

Yayasan SATUNAMA

SARASEHAN SERI KEDUA KESEHATAN JIWA

“SKIZOFRENIA SEBAGAI GANGGUAN JIWA BERAT DAN KRONIS DI INDONESIA SERTA UPAYA PENANGGULANGANNYA”

Sabtu Wage, 3 Juni 2017

Aula Pertemuan Balai Desa Sumberadi, Kecamatan Mlati, Kabupaten Sleman, DIY



Oleh :

Valentina S. Wijiyati

Adiyad Riyadh Moch., L.

DAFTAR ISI

Daftar Istilah.....	3
Daftar Singkatan.....	8
Menyaksikan Film.....	9
Paparan Pemantik oleh Dokter Inu Wicaksono.....	9
Pendahuluan.....	9
Gejala Utama Skizofrenia.....	10
Pencegahan dan Deteksi Dini.....	10
Rehabilitasi dan Terapi Kerja.....	11
Upaya Penanggulangan dan Kegagalannya.....	11
Peran Para Pemangku Kepentingan.....	12
Merangkul dan Memperkuat Lebih Banyak Kader.....	13
Pengembangan Program Penanggulangan yang Komprehensif.....	13
Idealnya Kapasitas Kelembagaan para Pemangku Kepentingan.....	14
Rekomendasi Strategis.....	14

Daftar Istilah

Adekuat	: hal yang memenuhi syarat, memadai, atau sama harkatnya;
Afek <i>incongruen</i>	: perubahan perasaan karena tanggapan dalam kesadaran seseorang dengan berkurangnya positivitas dari sikap aslinya yang positif atau berkurangnya negativitas dari sikap aslinya yang negatif. Pengurangan itu mungkin cukup besar untuk mengubah sama sekali tanda-tanda sikap aslinya, atau mungkin juga tidak cukup besar untuk itu;
Ambivalensi	: perasaan tidak sadar yang saling bertentangan terhadap situasi yang sama atau terhadap seseorang pada waktu yang sama. Suatu keadaan dimana seseorang dua perasaan atau ide yang kuat yang saling bertentangan. Penderita tidak mampu mengambil keputusan apakah bereaksi pada yang satu atau yang lain, sehingga terdapat kesulitan dalam bertindak. Merupakan ciri gangguan obsesif-kompulsi atau skizofrenia;
Afek tumpul	: rendahnya respon terhadap rangsangan dalam bentuk apapun sehingga gejala yang muncul kemudian adalah ekspresi perasaan sangat kurang;
Afek tidak serasi	: Dianggap tidak serasi (<i>in appropriate</i>) apabila terdapat ketidakcocokan yang menyertai pikiran atau pembicaraan (tertawa pada waktu menceritakan bahwa semua orang sedang dalam ketakutan).
Asosiasi longgar	: Gangguan pikiran dan pembicaraan dimana ide-ide berpindah dari subjek satu ke yang lain tanpa alasan jelas. Pembicaraan tidak sadar pada ketidakserasian itu. Merupakan tanda klasik dari skizofrenia tetapi dapat juga dilihat pada psikosis lain;
Autisme	: adalah pikiran yang timbul dari fantasi. Realitas dunia luar dirasakan secara subyektif dan diartikan secara kayal. Pre –okupasi terhadap dunianya sendiri menyebabkan orang autistic menarik diri terhadap dunia luar;
Bipolar manik psikotik	: Gangguan kejiwaan dengan cepatnya perubahan suasana hati seseorang dengan tanpa pola dan pada kondisi yang memuncak-muncak dan tidak dapat membedakan mana kenyataan dan bukan, gangguan kejiwaan kondisi kompleks dalam tahap keparahan yang tinggi;
<i>Community Mental Health</i>	: Kesehatan mental masyarakat, yang umum juga digunakan sebagai pendekatan perawatan gangguan kesehatan jiwa berbasis masyarakat atau komunitas;
<i>Custodial care</i>	: perawatan percobaan atau perwalian;
Defect skizofrenia	: korban pasung dan gelandangan psikotik;

