa harus masuk dalam indikator pembangunan;
- (5) Penting untuk mengembangkan program dan kegiatan pendidikan dan penanaman kesadaran secara terus-menerus;
- (6) Pelembagaan kader kesehatan Jiwa di Desa melalui Surat Keputusan Kepala Desa;