

## Era Baru Kesehatan Mental Indonesia: sebuah Kisah dari Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ)

*Alifa Syamantha Putri<sup>1</sup>, Moya Aritisna<sup>2</sup>, Afrina E.S. Br. Sagala,  
Gartika Nurani Erawan, I Putu Ardika Yana, D. Martiningtyas,  
Sarita Matulu, Sustriana Saragih, Niken Kitaka Sari, Nadia Ihsana  
Ferhat, Patricia Meta Puspitasari, Yova Tri Yolanda, Subandi*

Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada

**Abstract.** Due to the large number of people with mental illness in Indonesia, traditional treatment to individuals with mental disorder becomes less effective. Community-based mental health treatment becomes a more effective and efficient choice in handling the disorder. *Desa Siaga Sehat Jiwa* (DSSJ, Mental Health Awareness Village) has come as a form of community-based mental health treatment. One of villages in Yogyakarta where the program has been being implemented is in Selomartani village, Kalasan Sub-district, Sleman Regency. This study aimed to look at the process of formation, implementation and obstacles of the program in this village, and to provide advice or suggestions for its improvement. This study used a qualitative approach with narrative method. Data were retrieved through interviews and focus group discussions. Participants involved in the study were 19 cadres of the program. Results obtained from the study indicated that cadres have ability in understanding clearly the system and their roles in the program and they know the consequences of being a cadre of DSSJ. The new finding obtained during the research process was the emergence of "compassion fatigue" or "secondary traumatic stress", a traumatic disorder suffered by the cadre while handling patients.

*Keywords:* community-based mental health, compassion fatigue, Mental Health Awareness Village

**Abstrak.** Besarnya jumlah masyarakat dengan gangguan jiwa di Indonesia membuat cara penanganan masalah gangguan jiwa tradisional secara individual menjadi kurang efektif dalam proses penanganan gangguan jiwa di Indonesia. Penanganan kesehatan mental berbasis komunitas menjadi pilihan yang lebih efektif dan efisien dalam proses penanganan gangguan jiwa. Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) yang merupakan pengembangan dari program Desa Siaga hadir sebagai salah satu bentuk penanganan kesehatan mental berbasis komunitas. Salah satu contoh DSSJ di daerah Yogyakarta terletak di Desa Selomartani, Kalasan, Sleman. Penelitian ini bertujuan untuk melihat proses awal pembentukan, penerapan dan kendala DSSJ di Desa Selomartani, Kalasan, Sleman, Yogyakarta sehingga dapat memberikan rekomendasi ataupun saran guna meningkatkan program DSSJ agar dapat menjadi lebih baik. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode naratif. Pengambilan data menggunakan wawancara dan diskusi kelompok terarah. Partisipan yang terlibat dalam penelitian ini adalah 19 orang kader DSSJ di Desa Selomartani. Hasil yang didapatkan dari penelitian berupa kemampuan kader dalam memahami secara jelas sistem DSSJ di Desa Selomartani, peran mereka dalam DSSJ dan konsekuensi yang dihadapi selama menjadi kader DSSJ. Penemuan baru didapatkan selama proses penelitian adalah "compassion fatigue atau secondary trauma stress" yaitu gangguan traumatis yang dialami oleh kader dalam penanganan pasien.

*Kata kunci:* kesehatan mental berbasis masyarakat, mati rasa, Desa Siaga Sehat Jiwa

---

<sup>1</sup> Korespondensi mengenai isi artikel ini dapat melalui: alifa.syamantha@mail.ugm.ac.id

<sup>2</sup> Atau melalui: moya.aritisna@gmail.com

Lebih dari 450 juta penduduk dunia pada saat ini hidup dengan gangguan jiwa. Hasil penelitian menunjukkan prevalensi gangguan jiwa di seluruh Indone-

sia sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa Indonesia (Retnowati, 2011). Hal ini menunjukkan kurang lebih 1,7 juta penduduk dewasa Indonesia dari 150 juta jiwa mengalami gangguan jiwa emosional dan memerlukan pertolongan dari profesional di bidang kesehatan.

Prasetiyawan, Viora, Maramis, dan Keliat (2006) menyatakan bahwa profesional dibidang kesehatan memiliki pengetahuan yang sangat terbatas tentang kesehatan mental sehingga pelayanan yang dilakukan menjadi kurang optimal. Hal ini perlu menjadi perhatian pemerintah karena kesehatan mental merupakan salah satu aspek yang mendukung kesehatan manusia secara menyeluruh.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan tempat pelayanan kesehatan dasar di Indonesia dalam mengimplementasikan pelayanan kesehatan mental yang mudah diakses oleh masyarakat. Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) merupakan salah satu implementasi dari pelayanan kesehatan mental dasar dengan konsep pendekatan *community mental health nurse* (Wasniyati, 2013). *Community Mental Health Nurse* (CMHN) merupakan program yang diinisiasi oleh para pengajar sekaligus perawat jiwa dari Universitas Indonesia dengan tujuan meningkatkan jumlah perawat yang memiliki pengetahuan mengenai kesehatan mental. Program ini terbagi ke dalam tiga level, yaitu: level dasar, menengah dan lanjutan. Level dasar merupakan program selama 10 hari yang menitikberatkan pada peran perawat dalam mendiagnosis permasalahan kesehatan mental dan intervensi keperawatan serta bekerja sama dengan pasien dan keluarga. Level menengah merupakan program selama 30 hari yang menitikberatkan pada diagnosis dan manajemen gangguan mental umum, isu-isu psikososial, termasuk implementasi konsep DSSJ. Level lanjutan lebih memfokuskan pada

promosi dan prevensi kesehatan mental masyarakat. Program ini dikembangkan di Aceh pasca bencana tsunami di Aceh, Nias dan Sumatera Utara oleh para perawat yang telah dilatih (Prasetiyawan, dkk., 2006).