Dementia prekoks	: Dementia prekoks sering disebut <i>premature dementia</i> yang merujuk pada sebuah keadaan <u>kronis</u> yang ditandai dengan disintergrasi kognitif dengan cepat, biasanya terjadi pada akhir masa remaja atau awal masa dewasa.
Depersonalisasi	: kehilangan atau perubahan temporer dalam perasaan yang biasa mengenai realitas diri sendiri. Dalam suatu tahap depersonalisasi, orang merasa terpisah dari dirinya sendiri dan lingkungan sekitarnya.
Deteksi Dini	: sebuah proses pengungkapan akan adanya kemungkinan mengidap suatu penyakit. Untuk menghindari terjadinya sakit, maka perlu upaya sedini mungkin untuk mengenal kondisi, maka dari itu harap diketahui faktor-faktor yang menimbulkan gangguan dan gejala-gejalanya sebagai bentuk deteksi diagnosis
Deteroisasi	: Keruntuhan fungsi peran, pekerjaan dan interaksi, sosial
Haloperidol	: obat untuk mengatasi berbagai masalah kejiwaan, seperti meredakan gejala skizofrenia, sindrom Tourette, <i>tic disorder</i> , <i>mania</i> , <i>psychomotor agitation</i> , dan masalah psikosis lainnya. Termasuk dalam golongan obat antipsikotik, kategori obat resep berbentuk tablet, kapsul, dan cair;
Halusinasi pendengaran	: Karakteristik ditandai dengan mendengarkan suara terutama suara orang. Biasanya klien mendengarkan suara orang yang membicarakan apa yang sedang dipikirkannya dan memerintahkan untuk melakukan sesuatu hal.
Impusif	: merupakan istilah psikologi yang menunjukkan bahwa individu yang terlibat dan melibatkan diri dalam bentuk reaksi perilaku yang dilakukan tanpa berpikir (tanpa merefleksi secara cukup) sehingga orang itu tidak mampu menahan untuk merespon balik! Individu ini tidak mampu menekan atau mengendalikan hasrat dirinya dalam merespon rangsang;
Inkoherensi	: Inkoherensi: gangguan dalam bentuk bicara, sehingga satu kalimat pun sudah sukar ditangkap atau diikuti maksudnya. Suatu waham yang aneh mungkin diterangkan secara incoherent. Inkoherensi itu boleh dikatakan merupakan asosiasi yang longgar secara ekstrim
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat, merupakan program pemerintah yang dimulai pada tahun 2005 untuk penanggulangan minimnya akses masyarakat terhadap layanan kesehatan;
Katatonik	: sindrom yang ditandai oleh sikap katalepsi, stereotipi, mutisme, stupor, negativisme, kepatuhan otomatis, echolalia, dan echopraxi. Digolongkan menjadi 2 sub tipe : eksaltasi dan stupor katatonia. Dahulu katatonia dianggap sub tipe skizofrenia, sekarang dianggap

	merupakan ciri gangguan afektif (khususnya manik), skizofrenia, gangguan mental organik, dan gangguan psikosis-psikosis lain;
Keruntuhan ego	: Kegagalan menilai realitas, lupa pada diri sendiri dan lingkungannya;
Klorpromazin	: Chlorpromazine adalah obat yang termasuk golongan antipsikotik fenotiazina yang bekerja dengan menstabilkan senyawa alami otak. Obat ini dapat digunakan untuk menangani berbagai gangguan mental, seperti skizofrenia dan gangguan psikosis yang lainnya, perilaku agresif yang membahayakan pasien atau orang lain, kecemasan dan kegelisahan yang parah, serta <u>autisme</u> pada anak-anak;
Kriteria bleuler	: satu pendekatan yang dikembangkan oleh Eugene Bleuler (1911) dalam membangun kriteria dalam skizofrenia, Bleuler mengemukakan bahwa perkembangan skizofrenia lebih bervariasi. Skizofrenia dapat dikenal berdasarkan empat ciri primer yakni <i>Asosiasi</i> (terganggunya hubungan antara pikiran-pikiran) <i>Afek</i> (respon emosional yang datar atau tidak sesuai), <i>Ambivalensia</i> (konflik terhadap orang lain –misalnya membenci dan mencintai pada saat yang bersamaan), <i>Autisme</i> (penarikan diri ke dunia fantasi yang tidak terikat pada prinsip-prinsip logika);
Kriteria schneider	: satu pendekatan yang dikembangkan oleh Kurt (1911) dalam membangun kriteria dalam skizofrenia. Schneider menggunakan <i>simtom tingkat pertama</i> yang merupakan ciri-ciri utama Skizofrenia yakni halusinasi dan waham, dan <i>simtom tingkat kedua</i> yakni simtom yang berhubungan dengan skizofrenia dan juga terjadi pada gangguan mental lain;
Lir skizofrenia	: Episode Skizofrenia akut, dimana Gejala Skizofrenia timbul mendadak sekali dan pasien seperti dalam keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar maupun dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya;
Medikasi psikofarmasi	: Metode pengobatan dengan menggunakan obat-obat yang berkhasiat terhadap susunan saraf pusat dengan mempengaruhi fungsi psikis dan proses mental. Dalam pembahasan psikofarmaka ini hanya akan dibicarakan obat-obat penyakit jiwa sejati tidak termasuk obat-obat hipnotika, sedativa, anti konvulsi dan amfetamin;
Neurotransmitter	: senyawa organik endogenus membawa sinyal di antara <u>neuron</u> . Neurotransmitter terbungkus oleh <u>vesikel sinapsis</u> , sebelum dilepaskan bertepatan dengan datangnya <u>potensial aksi</u> .berperanan sangat penting dalam gangguan perilaku dan gangguan psikiatrik. Neurotransmitter yang berpengaruh pada terjadinya gangguan

