

**KESEHATAN MENTAL**  
Ade Heryana, S.St, M.KM  
Email: heryana@esaunggul.ac.id  
Dosen Prodi Kesmas Universitas Esa Unggul

### **TUJUAN PEMBELAJARAN**

1. Mahasiswa memahami permasalahan kesehatan mental
2. Mahasiswa memahami pengertian dari kesehatan mental
3. Mahasiswa memahami determinan sosial kesehatan mental
4. Mahasiswa memahami jenis pelayanan kesehatan mental
5. Mahasiswa memahami upaya pencegahan gangguan mental
6. Mahasiswa memahami regulasi yang ada tentang kesehatan mental

### **PENDAHULUAN**

Masalah kesehatan mental di Indonesia belum menjadi masalah prioritas. Hal ini terlihat dari kurangnya tenaga kesehatan kesehatan mental. Dari 260 juta penduduk, Indonesia hanya memiliki 773 psikiater dan 453 psikolog klinis. Meskipun pada tahun 2008 pemerintah Indonesia menyatakan bahwa psikolog adalah tenaga kesehatan, namun keberadaan tenaga ini di Puskesmas bukan hal yang prioritas. Yogyakarta merupakan salah satu kota yang menempatkan psikolog pada seluruh 18 Puskesmas di kota itu (Sebayang, Mawarpury, & Rosemary, 2018).

Di tengah kondisi tersebut di atas dan makin berkembangnya masalah gangguan mental, terdapat anggapan yang keliru pada masyarakat (termasuk tenaga kesehatan) tentang kesehatan mental. Pandangan yang salah tersebut adalah (Dewi, 2012):

1. Kesehatan mental cukup dipahami dan ditangani oleh satu disiplin ilmu saja. Padahal masalah kesehatan mental perlu mendapat perhatian dari berbagai sektor, seperti kesehatan, sosial, ekonomi, agama, dan sebagainya.
2. Kesehatan mental dipandang sebagai ketenangan bathin yang dimaknai sebagai kondisi yang tidak ada konflik. Padahal pada kelompok masyarakat yang terlihat tenang, tidak ada masalah, hidup tanpa ambisi, serta pasrah, masalah gangguan mental tetap ada.

Disamping itu masyarakat memiliki anggapan/mitos yang salah tentang gangguan mental. Anggapan yang salah atau mitos tersebut antara lain (Dewi, 2012):

- a. Gangguan mental adalah penyakit turunan atau herediter
- b. Gangguan mental tidak dapat disembuhkan
- c. Gangguan mental muncul secara tiba-tiba
- d. Gangguan mental merupakan aib/noda bagi lingkungan sekitar
- e. Gangguan mental merupakan peristiwa tunggal (tidak hubungannya dengan masalah kesehatan lain)
- f. Gangguan mental disebabkan oleh masalah seks

Stigma yang tidak tepat dari gangguan mental menyebabkan pada tahun 2017 sebanyak 28,1% penduduk yang mengalami penyakit mental tetap tidak tertangani dengan baik dan ditinggalkan (dipasung) di dalam rumah. Masalah kesehatan mental yang masih terjadi di Indonesia adalah depresi selama kehamilan. Masalah ini menurut WHO terjadi di negara-negara berkembang, serta menyerang 15,6% pada wanita hamil dan 19,8% ibu menyusui (Sebayang, Mawarpury, & Rosemary, 2018).

Secara global, tahun 2013 dan 2015 merupakan tonggak bersejarah dalam penanggulangan kesehatan mental. Pada tahun 2013 WHO mengeluarkan *Global Action Plan 2013-2020* dalam kesehatan mental yang bertujuan untuk mengimplementasikan strategi promosi kesehatan dalam kesehatan mental. Lalu pada tahun 2015 WHO menempatkan kesehatan mental sebagai agenda prioritas tahun 2030 dalam Sustainable Development Goals (SDGs) serta Kerangka Kerja Pengurangan Risiko Bencana di Sendai tahun 2015-2030 (Herrman, Moodie, Saxena, Izutsu, & Tsutsumi, 2017).

Kesehatan mental termasuk dalam tujuan ke-3 SDGs tentang kesehatan yang baik (good health), khususnya:

- a. Target SDGs nomor 3.4 yang berbunyi “mengurangi .... Angka kematian akibat penyakit tidak menular dan meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan”
- b. Target SDGs nomor 3.5 yang berkaitan dengan pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat terlarang

Disamping itu tujuan ke-5 SDGs tentang kesetaraan gender juga berkaitan dengan kesehatan mental (Herrman, Moodie, Saxena, Izutsu, & Tsutsumi, 2017).