DSSJ mengajak masyarakat untuk lebih peduli dan lebih tanggap akan kesehatan mental, termasuk deteksi dini gangguan jiwa. Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan mental masih belum memadai sehingga sering ditemukan anggapan dalam masyarakat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh kejadian-kejadian gaib yang terjadi pada diri seseorang. Masyarakat memilih me-nangani hal tersebut dengan mengurung atau memasing si penderita. Minas dan Diatri (2008) menyatakan alasan pemasungan banyak disebabkan oleh tindak kekerasan yang dilakukan oleh penderita, kekhawatiran masyarakat me-nge-nai orang yang sering berjalan-jalan tanpa tentu arah, kemungkinan mereka untuk bunuh diri dan ketiadaan orang yang berperan sebagai *care-givers*.

Penelitian yang dilakukan oleh Puteh, Marthoenis, dan Minas (2010) menemukan bahwa pemasungan banyak terjadi di negara-negara miskin ataupun berkembang serta jarang mendapatkan perhatian pemerintah. Penderita gangguan jiwa sering kali terlambat penanganannya dan tidak jarang berujung pada kematian, contohnya depresi yang terlambat untuk dideteksi sehingga berujung pada tindakan bunuh diri. Survei yang dilakukan oleh WHO, menunjukkan sekitar 1,6% hingga 1,8% dari 100.000 orang di Indonesia melakukan aksi bunuh diri (Subandi, Rochmawati, & Hamsyah, 2011).

DSSJ dibentuk agar masyarakat lebih tanggap akan tanda-tanda awal gangguan jiwa dan memahami tindakan yang harus dilakukan. Keluarga sering kali memilih untuk menyerahkan penderita gangguan

jiwa sepenuhnya pada rumah sakit jiwa dan lebih banyak mengandalkan obat-obatan daripada menumbuhkan lingkungan psikologis yang dibutuhkan untuk mendukung kesembuhan penderita gangguan jiwa (Dwidiyanti, 2010). Masyarakat melupakan bahwa lingkungan sosial juga mempengaruhi kesembuhan penderita gangguan jiwa. DSSJ diharapkan mampu membentuk masyarakat yang lebih peduli dan bersama-sama bertanggungjawab atas kesehatan mental satu dengan yang lainnya.

Paparan di atas menjadi landasan peneliti untuk melakukan penelitian yang berkaitan dengan dinamika pelaksanaan dan peran DSSJ dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat terutama penderita gangguan jiwa. DSSJ merupakan suatu program yang strategis untuk membantu meningkatkan kesejahteraan mental bagi penderita gangguan jiwa. Program "DSSJ" sudah dilakukan diantaranya di Kecamatan Kalasan, Desa Selomartani, Sleman, Yogyakarta. Penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran mengenai DSSJ sehingga program ini dapat dikembangkan di Indonesia sebagai bentuk alternatif penanganan kesehatan mental masyarakat.

### Metode

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Selomartani, Sleman, Yogyakarta. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif menekankan pada dinamika dan proses yang terjadi (Poerwandari, 1998). Secara khusus, penelitian ini menggunakan metode narasi. Narasi adalah interpretasi terorganisir atas sekuensi peristiwa. Bentuk penelitian narasi adalah suatu laporan yang menata ulang cerita dari narasumber sehingga lebih tertata (Murray, 2008). Tertata dalam arti bahwa narasi berusaha untuk mem-

buat struktur yang jelas (awal, tengah dan akhir) dari berbagai informasi yang didapatkan. Penelitian narasi memungkinkan peneliti untuk mengeksplorasi dan menginterpretasi temuan dengan pemahaman yang komprehensif atas kejadian dan pengalaman yang dialami oleh subjek penelitian (Crossley, 2000). Penelitian narasi juga memungkinkan eksplorasi atas perkembangan psikologis, pemahaman diri dan hubungan interpersonal (Gergen, 2001).

Banister (dalam Poerwandari, 1998) mengatakan bahwa penelitian kualitatif cenderung dilakukan dengan jumlah kasus sedikit dengan fokus pada kedalaman dan proses. Wawancara merupakan percakapan dan tanya jawab yang diarahkan untuk mencapai tujuan tertentu. Wawancara dilakukan kepada koordinator kader DSSJ Desa Selomartani untuk asesmen awal yang bertujuan melihat kondisi kader serta gambaran komunitas yang mereka tangani. Hasil wawancara digunakan sebagai pedoman diskusi kelompok terarah. Kelompok terarah adalah suatu tipe kelompok tertentu dalam arti tujuan, besarnya, komposisinya, dan prosedurnya. Tujuan kelompok ini adalah mengumpulkan pendapat suatu kelompok mengenai suatu hal. Kelompok terarah ini biasanya terdiri dari tujuh sampai sepuluh orang (Krueger, dalam Prawitasari, 2011). Prawitasari, Santoso dan Suryawati (dalam Prawitasari, 2011) mengatakan bahwa yang penting dalam kelompok terarah adalah homogenitas anggota. Homogen disini berarti kelompok terdiri atas sekelompok orang yang mempunyai karakteristik tertentu. Subjek penelitian berjumlah 19 orang kader DSSJ, Desa Selomartani, Kalasan, yang dibagi dalam dua kelompok diskusi terarah. Masing-masing anggota kelompok diskusi terarah diberikan kesempatan untuk menceritakan kejadian dan pengalaman selama menjadi

kader DSSJ berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan mental berbasis komunitas secara terperinci. Hasil dari wawancara dicatat dalam bentuk narasi dan diperinci dalam bentuk cerita.