	perilaku dan psikiatrik diantaranya adalah dopamin, norepinefrin, serotonin, GABA, glutamat dan asetilkolin;
Obat antipsikotik	: Obat-obat yang digunakan dalam penanganan dan pengobatan gangguan kejiwaan. Obat-obat psikosis tipikal bekerja dengan memblokir dopamin pada reseptor pasca-sinaptik di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (Dopamine D2 receptor antagonists), sehingga obat ini efektif untuk gejala positif
Psikofarmasi	: Psikofarmaka atau obat psikotropik adalah obat yang bekerja secara selektif pada Sistem Saraf Pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktivitas mental dan perilaku, digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik yang berpengaruh terhadap taraf kualitas hidup pasien.
Psikoterapi suportif	: psikoterapi merupakan jenis pengobatan kedokteran untuk menangani gangguan mental emosional, Tujuan dari psikoterapi adalah untuk menguatkan daya tahan mental pasien, mengembangkan mekanisme daya tahan mental yang baru, dan meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap lingkungan, terdiri dari ventilasi, persuasi, reassurance, sugestif, bimbingan, penyuluhan, dan penerapan;
Psikosis Paranoid	: Psikosis paranoid merupakan penyakit jiwa yang serius yang ditandai dengan banyak delusi atau waham yang disistematisasikan dan ide-ide yang salah yang bersifat menetap. Istilah paranoid dipergunakan pertama kali oleh Kahlbaum pada tahun 1863, untuk menunjukkan suatu kecurigaan dan kebesaran yang berlebihan
Psikosis polimorfik	: gangguan jiwa akut yang dengan atau tanpa gejala skizofrenia
Psikosis skizofrenia	: kepribadian yang terbelah (split of personality). Sebutan ini diberikan berdasarkan gejala yang paling menonjol dari penyakit ini, yaitu adanya jiwa yang terpecah belah. Antara pikiran, perasaan, dan perbuatan terjadi disharmoni.
Rehabilitasi	: satu proses pemulihan dan pembangunan kembali seseorang dari sakit tertentu dengan metode dan instrumen khas yang disesuaikan setelah deteksi dan diagnosis menyeluruh;
Sedot pikir	: suatu kepercayaan bahwa seseorang telah mengambil keluar pikiran penderita;
Sisip pikir	: suatu kepercayaan bahwa orang lain telah menyisipkan pikirannya ke kepala penderita;
Siar piker	: suatu kepercayaan pikiran penderita dapat diketahui orang lain;
Persepsi delasional	: meletakkan persepsi yang mempunyai kemaknaan abnormal, khususnya tentang diri sendiri pada persepsi asli;

<i>Sheltered workshop</i>	: tempat kerja terlindung yang menjadi bagian dari skema rehabilitasi dan terintegrasi dalam satu unit layanan kesehatan jiwa;
Skizofrenia Residual	: Keadaan Skizofrenia dengan gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan Skizofrenia;
Stressor psikososial	: kondisi di mana terjadi suatu keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang, sehingga orang tersebut terpaksa beradaptasi kembali untuk menyeimbangkan hidupnya;
Terapi	: diartikan sebagai perawatan atau pengobatan dan dalam dunia medis dijabarkan sebagai tindakan remediasi kesehatan yang mengacu pada diagnosi, atau pemeriksaan;
Terapi tridimensi	: Konsep terapi kesehatan jiwa yang dikembangkan oleh Prof. Prawiro Hadikusuma dari Fakultas Kedokteran UGM dimana integrasi antara adanya asrama, bangsal terapi jiwa, dan unit sheltered workshop (tempat kerja terlindungi);
Trifluoperazin	: Trifluoperazine adalah obat yang umumnya digunakan untuk mengobati gangguan mental/mood (seperti skizofrenia, gangguan psikotik). Trifluoperazine membantu Anda berpikir lebih jernih, lebih tidak gugup, dan terlibat dalam kegiatan sehari-hari.
Waham bizarre	: Waham <i>bizarre</i> merupakan waham yang aneh dimana terdapat pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasa bersifat mistik atau mukjizat;
Waham magik-mistik	: waham yang aneh dimana terdapat pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasa bersifat mistik atau mukjizat;
<i>Thought echo</i>	: isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda;