## **DEFINISI DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN MENTAL**

Definisi menurut WHO, kesehatan mental adalah “*a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can*

*work productively and fruitfully, and is able to contribute to his or her community*". Dengan demikian berdasarkan definisi WHO, orang yang sehat mental setidaknya memenuhi empat aspek yaitu:

1. Mampu menyadari kemampuannya
2. Dapat mengatasi tekanan hidup secara normal
3. Dapat melakukan pekerjaan secara produktif dan menghasilkan manfaat
4. Mampu berkontribusi terhadap komunitasnya.

Dewi (2012) dalam Buku Ajar Kesehatan Mental menjelaskan tahapan-tahapan perkembangan kesehatan mental sejak sebelum pertengahan abad hingga setelah Perang Dunia II. Adapun perkembangan tersebut terbagi menjadi 5 periode/tahap yaitu:

1. Tahap demonologi

Pada tahap ini kesehatan mental dikaitkan dengan kekuatan gaib, kekuatan spiritual, setan dan makhluk halus, ilmu sihir, dan sejenisnya. Gangguan mental terjadi akibat kegiatan yang menentang kekuatan gaib tersebut. Sehingga bentuk penanganannya, tidak ilmiah dan kurang manusiawi, seperti: upacara ritual, penyiksaan atau perlakuan tertentu terhadap penderita dengan maksud mengusir roh jahat dari dalam tubuh penderita. Tahap ini timbul pada masa sebelum pertengahan abad.

2. Tahap pengenalan medis

Pada tahap ini mulai menggunakan konsep biologis yang penanganannya lebih manusia. Gangguan mental disebabkan gangguan biologis atau kondisi biologis seseorang, bukan akibat roh jahat. Pemahaman ini tentu saja mendapat pertentangan keras dari aliran yang meyakini adanya roh jahat. Tahap ini terjadi pada 4 abad SM hingga abad ke-6. Seperti diketahui pada 4 abad SM muncul tokoh-tokoh bidang medis dari Yunani seperti: Hipocrates, Hirophilus, Galenus, Vesalius, Paracelsus, dan Cornelius Agrippa.

3. Tahap sakit mental dan revolusi kesehatan mental

Pada tahap ini terjadi perubahan dalam pemikiran mengenai penyebab gangguan mental serta cara penanganan dan upaya penyembuhannya. Dalam penanganan pasien gangguan mental di rumah sakit dilakukan secara manusiawi dimana mulai mengutamakan persamaan, kebebasan, dan persaudaraan. Tahap ini terjadi pada masa Revolusi Perancis abad ke-17 atau masa *renaissance*, dengan tokoh utamanya adalah Phillipe Pinel. Tokoh lainnya yang ikut mendukung antara lain:

- a. William Tuke (Inggris) yang memulai perlakuan moral pasien di *asylum* (tempat peristirahatan).
  - b. Benjamin Rush (Amerika Serikat) merupakan ‘bapak kedokteran jiwa’ Amerika
  - c. Emil Kraepelin (Jerman) yang pertama kali menyusun klasifikasi gangguan mental.
  - d. Dorothea Dix (Amerika Serikat) yang mengajar dan memberikan bantuan kemanusiaan kepada masyarakat miskin dan komunitas perempuan di penjara
  - e. Clifford Beers (Amerika Serikat) yang mendirikan Gerakan Kesehatan Mental di Amerika.
4. Tahap pengenalan faktor psikologis

Tahap ini ditandai dengan penanganan penderita gangguan mental secara medis dan psikologis pada abad ke-20. Disebut juga tahap revolusi kesehatan mental ke-2 yang dipelopori oleh Sigmund Freud, pelopor Psikoanalisis. Freud melakukan penanganan hipnotis, katarsis, asosiasi bebas, dan analisis mimpi. Tujuan penanganan dengan psikoanalisis adalah mengatasi masalah mental individu dengan menggali konflik intrapsikis pada penderita, atau disebut dengan Psikoterapi.