Penggunaan metode narasi bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang komprehensif atas kejadian dan pengalaman yang dialami oleh subjek penelitian. Kejadian dan pengalaman tersebut diolah secara sekuensial untuk mendapatkan informasi yang menyeluruh dan bermakna. Kejadian dan pengalaman subjek pada penelitian ini antara lain pengalaman proses terbentuknya desa siaga sehat jiwa, reaksi dan tanggapan masyarakat, program dan kegiatan yang dilakukan, hasil kegiatan, hambatan serta harapan akan keberlanjutan DSSJ seterusnya.

### Hasil

Hasil penelitian yang didapat berupa transkrip atau verbatim dari wawancara serta notulensi dari diskusi terarah. Hasil ini dipilah dan dikategorisasi dalam tema-tema yang muncul di dalam wawancara maupun diskusi terarah. Penentuan tema divalidasi dengan cara *peer review* yaitu peninjauan tema yang dilakukan oleh kelompok peneliti mengenai kategorisasi tema dari hasil yang didapatkan. Tema hanya bisa digunakan ketika tercapai kesepakatan antara peneliti bahwa tema tersebut sesuai untuk digunakan. Kategorisasi ini menghasilkan beberapa tema yaitu pemahaman mengenai terbentuknya DSSJ, program yang dijalankan, hasil dari program yang dijalankan, kendala yang dihadapi serta harapan para kader. Tema-tema tersebut memiliki beberapa sub tema yang dirangkum sebagai berikut:

*Pemahaman Mengenai Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), Dasar dan Fungsi Pembentukan DSSJ*

DSSJ di Selomartani, dibentuk oleh Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Grhasia (Yogyakarta) pada tahun 2011. Program ini dibuat setelah melihat adanya peningkatan intensitas gangguan jiwa di Yogyakarta, yang antara lain ditunjukkan dengan meningkatnya angka bunuh diri. Desa Selomartani dipilih sebagai salah satu desa yang akan menjalankan program karena dianggap mau dan peduli terhadap kesehatan mental. Hal lain yang menjadi pertimbangan pemerintah adalah jumlah penderita gangguan jiwa yang cukup tinggi, sehingga diperlukan sebuah intervensi komunitas berbentuk Desa Siaga yang kemudian berkembang menjadi DSSJ.

*"DSSJ itu program dari RSJ Grhasia yang mendapat tugas dari kabupaten Sleman yaitu harus membentuk DSSJ. Untuk kabupaten Sleman di pilih Selomartani tapi alasannya, Kalasan dipandang mau atau peduli."*

DSSJ berfungsi sebagai tangan kanan Puskesmas dalam menangani pasien yang memiliki gangguan jiwa. Para kader menyatakan bahwa mereka mendapatkan undangan dari pemerintah setempat untuk mengikuti penyuluhan dari RSJ Grhasia. Penyuluhan-penyuluhan ini memberikan informasi mengenai DSSJ. Ketika penyuluhan berakhir, peserta ditawarkan untuk menjadi kader DSSJ.

*"...Karena disini juga tempatnya strategis, kadernya sergep-sergep. Kami yang dibentuk juga dari Puskesmas. Kita para kader juga tidak bisa lepas dari Puskesmas."*

Kader DSSJ kemudian diberi pelatihan agar mampu melakukan deteksi dini dan mengenali gejala awal gangguan jiwa pada masyarakat, lalu melaporkan temuannya pada Puskesmas. Kader dipilih dari warga setempat untuk memudahkan proses penanganan terhadap gangguan

jiwa yang ditemukan. Para kader juga melakukan aktivitas lain yang terkait dengan peningkatan kesehatan mental di wilayah mereka.

*“Ya, saya jadi tau mana yang punya gangguan jiwa mana yang risiko. Saya kan dikasih modul dan pelatihan sebelum kami turun ke lapangan untuk deteksi dini. Jadi tau mana yang resiko mana yang gangguan.”*

*Reaksi dan tanggapan masyarakat.* Masyarakat memberikan reaksi yang beragam terhadap program DSSJ. Sebagian masyarakat merasa senang, berterima kasih dan menerima program-program DSSJ dengan antusias. Masyarakat merasa terdampingi, tertolong dan diperhatikan dengan adanya DSSJ. Warga yang kooperatif mendukung program DSSJ dengan baik, terbukti dari kesediaan untuk melaporkan saat menjumpai warga yang membutuhkan bantuan dan meminta rujukan. Sebagian warga lain merasa tidak tenang dengan dibentuknya DSSJ. Hal ini terjadi pada keluarga yang memiliki kerabat dengan gangguan jiwa yang khawatir aib keluarga terbongkar. Bagi sebagian masyarakat desa Selomartani, memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa masih dianggap hal yang memalukan. Sebelum terbentuknya DSSJ, keluarga yang memiliki kerabat dengan gangguan jiwa cenderung menyembunyikan penderita tersebut, namun setelah DSSJ dibentuk dan para kader melakukan pendeteksian, individu yang sebelumnya disembunyikan terungkap. Koordinator DSSJ menceritakan kasus seorang perempuan berusia 25 tahun dikurung dan disembunyikan di rumah karena berperilaku aneh. Perempuan ini tidak mengenakan pakaian dan hanya ditemani oleh ayahnya. Setelah dibujuk oleh kader, akhirnya ayah memaksa memakaikan pakaian dan mengajak anaknya keluar untuk bertemu kader.