Daftar Singkatan

BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
BPKJM	: Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat;
ECT	: Electroconvulsive Therapy;
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat;
Napza	: Narkotika, psikotropika, dan zat adiktif
PKK	: Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga;
PPDGJ I	: Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa I
PPDGJ II	: Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa II
PPDGJ III	: Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat;
RS	: Rumah sakit
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa;
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah;
TPKJM	: Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat;

Menyaksikan Film “Split Mind”

Film *Split Mind* yang disutradarai oleh Nia Sari bercerita tentang penderita skizofrenia bernama Lilik Suwardi. Berdurasi 30 menit, film ini menceritakan bagaimana Lilik mencoba bangkit dari penyakit yang mengungkungnya. Dalam film tersebut, kita bisa menyaksikan dan memetik pembelajaran bagaimana Lilik mencoba bunuh diri saat dirinya divonis menderita skizofrenia.

Lilik juga sempat menjalani aneka terapi alternatif, sampai akhirnya kembali ke medis. Masyarakat juga bisa melihat bagaimana peran keluarga dan tetangga sekitar pada pemulihan Lilik.

Film juga berperan dalam menginformasikan penanganan penderita skizofrenia. Dalam beberapa kasus, tumbuhnya kesadaran tidak dibarengi pengetahuan. Kondisi ini berakhir dengan pemasangan, yang sebetulnya bermaksud supaya penderita tidak melukai diri atau orang di sekitarnya. Padahal pemasangan tidak memperbaiki kondisi penderita skizofrenia.

Pengantar Diskusi oleh Dokter Inu Wicaksana

SKIZOFRENIA SEBAGAI GANGGUAN JIWA BERAT DAN KRONIS DI INDONESIA SERTA UPAYA PENANGGULANGANNYA

Skizofrenia berasal dari kata ‘skizoid’ yang berarti ‘pecah’ dan ‘frenia’ yang berarti kepribadian. Skizofrenia berarti ‘pecahnya kepribadian’. Bukan kepribadian ganda tapi ego (nalar) yang runtuh, asosiasi dan pola pikir *bubrah*, tak ada kesesuaian antara pikiran, pembicaraan, dan perbuatan. Skizofrenia ditemukan pertama kali oleh Emillie Kraepelin seabad lalu. Semula skizofrenia dikira demensia yang terjadi awal (*dementia praecox*, demensia prekoks). Kemudian skizofrenia diketahui sebagai gangguan jiwa berat dan kronis kategori psikotik. Jenis psikotik lain selain skizofrenia adalah gangguan bipolar manik psikotik, depresi berat psikotik, gangguan mental organik psikotik (karena kerusakan otak), dan gangguan waham menetap (psikosis paranoid).

Skizofrenia adalah jenis paling banyak dan paling berat dari golongan psikotik karena adanya ‘deteriorasi’. Deteriorasi adalah ‘keruntuhan fungsi peran, pekerjaan, dan interaksi sosial’. Selain itu ada ‘keruntuhan ego’: penyandang skizofrenia tidak bisa menilai realitas, lupa pada diri sendiri dan lingkungannya.

Semula prevalensi skizofrenia adalah 1 permil, dalam seribu orang ada satu penyandang skizofrenia. Tapi prevalensi ini kemudian menjadi 1%. Bukan berarti jumlah penyandang bertambah banyak, tapi karena adanya Jaminan Kesehatan Masyarakat (kompensasi dana BBM) mulai tahun 2005. Saat itu hampir semua penyandang skizofrenia yang menggelandang atau dipasung bisa dibawa ke RSJ-RSJ di Indonesia untuk dipondokkan dan mendapat pengobatan gratis dalam waktu tak terbatas.

GEJALA UTAMA SKIZOFRENIA

Sekitar 30 tahun lalu Indonesia memakai PPDGJ I (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa di Indonesia) yang menggunakan kriteria Bleuler yaitu 4A untuk skizofrenia: ambivalensi, afek incongruety, autisme, dan asosiasi longgar. Kriteria ini tidak dipakai lagi karena tidak spesifik untuk skizofrenia.