5. Tahap multifaktorial

Pada tahap ini kesehatan mental dipandang tidak hanya dari segi psikologis dan medis, tetapi juga melibatkan faktor interpersonal, keluarga, masyarakat, dan hubungan sosial. Interaksi semua faktor tersebut diyakini mempengaruhi kesehatan mental individu dan masyarakat. Menurut pandangan ini, penanganan penderita gangguan mental, lebih baik dilakukan sejak tahap pencegahan yaitu dengan melakukan:

- a. Pengembangan perbaikan dalam perawatan dan terapi terhadap penderita gangguan mental
- b. Penyebaran informasi yang mengarah pada sikap intelijen dan humanis pada penderita gangguan mental
- c. Riset terkait kesehatan mental
- d. Pengembangan praktik pencegahan gangguan mental.

Tahap ini merupakan revolusi ke-3 kesehatan mental dan mulai berkembang setelah Perang Dunia II.

## DETERMINAN KESEHATAN MENTAL

Faktor determinan/penyebab penting terjadinya penyakit mental pada seluruh populasi meliputi empat faktor yang bersifat sosial sehingga sering disebut dengan *Sosial Determinant* antara lain (Herrman, Moodie, Saxena, Izutsu, & Tsutsumi, 2017):

- a. Kemiskinan (baik kemiskinan absolut atau relatif)
- b. Ketidaksetaraan gender
- c. Pengucilan secara sosial
- d. Kekerasan (*violence*)

Dalam buku berjudul *The Social Determinants of Mental Health* disebutkan sembilan determinan sosial dari kesehatan mental, antara lain (Shim, et al., 2015):

1. Diskriminasi sosial. Terdapat hubungan antara stress kronis, pengalaman mengalami diskriminasi sosial, dan buruknya kesehatan mental (Rafferty, Abelson, Bryant, & Jackson, 2015).
2. Pengalaman hidup yang tidak diharapkan pada usia dini atau *Adverse Early Life Experience* (AELF) merupakan kondisi yang inkonsisten, menekan, mengancam, menyakitkan, traumatik, atau berusaha diabaikan oleh seseorang. Kondisi ini bisa dialami bayi, anak-anak atau remaja. (Koplan & Chard, 2015).
3. Pendidikan yang buruk. Pendidikan dapat mempengaruhi kesehatan seseorang dengan (1) meningkatkan perkembangan otak, (2) menanamkan literasi yang sehat, (3) mendorong perkembangan perilaku yang sehat, (4) memungkinkan anak-anak mengembangkan kemampuan mengawasi, meraih prestasi, dan memberdayakan dirinya sendiri; dan (5) mengembangkan diri dalam pekerjaan dan penghasilan sepanjang hidup. Disamping itu pendidikan yang baik dapat menyebabkan seseorang hidup dalam kondisi yang lebih baik, meningkatkan hubungan interpersonal, pengasuhan yang lebih baik, hubungan sosial yang lebih bagus, dan meningkatkan kualitas hidup. Dengan demikian pendidikan memiliki hubungan dengan kesehatan mental (Powers, 2015).
4. Pengangguran (*unemployment*), pengangguran tidak kentara (*underemployment*), dan ketidakpastian pekerjaan (*job insecurity*). Berbagai studi menunjukkan hubungan ketiga faktor tersebut berhubungan dengan buruknya kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, konsumsi alkohol, dan bunuh diri (McGregor & Holden, 2015).
5. Ketidakadilan secara ekonomi (*economic inequality*), kemiskinan (*poverty*), dan pengucilan oleh tetangga (*neighborhood deprivation*). Ketiganya merupakan faktor sosial ekonomi, yang memiliki hubungan negatif dengan kesehatan mental yang secara khusus dapat merusak dan mempengaruhi daya tahan anak-anak (Manseau, 2015). Kemiskinan dan kesehatan mental merupakan dua faktor yang

saling berhubungan. Penyakit mental dapat berkontribusi terhadap kemiskinan, sebaliknya kemiskinan dapat menimbulkan risiko penyakit mental. Sehingga strategi pencegahan kesehatan mental sebaiknya terintegrasi dengan upaya penanggulangan kemiskinan (Jenkins, 2017). Ketidakpastian ekonomi yang merupakan determinan sosioekonomis terbukti memberikan efek negatif terhadap kesehatan mental (Kopasker, Montagna, & Bender, 2018).