*“Ada yang menerima dengan baik ya. Awal-awalnya mereka merasa terdampingi, tertolong atau diperhatikan. Ada yang merasa tidak tenang karena mereka punya aib, seolah-olah mereka punya aib.”*

Secara umum, keluarga yang menerima program DSSJ dengan antusias adalah keluarga dengan kondisi perekonomian menengah ke bawah. Mereka merasa tertolong dengan adanya program DSSJ yang memungkinkan akses secara cepat ke pengobatan gangguan jiwa yang diperlukan melalui rujukan kader ke Puskesmas. Keluarga dengan kondisi ekonomi yang berkecukupan biasanya akan menyekolahkan anaknya ke Sekolah Luar Biasa atau fasilitas untuk penderita gangguan jiwa dengan biaya sendiri. Keluarga dengan kondisi ekonomi ini juga lebih memilih menutupi keadaan keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa.

*Deteksi dini dan pemberian dukungan sepanjang proses perawatan*

Deteksi terhadap penderita gangguan jiwa dilakukan oleh kader DSSJ yang telah diberi pelatihan sebelumnya. Kader melakukan deteksi ditemani oleh mahasiswa akademi keperawatan, yang sedang melakukan praktik kerja di Puskesmas setempat untuk melakukan asesmen awal kesehatan mental masyarakat. Deteksi dilakukan dengan berpedoman pada modul panduan kader dan blangko deteksi yang diberikan oleh RSJ Grhasia. Blangko berbentuk kuisisioner berisi kriteria gangguan jiwa termasuk durasi waktu yang harus terpenuhi sebelum seseorang dapat dideeteksi mengalami gangguan jiwa.

Kader tidak menanyakan secara direktif mengenai gangguan jiwa yang dialami masyarakat, melainkan didahului dengan menanyakan pertanyaan-pertanyaan seputar kesehatan secara umum dan penyakit yang diderita. Hasil asesmen ini yang

digunakan sebagai dasar untuk mende-  
teksi warga yang menderita gangguan  
jiwa atau berisiko terkena gangguan jiwa.  
Kader menyampaikan dan menyerahkan  
hasil laporan pada Puskesmas dan  
memotivasi penderita agar mau ke Pus-  
kesmas.

*"Biasanya pertanyaan-pertanyaan pertama  
seputar ibu ada penyakit apa? Darah tinggi  
dan lain-lain."*

*"Ya kader melakukan deteksi dini, ke rumah  
masyarakat, kemudian menggerakkan  
orang-orang yang berisiko agar ke Puskes-  
mas, kemudian merujuk ke Puskesmas,  
mengirim pasien kesana, lalu yang tindak  
lanjut selanjutnya ya Puskesmas."*

Kader DSSJ Selomartani turut melaku-  
kan pengawasan terhadap penderita sela-  
ma masa pengobatan, antara lain sesekali  
memeriksa kondisi dan memantau pender-  
ita meminum obat. Aktivitas ini cukup  
memberatkan kader sehingga tidak bisa  
dilakukan terus menerus. Beberapa kader  
mengambil keputusan melibatkan keluar-  
ga untuk bisa diajak bekerja sama sehing-  
ga kader tidak perlu mengontrol pasien  
terus menerus. Setelah penderita gang-  
guan jiwa mendapat perawatan, dilakukan  
tindak lanjut untuk mencegah kambuhnya  
gangguan. Puskesmas telah memiliki  
prosedur pelaksanaan yang jelas terkait  
hal ini. Biasanya, penderita diberi buku  
catatan yang berisi pedoman untuk  
melihat jika gejala kambuh.

*Penyuluhan.* Penyuluhan dilakukan  
pada orang-orang yang sehat, berisiko,  
dan yang sudah mengalami gangguan  
jiwa. Sebelum adanya program DSSJ,  
masyarakat merasa resah saat berhadapan  
dengan penderita gangguan jiwa. Keban-  
nyakan masyarakat beranggapan bahwa  
penderita gangguan jiwa (biasa disebut  
masyarakat awam dengan sebutan orang  
gila) sudah tidak dapat disembuhkan dan

semua orang yang berobat ke rumah sakit  
jiwa merupakan orang gila.

*"..Kegiatan kader, kita dipersilakan untuk  
mensosialisasikan kesehatan jiwa ke dusun  
masing-masing."*

Kader menjelaskan berbagai alternatif  
penanganan pada penderita gangguan  
jiwa, dan peran penting dukungan sosial  
dalam menjaga kesehatan mental pende-  
rita gangguan jiwa. Penyuluhan bertujuan  
untuk meningkatkan kesadaran masya-  
rakat akan kesehatan mental agar mulai  
menyadari bahwa kesehatan mental meru-  
pakan tanggung jawab bersama.

*Memberi konsultasi pada individu berma-  
salah.* Ketika melakukan kunjungan ru-  
mah, kader seringkali dimintai masukan  
dan saran mengenai berbagai masalah  
yang sedang dialami oleh warga. Kader  
juga memberikan opini dan alternatif  
solusiseperti memberi psikoedukasi serta  
motivasi untuk meminta pertolongan  
selanjutnya. Jika permasalahan yang diha-  
dapi pasien cukup berat, kader merujuk  
pasien untuk datang ke Puskesmas.