Sepuluh tahun kemudian terbit PPDGJ II yang memakai kriteria Sneider. Dan sepuluh tahun kemudian terbit PPDGJ III yang masih menggunakan kriteria Sneider untuk diagnosis skizofrenia. Dalam kriteria Sneider ada (1) waham *bizarre* (aneh) seperti siar pikir, sisip pikir, sedot pikir, kendali pikir, ditambah depersonalisasi dan waham magik-mistik, (2) *thought echo* : pikiran sendiri bergema di telinga, (3) afek tumpul/menyempit dan afek tidak serasi, (4) bicara asosiasi longgar dan inkoherenasi, (5) halusinasi pendengaran berupa suara-suara yang mengomentari dirinya, dan (6) tingkah laku kacau, katatonik, impusif, dan aneh. Dalam skizofrenia, gejala-gejala tersebut berlangsung minimal 1 bulan. Jika gejala-gejala tersebut berlangsung dalam jangka waktu kurang dari 1 bulan maka ia masih disebut psikosis polimorfik akut (tanpa dan dengan gejala skizofrenia, Lir skizofrenia akut).

Dalam kacamata umum keluarga dan masyarakat melihat seorang individu dengan psikosis skizofrenia dengan gejala : banyak melamun, diam terus, gelisah mondar-mandir, sulit tidur, merasa terancam akan dicelakai, mendengar suara-suara tanpa wujud, ketakutan, bicara sendiri, tertawa-tawa sendiri, marah-marah, mengamuk, teriak-teriak, mengancam tetangga, merusak tanaman tetangga, membakar rumah sampai membunuh tanpa rasa bersalah. Sembilan puluh persen pasien skizofrenia masuk RSJ karena marah-marah, mengamuk, membanting barang-barang, dan akan membunuh orang tuanya.

PENCEGAHAN DAN DETEKSI DINI

Sesungguhnya munculnya skizofrenia sukar dicegah karena banyaknya faktor yang multikompleks. Factor-faktor ini mencakup kondisi dalam kandungan, genetis, pengasuhan masa anak, perkembangan mental masa anak, ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, penelantaran masa anak remaja, faktor lingkungan, dan stressor kehidupan yang bertubi-tubi. Status mental, trauma atau stressor psikososial, kepribadian yang tidak kuat adalah faktor utama. Karena faktor-faktor ini tidak disadari individu maupun orangtuanya, timbulnya skizofrenia tak bisa dicegah.

Meski demikian, deteksi awal skizofrenia bisa dilakukan. Bila seseorang mulai banyak melamun, menyendiri, tidak mau beraktivitas, tidak mau mandi, makan tak teratur, kadang tertawa sendiri, mudah marah tanpa sebab, sulit tidur, kadang berbicara sendiri, maka kita harus waspada. Sebaiknya yang bersangkutan segera dibawa ke psikiater terdekat di RSUD Kabupaten atau RSJ. Psikiater akan memberikan pengobatan awal untuk meredam gejala-gejala ini agar tidak semakin kuat. Berdasarkan penelitian, 95% orang-orang yang menunjukkan gejala seperti ini dibawa ke 'wong pinter', dukun, atau paranormal lebih dari 5 kali sebelum dibawa ke RSJ. Pada akhirnya orang dengan gangguan jiwa dibawa ke RSJ sesudah lewat 2 tahun dan meski di-ECT dan diobati antipsikotik dosis tinggi tetap saja si pasien sukar disembuhkan secara

Yayasan SATUNAMA Yogyakarta, Sarasehan Seri Kedua Kesehatan Jiwa, "Skizofrenia Sebagai Gangguan Jiwa Berat dan Kronis di Indonesia Serta Upaya Penanggulangannya".

tuntas dan hanya sembuh secara sosial. Itu pun si penyandang skizofrenia harus minum obat rutin tanpa putus dalam jangka panjang. Dalam tahap ini gejalanya sudah menetap atau sudah ada 'defect' skizofrenia. Semua gelandangan psikotik berada dalam tahap ini.

REHABILITASI DAN TERAPI KERJA

Selain terapi dengan medikasi psikofarmasi, psikoterapi suportif, rehabilitasi dengan terapi kerja adalah upaya pokok untuk skizofrenia karena penyandang skizofrenia adalah orang-orang yang runtuh fungsi peran dan sosialnya. Konsep Prof. Kusumanto (FKUI) tentang rehabilitasi adalah melatih kerja para penyandang skizofrenia dan melatih mereka bersosialisasi agar mereka bisa dikembalikan ke masyarakat dan menjadi anggota masyarakat yang swasembada, berguna dan bermartabat. Sedangkan konsep Prof. Suyono Prawirohadikusuma (FKUGM): terapi tridimensi ---satu unit asrama, satu unit bangsal terapi jiwa, dan satu unit *sheltered workshop*, tempat penyandang skizofrenia yang sudah sembuh secara sosial hidup di asrama dengan perawat penjaga, tiap hari bekerja di Bengkel Kerja Terlindung, bila kumat dimasukkan lagi ke bangsal jiwa, bila membaik masuk lagi ke asrama dan bekerja di bengkel