6. Ketidakpastian terhadap pangan (*Food insecurity*), yaitu satu kondisi yang terjadi ketika tidak adanya kemampuan dan akses terhadap makanan pada masa yang akan datang, ketidakcukupan dalam mendapatkan jumlah dan jenis makanan yang menyehatkan, atau kebutuhan secara sosial untuk mendapatkan makanan tidak diterima. Kondisi ini disebabkan oleh hambatan terhadap sumberdaya dan fisik. Ketidakpastian terhadap pangan berhubungan dengan gangguan depresi dan penyakit mental spesifik lainnya (Compton, 2015).
7. Kualitas perumahan yang buruk (*poor housing quality*) dan ketidakstabilan dalam perumahan (*housing instability*). Pengertian *housing instability* bervariasi dari yang menyatakan selalu berpindah rumah lebih dari sekali dalam setahun, sampai mendekati tidak memiliki tempat tinggal (*homelessness*) seperti tidur di halte bus pada malam hari. Faktor-faktor ini berhubungan dengan kesehatan mental dan fisik seseorang terutama orang dewasa (ibu rumah tangga) dan anak-anak yang menghabiskan waktunya lebih banyak di rumah (Suglia, Cahmbers, & Sandel, 2015).
8. Pengembangan lingkungan yang tidak diharapkan (*adverse features of the built environment*), merupakan kondisi yang bersifat politis untuk kepentingan pembangunan masyarakat. Tapi ternyata kondisi ini memiliki pengaruh yang kuat terhadap kesehatan mental seseorang yaitu pada rasa kesenjangan dan ketidakadilan. Pengembangan lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan mental secara langsung dan tidak langsung (Todman & Holiday, 2015).
9. Akses yang buruk terhadap pelayanan kesehatan mental, yang dipengaruhi oleh tiga faktor (Langheim, Shim, & Druss, 2015):
  - a. Faktor pasien: tidak mengenali/memahami masalah kesehatan, stigma terhadap dirinya, kesulitan mengenali sistem kesehatan, transportasi, waktu kerja, dan kebutuhan untuk merawat anak.
  - b. Faktor pemberi pelayanan kesehatan (provider): kemampuan terbatas dalam melakukan janji dengan pasien, masalah pelayanan pasien dan kualitas, masalah dengan hubungan baik dan kolaborasi dalam terapi, dan ketidakcukupan tenaga kesehatan.
  - c. Faktor sistem: stigma masyarakat, jaminan pembiayaan, tidak memiliki asuransi kesehatan, fragmentasi pelayanan kesehatan, paritas kesehatan mental yang lemah, dan ketimpangan pembiayaan bagi sistem kesehatan mental.

Akses pelayanan kesehatan yang buruk mempengaruhi kesehatan fisik, mental, serta meningkatkan risiko gangguan mental, angka kesakitan, dan kematian dini (Langheim, Shim, & Druss, 2015).

## PROMOSI DAN PENCEGAHAN KESEHATAN MENTAL

Promosi kesehatan mental adalah upaya meningkatkan kesehatan mental individu dalam komunitas termasuk kelompok individu yang tidak pernah mengalami penyakit mental dan individu yang sedang menderita sakit dan disabilitas. Promosi kesehatan mental mirip dengan upaya kesehatan pada umumnya meliputi dua upaya yaitu (Herrman, Moodie, Saxena, Izutsu, & Tsutsumi, 2017):

1. Mendukung orang untuk menjalankan dan memelihara gaya hidup yang sehat
2. Menciptakan kondisi dan lingkungan hidup yang mengarahkan pada kesehatan

Promosi kesehatan dapat dijalankan oleh semua masyarakat, bukan hanya tenaga kesehatan profesional (lihat tabel 1 berikut):

**Tabel 1. Pelaku Promosi Kesehatan Mental**

No	Pelaku promosi kesehatan mental
1	Komunitas lokal yang peduli terhadap kesehatan mental
2	Masyarakat yang dapat memutuskan kebijakan yang mempengaruhi kesehatan mental baik di sektor kesehatan maupun non kesehatan pada pemerintahan, swasta, atau organisasi non pemerintah lainnya
3	Tenaga kesehatan mental profesional yang dibutuhkan untuk mendukung dan membantu promosi kesehatan mental yang dilanjutkan dengan konsultasi dan pemberian pelayanan kesehatan mental pada individu yang mengalami penyakit mental
4	Masyarakat yang bekerja dalam pengembangan kebijakan dan program kesehatan
5	Masyarakat yang berkecimpung memberikan pedoman terhadap aksi-aksi internasional

Sumber: (Herrman, Moodie, Saxena, Izutsu, & Tsutsumi, 2017)