*"Penyuluhan itu ke keluarga sehat, jadi kita  
nantinya nanti dapat rekomendasi, gak mau  
sekolah, gangguan anak gak mau sekolah,  
kita nasehati, kita tanya gimana-gimana-  
nya, kita carikan opini, mungkin karena dia  
takut, dia apa, kita carikan solusinya,  
kenakalan remaja itu ya."*

*Family gathering.* Family gathering  
merupakan program yang diadakan oleh  
RS Grhasia bekerja sama dengan DSSJ.  
Kegiatan ini bertujuan untuk mengum-  
pulkan keluarga penderita gangguan jiwa  
untuk berdiskusi dan saling berbagi se-  
hingga keluarga merasa ada dukungan  
dari luar tentang hal yang dialami. Tang-  
gapan dari masyarakat terhadap kegiatan  
ini beragam, sebagian keluarga sangat  
antusias, sebagian yang lain menolak  
untuk terlibat. Kader akan memilih untuk

tidak memaksakan program apabila keluarga menolak untuk terlibat secara aktif.

*".. Alhamdulillah, pernah dibikin dulu family gathering. Waktu itu dari Grhasia, keperawatan, dia datang ke sini, ketemu kita, janji hari apa kita mau ngadakan gini gini gini, family gathering itu kita coba.. komentar mereka, mereka senang karena mereka bertemu dengan keluarga-keluarga lain yang sama, merasa sepenenderitaan.."*

#### *Hasil atau Perubahan setelah DSSJ*

Pelaksanaan program DSSJ membantu deteksi risiko gangguan jiwa serta penanganan penderita gangguan jiwa yang lebih baik di sejumlah dusun di Desa Selomartani. Hal ini membuat masyarakat tidak lagi resah dengan perilaku penderita gangguan jiwa sehingga lingkungan desa menjadi lebih kondusif.

*"Di dusun kami rata-rata setiap dusun ada yang terkena gangguan jiwa, jadi mereka bisa dilaporkan dengan cepat ke Puskesmas dan ditindak lanjuti oleh Grhasia jika diperlukan. Alhamdulillah sudah ada yang bisa sembuh dan bisa kerja lagi."*

*"Kami juga merasanya sih mba, karena ini kan sosial, ngirim pasien ke Grhasia juga ga sia-sia. Karena mereka juga semakin baik."*

*"Kalau di tempat saya ada anak gangguan khusus, sebelum ada DSSJ dia ga sekolah, ga mau mandi, sekarang sudah lumayan, bisa mandi sendiri, udah mau sekolah."*

#### *Keterbukaan individu yang mengalami gangguan jiwa*

Individu yang mengalami gangguan jiwa sudah dapat menerima kondisinya dan bersikap terbuka terhadap kader. Hal ini salah satunya disebabkan oleh pemilihan kader dari dusun setempat. Warga lebih mudah percaya, terbuka dan memin-

ta bantuan pada orang yang sudah dikenal dan berasal dari daerah sendiri.

*"Masyarakat kan banyak mba. Mungkin sebagian masyarakat banyak sudah menyadari dan menerima orang-orang dengan gangguan itu."*

#### *Perubahan stigma masyarakat*

Sebagian masyarakat telah menunjukkan perubahan dalam memandang gangguan jiwa. Masyarakat tidak lagi memperlakukan penderita gangguan jiwa dengan kasar seperti sebelumnya. Masyarakat juga membantu kader bila menemukan warga sekitar yang terlihat mengalami perubahan perilaku, walaupun sebagian masyarakat yang belum paham masih cenderung mengabaikan penderita gangguan jiwa dan masih merasa hal itu bukan tanggung jawabnya. Beberapa warga juga masih mengusili penderita gangguan jiwa. Tetapi kondisi saat ini jauh lebih baik sebelum DSSJ diterapkan di desa tersebut.

*"Untuk masyarakat awam yg tidak tau ya didiamkan. Mereka masih merasa orang dengan gangguan itu bukan tanggung jawabnya."*

Adanya stigma negatif mengenai gangguan jiwa di masyarakat lebih banyak disebabkan oleh kurangnya pengetahuan. Masyarakat desa pada dasarnya memiliki budaya kekeluargaan dimana "Satu sakit semua ikut merasakan," sehingga jika ada warga yang butuh bantuan, mereka akan mencoba merangkul. Budaya masyarakat yang demikian memberi keuntungan dalam mempermudah proses sosialisasi.

#### *Hambatan Kader DSSJ*

*Kesulitan finansial.* Pendanaan program DSSJ sangat terbatas dan tidak teralokasikan dengan jelas. Setiap akan mengadakan kegiatan, kader DSSJ mengajukan proposal permohonan dana ke pemerintah, namun sering mendapat penolakan.

Keterbatasan dana ini menyebabkan kegiatan atau program kerja yang dilakukannya oleh para kader DSSJ murni berupa kerja sosial. Kader DSSJ tidak diberi insentif, bahkan biaya transportasi seringkali ditanggung sendiri. Para kader sejak awal telah berniat untuk melakukan pekerjaan ini atas dasar kesadaran sosial. Penderita gangguan jiwa banyak yang memiliki keterbatasan ekonomi sehingga tidak jarang penderita tersebut meminta kader membiayai pengobatan dan perjalanan ke Puskesmas atau rumah sakit. Hal ini cukup memberatkan kader karena tidak adanya dana yang diberikan untuk program, membuat kader harus menggunakan uang pribadi untuk membiayai penderita gangguan jiwa.