atau pabrik. Konsep terapi tridimensi hampir mustahil dikerjakan di Indonesia. Itulah sebabnya seluruh RSJ di Indonesia memakai konsep Prof. Kusumanto. Unit rehabilitasi merupakan unit pokok di tiap-tiap RSJ, dan unit itu hanya bisa diadakan di RSJ, RS lain tidak akan bisa.

UPAYA PENANGGULANGAN DAN KEGAGALANNYA

Sembilan puluh tahun lalu pengobatan skizofrenia di RSJ Belanda di Bogor, Lawang, dan Magelang hanya '*custodial care*'. Penjagaan. Tahun 1950 klorpromazin ditemukan berikut derifat-derifatnya seperti haloperidol dan trifluoperazin. Penyandang skizofrenia bisa dikembalikan ke masyarakat meski harus melakukan kontrol setiap bulan dan terus minum obat. RSJ hanya ada satu tiap provinsi. Masalah transportasi cukup memberati. Lima puluh tahun kemudian di RSUD Kabupaten mulai ada psikiater dan psikofarmasi. Tiga puluh tahun kemudian Puskesmas mulai menyediakan medikasi psikofarmasi meski tidak lengkap. Penyandang skizofrenia bisa melakukan kontrol (*medical checkup*) ke Puskesmas terdekat. Rancangan ini cukup ideal. Namun nyatanya di Puskesmas obat psikofarmasi hanya diberikan 5-7 hari tanpa anjuran untuk kembali melakukan kontrol saat obat habis. Penyandang skizofrenia dan keluarganya cukup malas harus melakukan kontrol ke Puskesmas setiap minggu, apalagi jika sudah menganggap kondisi si penyandang skizofrenia membaik. Nah, akibatnya putus obat gejala timbul lagi menghebat, Puskesmas jelas tidak lagi bisa menanggulangi karena pasien harus rawat inap. Penyandang skizofrenia dibawa lagi ke RSJ. Di RSUD juga belum ada bangsal khusus untuk psikotik dan perawat jiwanya. Sampai sekarang ini hanya RSJ lah tempat yang mampu menanggulangi skizofrenia secara adekuat.

Pada tahun 2005 muncul Jaminan Kesehatan Masyarakat. Penyandang skizofrenia yang dibiarkan menggelandang atau dipasung bisa dibawa ke RSJ. Pemandokan dan pengobatan gratis untuk waktu tak terbatas. RSJ-RSJ Indonesia jadi penuh *mbludag*. Tiga tahun kemudian pemerintah termehek-mehek. Pemandokan dibatasi maksimal 3 bulan. Dua tahun kemudian pemerintah lebih termehek-mehek lagi. Pemandokan sampai sekarang hanya satu bulan,

sesudah itu harus dibawa pulang. Kebijakan ini masih mendingan. Tahun 2014 tibalah BPJS Kesehatan. Kuota Jamkesmas dikurangi untuk tiap-tiap kabupaten. Warga yang dipandang setengah mampu dianjurkan masuk BPJS Kesehatan dengan membayar premi kelas III Rp 25.000,00 setiap bulan, bukan hanya penyandang skizofrenia namun seluruh keluarganya. Iuran premi Rp 125.000,00-Rp 150.000,00 setiap bulan terlalu berat untuk keluarga petani miskin, tukang batu, atau penjual sayuran. Akibatnya, banyak warga yang tidak ikut BPJS Kesehatan, padahal kartu Jamkesmas sudah dicabut. Tingkat hunian RSJ-RSJ menurun drastis, banyak penyandang skizofrenia yang kembali menggelandang atau dipasung.