Pencegahan terhadap penyakit mental bertujuan untuk mengurangi insiden, prevalens, dan kekambuhan gangguan penyakit mental serta masalah disabilitas yang terkait dengan kesehatan mental. Pencegahan dalam kesehatan mental terdiri dari enam jenis intervensi antara lain (Arango, et al., 2018):

- a. Promosi kesehatan mental
- b. Primer secara universal/menyeluruh
- c. Pencegahan primer pada individu tertentu (secara terseleksi)

- d. Pencegahan primer bagi yang terindikasi
- e. Pencegahan sekunder
- f. Pencegahan tersier

Secara ringkas keenam intervensi pencegahan tersebut dijelaskan pada tabel 2 berikut.

## PELAYANAN KESEHATAN MENTAL

Menurut WHO, pelayanan kesehatan mental di berbagai negara pada dasarnya terbagi menjadi tiga bagian yaitu (World Health Organization, 2003):

- a. Pelayanan kesehatan mental di faskes primer dan rumah sakit umum
- b. Pelayanan kesehatan mental berbasis komunitas, baik yang bersifat formal maupun informal
- c. Pelayanan kesehatan mental di institusi rumah sakit yang terdiri dari pelayanan dokter spesialis dan rumah sakit khusus gangguan mental.

Pelayanan kesehatan mental tingkat pertama atau *primary care mental health* menurut WHO berkaitan dengan dua aspek (Gask, Lester, Kendrick, & Paveler, 2009):

1. Intervensi kesehatan mental tingkat pertama yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan keseluruhan
2. Pelayanan kesehatan mental oleh petugas kesehatan tingkat pertama yang memiliki keterampilan, kemampuan, dan dukungan terhadap pelayanan kesehatan mental.

Pelayanan kesehatan mental sebaiknya terintegrasi dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama (misalnya Puskesmas), karena berbagai alasan (Gask, Lester, Kendrick, & Paveler, 2009):

1. Beban penyakit mental yang tinggi
2. Masalah kesehatan mental dan fisik saling bersinggungan
3. Kesenjangan dalam pengobatan terhadap gangguan mental sangat besar
4. Mudah diakses oleh masyarakat
5. Meningkatkan kepedulian terhadap Hak Asasi Manusia
6. Dapat dilaksanakan dan efektif dari segi biaya
7. Menghasilkan dampak kesehatan bagi masyarakat

**Tabel 2. Strategi Pencegahan dalam Kesehatan Mental** (Arango, et al., 2018)

Jenis Intervensi	Sasaran populasi	Tujuan	Contoh
<b>Promosi kesehatan mental</b>	Masyarakat secara umum atau seluruh populasi	Meningkatkan kehidupan secara psikologis dan mempertinggi kemampuan untuk menerima tahap-tahap perkembangan hidup. Memperkuat kemampuan untuk beradaptasi dalam rangka membangun ketahanan dan kompetensi.	Program kesehatan mental di sekolah tingkat dasar untuk mengajarkan cara makan yang sehat, atau untuk meningkatkan keterampilan mengatasi masalah mental.
<b>Pencegahan primer secara universal</b>	Masyarakat secara umum atau seluruh populasi, terutama pada individu yang berisiko	Mencegah berkembangnya satu atau lebih kondisi yang berisiko terhadap gangguan mental pada seluruh populasi. Intervensi ini memiliki efektivitas tinggi, aman dan berbiaya rendah	Program kesehatan mental di sekolah yang bertujuan mengatasi “bullying”
<b>Pencegahan primer secara selektif</b>	Individu atau kelompok populasi yang memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan yang lainnya terhadap gangguan mental berdasarkan faktor-faktor biologis, psikologis dan sosial (biopsikososial)	Mengembangkan kemampuan individu atau kelompok individu dalam mencegah kondisi yang dapat menimbulkan gangguan mental. Intervensi ini efektif dan berisiko rendah terhadap efek samping serta berbiaya sedang.	Intervensi terhadap pasien yang memiliki keturunan menderita gangguan mental
<b>Pencegahan primer bagi individu terindikasi</b>	Individu yang terdeteksi berisiko tinggi dan terdapat manifestasi klinis, namun belum ditemukan diagnosa secara klinis	Mengobati manifestasi subklinis untuk mencegah gangguan mental berkembang menjadi lebih luas. Mencegah kondisi yang menimbulkan risiko pada individu dan memperkuat kemampuan individu dalam membangun ketahanan hidup. Intervensi ini membutuhkan biaya tinggi dan kemungkinan berisiko tinggi.	Intervensi terhadap pasien yang secara klinis berisiko mengalami psikosis (seperti memperlihatkan gejala-gejala kelemahan psikis dan pengurangan fungsi dalam kehidupan).
<b>Pencegahan sekunder</b>	Individu yang terdiagnosis secara klinis mengalami gangguan mental tingkat awal	Deteksi dini dan melakukan pencegahan terhadap pasien yang terdiagnosis mengalami gangguan mental. Intervensi ini menghasilkan pengobatan yang memadai, meningkatkan kepuasan terhadap pengobatan, mengurangi penyalahgunaan zat terlarang, dan mencegah kekambuhan.	Intervensi untuk meningkatkan deteksi dini dan akses terhadap pelayanan kesehatan pada pasien yang mengalami depresi agar tidak terlampaui lama tertangani.
<b>Pencegahan tersier</b>	Individu yang memiliki gangguan mental	Mengobati penyakit mental yang sudah ada untuk mencegah memburuknya penyakit, disabilitas, dan kondisi-kondisi lanjutan.	Intervensi untuk menghentikan merokok dan memperbaiki pola pikir pasien skizoprenia. Mencegah bunuh diri dengan terapi Lithium pada pasien gangguan bipolar ( <i>bipolar disorder</i> )