*“Kendalanya yang paling utama itu uang. Kita penting untuk ketemu tiap bulan sekali. tapi saya mengumpulkan orang 23 itu kan, mengumpulkan mudah, tapi saya kan punya hati nurani, masa mereka udah datang, mereka dari kampung yang berjauhan, untuk sekedar snack, untuk sekedar transport..”*

Setelah adanya program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS), permasalahan biaya menjadi lebih mudah ditangani karena penderita gangguan jiwa mendapat dana dari pemerintah yang memungkinkan penderita mendapat pengobatan gratis di tempat layanan kesehatan. Meskipun demikian masih terjadi berbagai permasalahan seperti berhentinya bantuan JAMKESMAS secara tiba-tiba sehingga pengobatan terhenti dan penderita kembali kambuh.

*Beban berat bagi kader.* Kader tidak hanya memiliki satu peran dalam masyarakat. Kader DSSJ juga merangkap sebagai kader lansia dan kader PKK di luar perannya sebagai kader kesehatan jiwa. Banyak dari kader tersebut juga merupakan ibu rumah tangga yang harus mengurus kebutuhan keluarganya. Kesulitan membagi waktu

menjadi salah satu hambatan yang disebutkan oleh para kader.

*“Kesulitannya ya kader-kader itu. Soalnya kader-kader itu double kerjanya, kader DSSJ itu juga kader lansia, kader PKK.”*

Gangguan jiwa yang dialami warga desa juga tidak sedikit yang menuntut perhatian penuh. Salah satu kader menceritakan seorang warga di dusunnya memiliki gangguan jiwa berat hingga melakukan pembunuhan terhadap tiga orang warga. Beban berat yang ia tanggung menyebabkan dirinya tertekan. Kader tersebut disatu sisi harus mendukung penanganan penderita gangguan jiwa sesuai dengan ketentuan. Namun disisi lain, kader tersebut menerima tuduhan masyarakat yang menganggap kader tersebut justru membela penderita gangguan jiwa yang melakukan pembunuhan tersebut.

Kader mengalami kesulitan dalam menangani pasien gangguan jiwa dikarenakan kader tidak memiliki latar pendidikan kesehatan mental yang memadai untuk bisa berhadapan dengan penderita gangguan jiwa. Selain itu, pekerjaan yang mereka lakukan bersifat sosial tanpa mendapatkan insentif dan tidak jarang kader harus mengeluarkan dana pribadi sehingga kader harus memiliki motivasi lain untuk bisa terus melaksanakan kegiatan ini.

*Jaminan atas keselamatan kader.* Kader yang berhadapan dengan berbagai macam penderita gangguan jiwa sering kali berada pada situasi yang berisiko. Beberapa penderita gangguan jiwa sering membawa benda-benda berbahaya –misalnya gergajisehingga menimbulkan ketakutan pada warga. Saat menghadapi situasi berisiko tinggi, para kader akan memilih untuk mengutamakan keselamatan diri sendiri. Hal ini dipengaruhi proses belajar kader



dalam menghadapi penderita gangguan jiwa sehingga kewaspadaan kader meningkat.

*“Bukan lari kalo lari malah nanti mereka nyerang, Cuma jadinya mepet-mepet ke orang, ke laki-laki. Ya karena itu memang, karena kita mendeteksi jadi kita lebih waspada.”*

*Harapan.* Program DSSJ merupakan suatu upaya yang dianggap mampu membantu peningkatan kesehatan mental warga Selomartani. Para kader bertekad untuk tetap menjalankan program yang sudah dicanangkan dan mengharapkan adanya tambahan pelatihan serta ilmu mengenai berbagai kondisi kesehatan mental. Program ini diharapkan dapat membuat desa bebas dari gangguan jiwa, sehat jiwa dan raga.

*“Kami masih perlu juga tambahan ilmu. Misalnya kejadian jatuh terus kena otak apa bisa menyebabkan orang jadi suka marah2, karena kan kita masih awam. Kita butuh tambahan. Stres abis melahirkan juga ada kan. Tambahan ilmu kedepanlah.”*

*“Harapannya ya agar kami bisa bebas dari gangguan jiwa. Sehat jiwa dan raga.”*

### Diskusi

Program DSSJ yang dilaksanakan di Desa Selomartani, Kalasan, Sleman memberikan pengetahuan dan kesadaran mengenai kesehatan mental masyarakat. Kader DSSJ yang mendapat pelatihan kemudian membagi pengetahuan dan pengalamannya kepada masyarakat melalui penyuluhan mengenai kesehatan jiwa dan melakukan deteksi pada warga masyarakat yang berisiko mengalami gangguan jiwa maupun warga yang telah menderita gangguan jiwa. Deteksi risiko dan gangguan jiwa yang dilakukan bermanfaat dalam proses pengobatan

penderita gangguan jiwa atau warga yang berisiko gangguan jiwa. Bagi warga dengan risiko gangguan jiwa, deteksi dini memungkinkan warga untuk tetap produktif dengan mengendalikan risiko gangguan jiwanya melalui proses pengobatan. Bagi penderita gangguan jiwa, deteksi bermanfaat dalam mencegah kekambuhan penyakitnya.