BANTUAN MASYARAKAT, ORGANISASI SOSIAL, ORGANISASI PEREMPUAN, TOKOH MASYARAKAT DAN KADER SEHAT DESA, DAN LSM-LSM UNTUK PENDAMPINGAN SKIZOFRENIA

Sesungguhnya pemerintah 30 tahun lalu sudah membentuk Badan Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (BPKJM). BPKJM merupakan organisasi lintas sektoral yang terdiri atas pimpinan instansi-instansi dengan ketua Bupati atau Sekda untuk membantu penyandang

skizofrenia: mendeteksi, mendampingi pengobatan, melepas pasung, merencanakan dan mengawasi hidup dan kegiatan penyandang skizofrenia di wilayah masing-masing. Itu berarti menjalankan *Community Mental Health* atau kesehatan jiwa masyarakat. Tapi BPKJM di seluruh wilayah tidak aktif. Tidak ada kerja BPKJM selain seminar untuk murid-murid sekolah setahun sekali. Tiga puluh tahun kemudian badan ini diubah menjadi Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) supaya lebih 'operasional' seperti BKND jadi BNN. Ternyata sama saja. Tidak ada kerja dan gaungnya sampai sekarang.

Jadi yang nyata bekerja membantu adalah Dinas Sosial tingkat provinsi dan kabupaten. Tapi Dinas Sosial bilang selalu kekurangan dana dan fasilitas, selain katanya sangat sibuk dengan urusan lain. Jadi, bantuan Dinas Sosial pun sangat terbatas. Penggarukan gelandangan psikotik jarang dikerjakan dan andaikata memasukkan RSJ tak mau ngambil. Demikian juga pelepasan korban pasung.

Jadi satu-satunya harapan selain Dinas Sosial adalah masyarakat sendiri: organisasi organisasi sosial, organisasi perempuan, tokoh masyarakat dan kader sehat, ibu-ibu PKK (kenapa tidak bapak-bapak?), LSM-LSM yang bersedia menjalankan kesehatan jiwa masyarakat (*community mental health*). Praktisnya adalah mendampingi penyandang skizofrenia melakukan kontrol berobat, mencari kartu Jamkesmas (dengan bantuan Dinas Sosial), memasukkan penyandang skizofrenia ke RSJ bila umat dan menjemputnya sebulan kemudian, melepas korban pasung dan membawanya ke RSJ, mengawasi dan memberinya kegiatan harian di rumah, menjamin supaya obat selalu diminum rutin, menjemput penyandang skizofrenia yang tidak mau dirawat di RSJ (dibawa dari rumah ke RSJ).

Ini sangat ideal dan mudah diucapkan tapi sangat sukar dilaksanakan. Adakah orang-orang atau kelompok masyarakat yang mau mengerjakan itu? Kalau untuk pendampingan pecandu napza banyak yang mau mengerjakan karena pecandu napza berasal dari keluarga

mampu atau kaya. Tapi penyandang skizofrenia? Mereka rata-rata dari keluarga sosial ekonomi rendah yang hartanya sudah habis untuk biaya pengobatan si penyandang skizofrenia. Kelompok masyarakat yang dimaksud tentu bukan yang hanya ‘peduli’ saja pada penyandang skizofrenia dan sudah puas dengan diskusi saja di dunia maya antar anggotanya sendiri, namun yang benar-benar cancut dan terjun mendampingi penyandang skizofrenia. Penyandang skizofrenia adalah orang-orang yang mempunyai prinsip ‘harus ada orang lain yang mengurus hidupku seumur hidup’.

Merangkul dan Memperkuat Lebih Banyak Kader

Komunitas memiliki peran penting dalam penanganan skizofrenia dan gangguan kejiwaan lainnya, hal ini merujuk pada kesatuan perangkat kesadaran, pengetahuan, dan keterampilan orang-orang yang ada dikomunitas.

Baiklah, perihal kesadaran haruslah dimiliki oleh seluruh individu dalam komunitas. Berdasarkan pengalaman yang muncul dari penuturan para pemangku kepentingan khususnya kader desa siaga kesehatan jiwa, bahwa soal pengetahuan dan keterampilan khusus tentang bagaimana penanganan, langkah promotif, dan preventif memang harus dibangun secara perlahan dengan strategi kader inti.

Kader inti inilah yang akan menjalankan dan mendinamisir komunitasnya, termasuk juga mengidentifikasi kader-kader pendukung yang potensial untuk ditingkatkan komitmen, pengetahuan, dan keterampilannya agar dapat menjadi kader inti.

Strategi memperkuat lebih banyak kader pendukung menjadi kader inti dilakukan dengan memperkuat modul pelatihan dalam dimensi pengetahuan dan keterampilan, serta secara terus-menerus memfasilitasi terselenggaranya media-media berjejaring dan bertukar pengalaman dan pengetahuan antar kader diwilayah-wilayah yang berbeda.

Pengembangan Program Penanggulangan yang Komprehensif

Dari berbagai pengalaman yang muncul melalui penuturan para partisipan dalam sarasehan seri kedua ini, bahwa dapat ditarik kesimpulan pentingnya upaya secara terus-menerus untuk mengembangkan program penanggulangan yang komprehensif.