Contoh pelayanan kesehatan mental di fasilitas kesehatan primer antara lain (World Health Organization, 2003):

- a. Dokter umum, perawat dan petugas kesehatan lainnya memberikan layanan di faskes primer seperti menyediakan layanan diagnostik, pengobatan dan layanan rujukan bagi gangguan mental;
- b. Dokter umum, perawat dan petugas kesehatan lainnya melakukan kunjungan rumah (home visit) untuk mengelola gangguan mental pasien
- c. Staff non-medis memberikan pelayanan kesehatan dasar di area pedesaan
- d. Staff non-medis terlibat dalam promosi kesehatan dan upaya pencegahan, seperti memberikan edukasi kesehatan mental, dan deteksi dini gangguan mental di sekolah
- e. Petugas kesehatan faskes pertama dan petugas perbantuan memberikan intervensi berbentuk penyampaian informasi, edukasi, pedoman dan pengobatan terhadap trauma pada bencana alam dan aksi-aksi kekerasan.

Pemberian pelayanan kesehatan mental di rumah sakit umum antara lain berbentuk (World Health Organization, 2003):

1. Pelayanan rawat jalan akut
2. Pelayanan stabilisasi masa kritis
3. Program hospitalisasi secara parsial (siang/malam)
4. Konsultasi/layanan pendampingan bagi pasien secara umum
5. Program rawat jalan intensi atau terencana
6. Pelayanan recovery (istirahat)
7. Konsultasi/dukungan/pelatihan bagi pelayanan tingkat pertama oleh ahli
8. Penanganan oleh tim psikiatri multi disiplin yang memiliki hubungan dengan sektor lokal/provinsi (sekolah, pekerja, dsb) dan LSM bidang pencegahan dan promosi kesehatan
9. Unit layanan khusus bagi individu yang mengalami gangguan mental khusus dan bagi program rehabilitasi

## KEBIJAKAN KESEHATAN MENTAL

Kebijakan kesehatan mental adalah pernyataan tertulis yang secara intens dibuat oleh pemerintah dalam isu-isu kesehatan mental dan pelayanan kesehatan mental. Dalam lingkup nasional, kebijakan kesehatan mental mencakup isu-isu ruang lingkup kesehatan, angka kesakitan, disabilitas, dan angka kematian yang kemungkinan dapat ditangani. Kebijakan dalam kesehatan mental membutuhkan kolaborasi antar disiplin dan sektor dalam lingkup pengembangan manusia (Jenkins, 2017).