Program DSSJ juga membantu mengurangi stigma mengenai gangguan jiwa yang ada di masyarakat. Pengetahuan kader yang disalurkan ke masyarakat mengenai gangguan jiwa menurunkan stigma yang ada di masyarakat. Masyarakat lebih mampu menerima penderita gangguan jiwa sehingga penderita gangguan jiwa merasa dihargai.

Kendala yang dialami para kader DSSJ terdiri dari kendala eksternal dan internal. Kendala eksternal yang dialami oleh kader berhubungan dengan sulitnya pembiayaan program dan sikap masyarakat terhadap gangguan jiwa. Masalah pembiayaan menyulitkan kader dalam menjalankan programnya karena beberapa penderita gangguan jiwa meminta uang sebagai kompensasi berobat ke Puskesmas maupun ke rumah sakit jiwa. Program JAMKESMAS yang sedianya membantu penderita gangguan jiwa juga tidak berjalan dengan lancar sehingga penderita mengalami putus obat dan berakibat pada kekambuhan penyakitnya. Sikap masyarakat terhadap gangguan jiwa juga masih beragam. Meskipun kader melaporkan adanya perubahan sikap masyarakat berkaitan dengan stigma gangguan jiwa, perubahan ini tidak terjadi secara menyeluruh. Masih ada masyarakat, baik yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa maupun masyarakat pada umumnya belum mampu menerima kondisi para pasien gangguan jiwa yang ada di sekitarnya.

Kendala internal yang dialami oleh kader antara lain kondisi kader yang harus mengeluarkan uang dari dana pribadi dirasakan cukup memberatkan bagi kader. Selain itu, adanya perasaan khawatir akan keselamatan diri dan perasaan terbebani. Perasaan khawatir akan keselamatan diri disebabkan oleh adanya beberapa penderita gangguan jiwa yang menunjukkan kecenderungan untuk ber-perilaku yang membahayakan, misalnya membawa senjata tajam saat berkeliling kampung atau penderita gangguan jiwa yang memiliki riwayat kekerasan seperti tindakan pembunuhan. Kader bersikap lebih waspada saat menghadapi penderita gangguan jiwa dengan perilaku mem-bahayakan seperti ini dan cenderung tidak mampu memberikan bantuan secara maksimal karena rasa takut ketika berhadapan dengan pasien tersebut. Perasaan terbebani dirasakan oleh kader terkait permasalahan pasien yang harus mereka tangani, harus membagi waktu untuk membantu pasien gangguan jiwa, dan menumbuhkan motivasi untuk bekerja secara sukarela. Kader yang menangani permasalahan pasien yang cukup berat, terkadang ikut mengalami perasaan tertekan yang berpengaruh pada kehidupan sehari-hari (Figley, 1995, 2002a, 2002b). Keadaan ini dikenal sebagai *compassion fatigue* atau *secondary trauma stress*. Figley (1995) mendefinisikan *compassion fatigue* sebagai keadaan tertekan yang ditandai oleh imajinasi yang tidak menyenangkan, merasa kaku dan menghindari, cemas, terlalu khawatir, merasa ikut mengalami, merasa terganggu dan amarah. Faktor pencetus seperti bekerja dan berinteraksi dalam waktu lama dengan pasien gangguan jiwa berpengaruh pada meningkatnya kondisi *compassion fatigue* (Boscarino, Figley, & Adams, 2004).

Kurangnya kapasitas pengetahuan kader mengenai penanganan penderita

gangguan jiwa menyebabkan mereka kurang optimal dalam membantu penanganan kesehatan mental masyarakat. Hal ini dikarenakan suatu perilaku atau adopsi perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmojo, 2003).

Berbicara mengenai DSSJ tidak terlepas dari proses pengembangan DSSJ di propinsi lain. DSSJ pertama kali dibentuk di Nangroe Aceh Darussalam pasca bencana tsunami yang melanda Aceh, Nias dan Sumatera Utara. Program DSSJ merupakan pengembangan dari program *Community Mental Health Nursing* (Wasniyati, 2013). Beberapa perbedaan program dan hasil kegiatan antara DSSJ Aceh dan Yogyakarta antara lain dasar pembentukannya, kader dan sumber pendanaan. DSSJ Selomartani dibentuk sebagai jawaban atas jumlah penderita gangguan jiwa yang meningkat, sedangkan DSSJ Aceh dibentuk untuk mengurangi risiko gangguan jiwa pasca konflik dan bencana alam yang terjadi di Aceh. Kader DSSJ Selomartani merupakan warga setempat yang sukarela menjadi kader DSSJ sedangkan kader DSSJ Aceh terdiri dari masyarakat dan tenaga profesional kesehatan. Pendanaan DSSJ Selomartani saat ini masih berasal dari dana pribadi masyarakat dan kader sedangkan DSSJ Aceh mendapatkan sumbangan dana dari pemerintah dan swasta. Keberadaan DSSJ Aceh akan dikukuhkan dengan badan hukum sehingga badan hukum sehingga dana tetap dari APBD bisa didapatkan untuk pelaksanaan DSSJ (Mediakom, 2008).

Perbedaan ini menyebabkan berbedanya respon masyarakat terhadap urgensi pembentukan DSSJ. Bencana dan konflik yang dialami oleh masyarakat Aceh membuat masyarakat menyaksikan

dan mengalami efek psikologis dari bencana dan konflik tersebut. Hal ini menyebabkan masyarakat merasa membutuhkan suatu wadah yang dapat membantu pemulihan efek psikologis yang mereka alami.

