

# SUKSMA

## Mendasar dan Menggugah

<b>Editorial : Seperti Membeli Tomat di Supermarket .....</b>	<b>67 - 71</b>
<b>Pusat Kesehatan Mental Komunitas .....</b> <b>Aquilina Tanti Arini</b>	<b>73 - 82</b>
<b>Sehat, Medis, Manusia .....</b> <b>Siswa Widyatmoko</b>	<b>83 - 91</b>
<b>Mental yang Sehat dalam Budaya Jawa .....</b> <b>Y. Heri Widodo</b>	<b>92 - 99</b>
<b>Konflik Peran Seorang Jero karena Perkawinan .....</b> <b>Ida Ayu Alit Maharatni dan Christina Siwi Handayani</b>	<b>100 - 105</b>
<b>Computerized Adaptive Testing .....</b> <b>Y. Agung Santoso</b>	<b>106 - 113</b>
<b>Biodata Penulis .....</b>	<b>114</b>

# SUKSMA

## Mendasar dan Menggugah

Vol. 2 No. 2 Mei 2004

**SUKSMA** adalah jurnal ilmiah di bidang Psikologi. **SUKSMA** bertujuan memfasilitasi pengembangan Psikologi baik sebagai ilmu (science) maupun praktek (practice) melalui penerbitan hasil-hasil pemikiran dan/atau penelitian di bidang Psikologi dalam kedua cakupan tersebut. **SUKSMA** diterbitkan dua kali dalam setahun, Mei dan November, oleh Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma Yogyakarta. **SUKSMA** Vol. 2 No. 2, Mei 2004 adalah terbitan kedua.

Redaksi **SUKSMA** menerima sumbangan tulisan dalam bahasa Indonesia maupun bahasa Inggris. Menyangkut format dan tata tulis, naskah ditulis menurut ketentuan American Psychological Association (APA) sebagaimana dipaparkan dalam Publication Manual (1996, fourth edition), dengan ketentuan lain sebagaimana tercantum pada Pedoman untuk Penulisan di halaman belakang-dalam setiap volume **SUKSMA**.

### SUSUNAN REDAKSI

**Pelindung:** Dekan Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma Yogyakarta

#### Dewan Editor

Ketua : Christina S. Handayani, S.Psi., M.Si ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)  
 Anggota : Prof. Johana Endang Prawitasari, Ph.D ..... (Universitas Gadjah Mada Yogyakarta)  
 Prof. Dr. Ype H. Poortinga ..... (Tilburg University, Tilburg)  
 A. Priyono Marwan, Ph.D ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)  
 V. Didik Suryo Hartoko, S.Psi ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)  
 Y.B. Cahya Widiyanto, S.Psi ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)  
 Y. Agung Santoso, S.Psi ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)

#### Penyunting Pelaksana :

A. Supratiknya, Ph.D ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)  
 Dra. Tjipto Susana, M.Si ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)  
 C. Siswa Widyatmoko, S.Psi ..... (Universitas Sanata Dharma Yogyakarta)

### ALAMAT REDAKSI

Fakultas Psikologi, Universitas Sanata Dharma  
 Kampus III Paingan, Maguwoharjo, Depok, Sleman  
 Yogyakarta 55281  
 Tromol Pos 29, Yogyakarta 55002  
 Telp. (0274) 883 037 pes. 2296  
 Faks. (0274) 886 529  
 E-mail: jurnal\_suksma@yahoo.com

# **SUKSMA**

**Mendasar dan Menggugah**

**Vol. 2 No. 2, Mei 2004**

---

## **DAFTAR ISI**

<b>Editorial : Seperti Membeli Tomat di Supermarket .....</b>	<b>67 – 71</b>
<b>Pusat Kesehatan Mental Komunitas .....</b> <b>Aquilina Tanti Arini</b>	<b>73 - 82</b>
<b>Sehat, Medis, Manusia .....</b> <b>Siswa Widyatmoko</b>	<b>83 – 91</b>
<b>Mental yang Sehat dalam Budaya Jawa .....</b> <b>Y. Heri Widodo</b>	<b>92 – 99</b>
<b>Konflik Peran Seorang Jero Karena Perkawinan .....</b> <b>Ida Ayu Alit Maharatni dan Christina Siwi Handayani</b>	<b>100 – 105</b>
<b><i>Computerized Adaptive Testing</i> .....</b> <b>Y Agung Santoso</b>	<b>106 – 113</b>
<b>Biodata Penulis .....</b>	<b>114</b>

## **PUSAT KESEHATAN MENTAL KOMUNITAS**

**Aquilina Tanti Arini**  
**Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta**

---

### **Abstract**

Increase in violence as well as suicide conducted by child to adult reflects bad mental condition of Indonesian people, especially after monetary crises at 1998. Mental health care systems that have been exist in Indonesia stresses more on curative and rehabilitative for mental disorder patients. Also *puskesmas* as the primary health care is perceived makes less intensively efforts on prevention and mental health promotion.

This paper examines alternative mental health care system based on community Psychology, so that system is called Community Mental Health Center. Community Psychologist emphasizing the social determinants of behavior wanted to build social and institutional level interventions that could be used in a preventive sense. They focus on prevention and health promotion, with action research as their method.

The advantages of this approach are (1) compare with individual level, focusing on social structure will solves problem for long term (2) By action research in community context, programs that be constructed will be answerer to the needs of community, than programs with top-down paths.