- a. Undang-undang No.36 tahun 2009 BAB IX Pasal 144-151 mengatur tentang kesehatan jiwa. Pada undang-undang ini diatur tentang upaya kesehatan jiwa, peran & tanggung jawab pemerintah, hak masyarakat akan kesehatan jiwa, serta pemeriksaan kesehatan jiwa untuk kepentingan penegakan hukum.
- b. Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Undang-undang ini mengatur tentang:
  1. Asas-asas dan tujuan upaya kesehatan jiwa
  2. Jenis-jenis upaya kesehatan jiwa secara lengkap
  3. Sistem pelayanan kesehatan jiwa
  4. Sumberdaya dalam upaya kesehatan jiwa (tenaga kesehatan, faskes, perbekalan kesehatan, teknologi dan produk teknologi, pendanaan)
  5. Hak dan kewajiban orang dengan masalah kejiwaan
  6. Pemeriksaan kesehatan jiwa
  7. Peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan jiwa
  8. Ketentuan pidana bagi pelanggar aturan kesehatan jiwa
- c. Permenkes No. 54 tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasungan pada Orang dengan Gangguan Jiwa. Dalam permenkes ini bukan hanya mengatur tentang penanggulangan pemasungan ODGJ, tetapi juga menjelaskan gambaran tentang pemasungan di Indonesia, macam-macam gangguan jiwa, upaya pencegahan, penanganan dan rehabilitasi pemasungan ODGJ, serta pencatatan dan pelaporan.
- d. Kepmenkes No. 220 tahun 2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM).
- e. Kepmenkes No. 48 tahun 2006 tentang Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial Masyarakat Akibat Bencana Dan Konflik
- f. Kepmenkes No. 406 tahun 2009 tentang Kesehatan Jiwa Komunitas

## KESIMPULAN

Masalah kesehatan mental di Indonesia belum menjadi hal yang prioritas. Hal ini diperburuk dengan stigma yang salah terhadap gangguan mental pada masyarakat di Indonesia.

Orang yang sehat mental menurut WHO setidaknya memenuhi empat aspek yaitu: (1) mampu menyadari kemampuannya; (2) dapat mengatasi tekanan hidup secara normal; (3) dapat melakukan pekerjaan secara produktif dan menghasilkan manfaat; dan (4) mampu berkontribusi terhadap komunitasnya. Perkembangan disiplin kesehatan mental saat ini merupakan tahap multifaktorial yaitu penanganan orang dengan gangguan mental merupakan kerjasama multisektor.

Faktor penyebab gangguan mental merupakan determinan sosial terhadap kesehatan mental antara lain: (1) diskriminasi sosial; (2) pengalaman tidak diharapkan pada usia dini; (3) buruknya pendidikan; (4) pengangguran, pengangguran tidak kentara, dan ketipastian pekerjaan; (5) ketimpangan ekonomi, kemiskinan, dan pengucilan; (6) ketipastian pangan; (7) kualitas perumahan yang buruk dan perumahan yang tidak stabil; (8) pengembangan lingkungan yang tidak diinginkan; dan (9) akses terhadap pelayanan kesehatan yang buruk.

Promosi kesehatan mental adalah upaya meningkatkan kesehatan mental individu dalam komunitas termasuk kelompok individu yang tidak pernah mengalami penyakit mental dan individu yang sedang menderita sakit dan disabilitas. Pencegahan kesehatan mental dilakukan dengan enam jenis intervensi yaitu: (a) promosi kesehatan mental; (b) pencegahan primer secara universal/menyeluruh; (c) pencegahan primer pada individu tertentu (secara terseleksi); (d) pencegahan primer bagi yang terindikasi; (e) pencegahan sekunder; dan (f) pencegahan tersier.

Pelayanan kesehatan mental terdiri dari dua jenis yaitu: (1) pelayanan kesehatan primer; dan (2) pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit.

Regulasi yang berkaitan dengan kesehatan mental di Indonesia antara lain: (a) Undang-undang No.36 tahun 2009 BAB IX Pasal 144-151 mengatur tentang kesehatan jiwa; (b) Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa; (c) Permenkes No. 54 tahun 2017 tentang Penanggulangan Pemasangan pada Orang dengan Gangguan Jiwa; (d) Kepmenkes No. 220 tahun 2002 tentang Pedoman Umum Tim Pembina, Tim Pengarah, Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM); (e) Kepmenkes No. 48 tahun 2006 tentang Pedoman Penanggulangan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial Masyarakat Akibat Bencana Dan Konflik; dan (f) Kepmenkes No. 406 tahun 2009 tentang Kesehatan Jiwa Komunitas.