### Kesimpulan

Penelitian ini memaparkan program DSSJ yang dilakukan di Desa Selomartani, Kalasan, Sleman, Yogyakarta. Jumlah penderita gangguan jiwa menjadi salah satu dasar terbentuknya program DSSJ di wilayah ini. Selain itu, kemauan dan kepedulian dari anggota masyarakat untuk menjadi kader kesehatan jiwa dengan segala hambatannya juga menjadi alasan terlaksananya program DSSJ di Desa Selomartani. Beberapa kegiatan yang dilakukan oleh kader kesehatan jiwa antara lain deteksi risiko dan gangguan jiwa pada masyarakat, penyuluhan, konsultasi individu dan pertemuan kelompok. Reaksi dan tanggapan masyarakat beragam dengan kecenderungan penerimaan atau partisipasi program lebih banyak dilakukan oleh masyarakat dengan golongan ekonomi menengah ke bawah. Program DSSJ membantu mengurangi stigma mengenai gangguan jiwa yang muncul di masyarakat. Masyarakat lebih menerima keberadaan penderita gangguan jiwa dibanding sebelum terbentuknya DSSJ. Beberapa kendala ditemui selama proses pelaksanaan program ini terutama berkaitan dengan masalah finansial dan beban internal bagi para kader. Beban internal yang dirasakan oleh kader dikenal dengan istilah *compassion fatigue* atau *secondary trauma stress*. Keadaan ini ditandai dengan perasaan tertekan yang tidak menyenangkan, cemas, khawatir, merasa ikut mengalami, merasa terganggu dan amarah. Keadaan ini dirasakan oleh kader setelah berinteraksi

dengan penderita gangguan jiwa. Kurangnya pengetahuan kader mengenai penanganan gangguan jiwa menyebabkan kurang optimalnya penanganan yang dilakukan. Program DSSJ di Selomartani masih memerlukan banyak perbaikan jika dibandingkan dengan program DSSJ di daerah-daerah lain. Perbaikan ini tidak hanya dilakukan dari internal program, namun juga dari pihak-pihak eksternal yang terlibat dalam program ini.

### Saran

Dari penelitian yang dilakukan, dapat dilakukan beberapa hal untuk meningkatkan pelayanan dan kualitas dari sistem DSSJ yang ada di Desa Selomartani, Kalasan, Sleman, diantaranya adalah sebagai berikut: (1) Kerjasama antara instansi terkait dan masyarakat dalam upaya pengembangan program DSSJ; (2) Pelaksanaan terapi kelompok (*group therapy*) untuk kader yang mengalami tekanan akibat berinteraksi dengan klien (*compassion fatigue/secondary trauma stress*); (3) Usaha preventif untuk mencegah tekanan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan psikologis para kader; (4) Pelatihan penanganan kasus-kasus kesehatan mental masyarakat.

### Kepustakaan

- Crossley, M.L. (2000). *Introducing Narrative Psychology: Self, trauma and the construction of meaning*. Buckingham: Open University Press.
- Demi Jiwa yang Terganggu*. (2008, Juni). Mediakom, XII. Diunduh dari: <http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/tes/article/view/56/61>, tanggal 29 Oktober 2013.
- Dwidiyanti, M. (2010). *Keperawatan Jiwa: Strategies of improving rehabilitation services from hospital to community*.

- Diunduh dari: <http://staff.undip.ac.id/psikfk/meidiana/2010/06/04/keperawatan-jiwa/> tanggal 20 April 2013.
- Figley, C.R. (Ed.) (1995). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (2002a). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441.
- Figley, C.R. (Ed.) (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Gergen, K.J. (2001) *Social construction in context*. London: Sage Publications.
- Hermans, H.J.M., & Hermans-Jansen, Els. (1995). *Self-Narratives: The construction of meaning in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Lehman A., Ward N., & Linn L. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry*; 139, 1271–6.
- Minas, H., & Diatri, H. (2008). Pasung: Physical Restraint and confinement of the mentally ill in the community. *International journal of Mental Health System*.
- Murray, M. (2008) Naratif Psychology. Dalam J.A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology : A Practical Guide to Method* (ed. ke-2). London: Sage
- Notoadmojo. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Poerwandari, K. (1998). *Pendekatan Kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. Jakarta: Perfecta Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Prasetyawan, V.E., Maramis, A., & Keliat, B.A. (2006). Mental health model of care programmes after the tsunami in Aceh, Indonesia. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 559 – 562.
- Prawitasari, J.E. (2011). *Psikologi Klinis, Pengantar terapan mikro dan makro*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Puteh, I., Marthonies, M., & Minas, H. (2010). Aceh Free Pasung: Releasing the mentally ill for physical restraint. *International Journal of Mental Health System*, 2011, 2:10.
- Retnowati, S. (2011). *Psikolog Puskesmas: Kebutuhan dan Tantangan bagi profesi Psikologi klinis Indonesia*. Disampaikan dalam pidato pengukuhan jabatan Guru Besar pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Indonesia
- Subandi, M.A., Rochmawati, I., & Hasmsyah, F. (2011). *Pulung Gantung: A Cultural belief of suicidal behavior in Gunung Kidul, Yogyakarta, Indonesia*. Disampaikan dalam International Conference of Integrating Cultural perspective in the Understanding and Prevention of Suicide di Beijing, China, 13-17 September 2011.
- Wasniyati, A. (2013). *Evaluasi Program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) di Wilayah Puskesmas Galur II Kabupaten Kulon Progo, Yogyakarta*. (Tesis tidak dipublikasikan). Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.