Anggota masyarakat yang membutuhkan pertolongan masalah kesehatan jiwa berkesempatan menerima layanan di tingkat lingkungan komunitas-nya. Pelayanan kesehatan jiwa selain yang mudah dicapai (*Accessibility*) namun juga mampu menyediakan kebutuhan individu yang berbagai macam dan dapat diterima dengan baik oleh masyarakat setempat (*Acceptibility*). Pelayanan yang berbasis masyarakat diharapkan mampu mengidentifikasi dan memberdayakan *sumber-sumber terapeutik* di masyarakat yang selama ini tersembunyi dan tidak aktif, secara implemmentasi konsep ini harus dikembangkan, dimana konsep “kampung ramah sehat jiwa berbasis komunitas” terus dirintis sampai pada rencana detail implementasinya.

Pelayanan yang lengkap jenjang pelayanannya yaitu dari pelayanan kesehatan jiwa spesialistik, pelayanan kesehatan jiwa integratif dan pelayanan kesehatan jiwa yang bersumber daya masyarakat.

Idealnya Kapasitas Kelembagaan Para Pemangku Kepentingan

Dalam Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 81 Tahun 2014 Tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan diatur bahwa persoalan Kesehatan Jiwa adalah tanggungjawab seluruh pihak, dalam hal ini, aspek regulasi relatif sudah terjawab.

Kesimpulan para pemangku kepentingan dalam rumusan kebijakan tersebut tercermin dari kasus-kasus pemasungan yang ada di DIY sendiri, dimana ditarik kesimpulan umum bahwa “*Kasus pemasungan adalah cermin ketidakmapanan sistem layanan kesehatan jiwa*” dimana kesimpulan para pemangku kepentingan ini menjadi kertas posisi dalam merumuskan Pergub nomor 81 Tahun 2014 Tentang Pedoman Penanggulangan Pemasungan di DIY.

Dengan meletakkan seluruh sumber daya dalam upaya bebas pasung, aspek lainnya yang muncul kemudian adalah (1) penguatan layanan rujukan; (2) penguatan layanan primer; (3) penguatan kerjasama lintas sektor; (4) sistem rujukan; (5) peran serta masyarakat, tokoh masyarakat, dan keluarga; serta (6) sistem pencatatan dan pelaporan, pendekatan ini diharapkan tidak hanya memperbaiki layanan psikotik saja, tapi akan memperbaiki layanan kesehatan jiwa.

Dalam konteks 6 hal tersebutlah dibangun satu konsep ideal tentang kapasitas kelembagaan bagi para pemangku kepentingan, dimana pengetahuan, keterampilan, dan sikap masing-masing individu dan sumber daya kelembagaan para pemangku kepentingan harus diukur sehingga peran dan kedudukannya dapat berkesinambungan bagi penanggulangan kesehatan jiwa.

Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial menjadi pusat urusan pemerintahan soal kesehatan jiwa, bergerak dalam kerangka standar pelayanan minimal (spm), sedangkan spm membutuhkan energi besar untuk ditafsirkan menjadi sebuah kerangka implementasi yang dapat menjawab persoalan kawasan yang khas, termasuk skema kemitraan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dengan para pemangku kepentingan dalam membangun sistem pelayanan kesehatan jiwa.

Berikutnya adalah kepolisian. Berdasarkan penuturan pemangku kepentingan, pada tingkat sektor, sejauh ini kepolisian siap siaga untuk evakuasi ODGJ dari lingkungan ke unit-unit layanan yang dituju, serta melakukan pengamanan jika ada potensi-potensi risiko kekerasan yang terjadi, belum pada fungsi pelayanan primer yang preventif dan promotif, jika fungsi ini dilekatkan pada kepolisian maka porsinya dapat dilekatkan pada petugas yang berkedudukan di Desa (babinsa), demikian opsi dari para pemangku kepentingan.

Rekomendasi Strategis

1. Membangun kapasitas para pemangku kepentingan soal pelayanan kesehatan jiwa secara kelembagaan dan komprehensif;
2. Mengembangkan indikator SPM daerah untuk layanan kesehatan jiwa;
3. Membuat media koordinasi dan *knowledge sharing* secara rutin antar pemangku kepentingan;
4. Mengembangkan modul pendidikan dan pelatihan bagi penguatan kapasitas kader dan lingkungan sehat jiwa;

5. Pemerintah Desa butuh memperkuat alur perencanaan dan penganggarannya untuk merekam kebutuhan layanan kesehatan jiwa berbasis komunitas didesa dan kawasan;