## KUIS

Jawab dengan Benar atau Salah

1. Kesehatan mental dapat dipandang sebagai ketenangan bathin yang dimaknai sebagai kondisi yang tidak ada konflik. [Benar/Salah]
2. Tujuan ke-5 SDGs tentang kesetaraan gender juga berkaitan dengan kesehatan mental. [Benar/Salah]
3. Pada tahap revolusi kesehatan mental pertama, terjadi perubahan dalam pemikiran mengenai penyebab gangguan mental serta cara penanganan dan upaya penyembuhannya. [Benar/Salah]
4. Tahap multifaktorial merupakan revolusi ke-3 kesehatan mental dan mulai berkembang setelah Perang Dunia II.
5. Ketidakadilan secara ekonomi (*economic inequality*), kemiskinan (*poverty*), dan pengucilan oleh tetangga (*neighborhood deprivation*) merupakan faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan mental. (Benar/Salah)
6. Faktor sistem yang menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan mental antara lain: stigma masyarakat, jaminan pembiayaan, tidak memiliki asuransi kesehatan, fragmentasi pelayanan kesehatan, paritas kesehatan mental yang lemah, dan ketimpangan pembiayaan bagi sistem kesehatan mental. [Benar/Salah]
7. Pencegahan kesehatan mental dilakukan dengan enam jenis intervensi yaitu: (a) promosi kesehatan mental; (b) pencegahan rimer secara universal/menyeluruh; (c) pencegahan primer pada individu tertentu (secara terseleksi); (d) pencegahan primer bagi yang terindikasi ; (e) pencegahan sekunder; dan (f) pencegahan tersier. [Benar/Salah]
8. Salah satu alasan kenapa pelayanan kesehatan mental sebaiknya berintegrasi dengan pelayanan kesehatan primer karena beban penyakit mental cukup tinggi. [Benar/Salah]
9. Intervensi untuk menghentikan merokok dan memperbaiki pola pikir pasien skizoprenia merupakan contoh intervensi pencegahan tersier gangguan mental [Benar/Salah]
10. Salah satu pelayanan kesehatan mental di rumah sakit adalah unit layanan khusus bagi individu yang mengalami gangguan mental khusus dan bagi program rehabilitasi

## KEPUSTAKAAN

- Arango, C., Diaz-Caneja, C., McGorry, P., Rapoport, J., Sommer, I., Vorstmann, J., . . . Carpenter, W. (2018, May 14). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* [Online]. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Compton, M. T. (2015). Food Insecurity. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 145-169). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Dewi, K. S. (2012). *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Gask, L., Lester, H., Kendrick, T., & Pavelev, R. (2009). What is Primary Care Mental Health? In L. Gask, H. Lester, T. Kendrick, & R. Pavelev (Eds.), *Primary Care Mental Health* (pp. 3-15). London City, London, United Kingdom: The Royal College of Psychiatrists.
- Herrman, H., Moodie, R., Saxena, S., Izutsu, T., & Tsutsumi, A. (2017). Mental Health Promotion. *International Encyclopedia of Public Health*, 5, 2, 93-105. Elsevier. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00286-1>
- Jenkins, R. (2017). Mental Health Policy. *International Encyclopedia of Public Health*, 5, 2, 81-92. Elsevier. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00285-X>
- Kopasker, D., Montagna, C., & Bender, K. (2018). Economic insecurity: A socioeconomic determinant of mental health. *SSM - Population Health*, 184-194.
- Koplan, C., & Chard, A. (2015). Adverse Early Life Experience. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 47-75). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Langheim, F., Shim, R., & Druss, B. (2015). Poor Access to Health Care. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 213-233). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Manseau, M. W. (2015). Economic inequality, Poverty, and Neighborhood Deprivation. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 121-144). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- McGregor, B. S., & Holden, K. (2015). Unemployment, Underemployment, and Job Insecurity. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 99-119). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Powers, R. A. (2015). Poor Education. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 77-98). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Rafferty, J. A., Abelson, J., Bryant, K., & Jackson, J. (2015). Discrimination. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 23-45). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Shim, R., Compton, M., Manseau, M., Koplan, C., Langheim, F., & Powers, R. (2015). Overview of Social Determinants of Mental Health. In M. Compton, & R. Shim (Eds.), *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 1-21). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Suglia, S. F., Cahmbers, E., & Sandel, M. (2015). Poor Housing Quality and Housing Instability. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 171-192). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Todman, L. C., & Holiday, C. (2015). Adverse Features of The Built Environment. In *The Social Determinants of Mental Health* (pp. 193-212). Arlington: American Psychiatric Publishing.

World Health Organization. (2003). *Organization of Services for Mental Health*. Jenewa: World Health Organization.