---

**Key words :** Prevention, mental health promotion, community psychology, action research, social structure, community mental health centre, health service centre

### **1. Pendahuluan**

Kesehatan adalah hal yang begitu diperhatikan oleh kebanyakan orang. Saat kita menanyakan kabar seseorang misalnya, biasanya pertanyaan yang pertama muncul adalah apakah orang yang kita tanyai sehat-sehat saja. Belakangan ini produk-produk untuk kesehatan juga semakin marak ditawarkan oleh para produsen baik berupa makanan atau minuman ataupun dalam bentuk pil dan kapsul. Hal ini menunjukkan kesehatan memiliki arti penting dalam kehidupan masyarakat kita. Meskipun demikian, kesehatan tampaknya diartikan secara sempit, yakni sekedar tidak adanya penyakit fisik. Padahal, kesehatan sebenarnya memiliki arti yang lebih luas, seperti yang didefinisikan oleh WHO dan Prawitasari.

Konsep sehat menurut WHO (dalam Notosoedirdjo dan Latipun, 2002) adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial,

tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat. Sejalan dengan konsep dari WHO, Prawitasari (2003) dalam naskah pidato pengukuhan jabatan guru besar fakultas Psikologi UGM mengemukakan kriteria sehat secara sosial psikologis. Menurut Prawitasari, masyarakat disebut sehat bila mereka mampu belajar, bekerja, bermain, dan bercinta. Secara ringkas sehat dalam pengertian tersebut adalah jika masyarakat mendapatkan kesempatan belajar baik secara formal atau non formal, berkesempatan untuk bekerja baik di sektor formal maupun informal, memiliki waktu dan tempat untuk bermain, dan mewujudkan cinta kasihnya untuk menumbuhkan perdamaian di antara manusia.

Situasi masyarakat sekarang jika mengacu definisi sehat tersebut di atas sangat jauh dari kondisi sehat. Biaya sekolah sangat tinggi dari TK sampai Perguruan tinggi sehingga

banyak anak yang tidak berkesempatan melanjutkan sekolah, bahkan dari berita-berita di media massa belakangan ini beberapa kali terdengar kabar anak yang bunuh diri karena tidak mampu membayar uang sekolah. Belum lagi jumlah pengangguran yang meningkat tajam terutama sejak krisis moneter 1997 yang dapat memicu berbagai problem sosial di masyarakat, juga masalah penyalahgunaan obat-obat terlarang yang menggerogoti kesehatan fisik dan mental anak-anak muda.

Pengertian kesehatan sekedar sebagai kondisi fisik bebas penyakit dapat membuat individu kurang menyadari sesuatu yang kurang beres dalam dirinya sehingga langkah antisipatif menjadi kurang dilakukan. Lain halnya bila individu mengalami sakit fisik, biasanya upaya pemulihan segera dilakukan misalnya dengan berobat ke dokter atau mengkonsumsi obat-obat tradisional lain.

Pengertian kesehatan sekedar sebagai kondisi fisik bebas penyakit dapat juga mencerminkan konsep kesehatan yang dipakai oleh institusi kesehatan dalam masyarakat. Saat institusi kesehatan pemerintah eksis di masyarakat, maka besar kemungkinan konsep yang diacu institusi tersebut akan diadopsi pula oleh masyarakat. Selama ini, menurut pengamatan saya program kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah didominasi oleh dunia medis yang lebih menekankan pada kesehatan fisik. Program-program kesehatan dari pemerintah yang kemudian disosialisasikan ke masyarakat setidaknya memberikan pengertian pada masyarakat tentang ruang lingkup perkara kesehatan.

Ada fenomena yang menarik yang saya temui berkaitan dengan hal tersebut di atas. Dari sebuah perbincangan informal dengan seorang kader puskesmas<sup>1</sup> di wilayah Puskesmas Gondokusuman Jogjakarta tampak jelas persepsinya tentang ruang lingkup perkara kesehatan. Menurut beliau, dalam menjalankan tugasnya sebagai kader, jika ditemukan ada

masalah kesehatan fisik pada masyarakat binaannya maka tugasnya adalah merujuk penderita tersebut untuk berobat ke puskesmas.

Lain halnya ketika kader tersebut menemukan adanya masalah kesehatan mental pada warganya, misalnya ketika ada kasus seorang ibu yang nangis-nangis memohon petugas puskesmas untuk periksa kehamilan karena kakinya gatal-gatal, warga tersebut menduga gatal-gatalnya ini dikarenakan dia hamil padahal dia tidak ingin mempunyai anak lagi. Para kader dan bahkan juga beberapa petugas puskesmas menduga warga tersebut stres berat sehingga perilakunya tidak wajar. Akan tetapi, dugaan ini hanya menjadi perbincangan informal di kalangan mereka, tidak ada tindak lanjut dari puskesmas sendiri untuk membantu si ibu.

Tampak di sini bahwa perhatian terhadap masalah kesehatan mental sepertinya bukanlah tugas mereka. Lebih lanjut kader yang saya wawancarai mengatakan bahwa selama ini yang diperhatikan puskesmas hanya masalah kesehatan fisik, masalah-masalah lain seperti stress dan penanggulangannya tidak pernah menjadi pembahasan resmi di rapat-rapat temu kader di puskesmas.

Pengertian sehat yang lebih luas seperti yang dinyatakan oleh WHO dan Prawitasari tersebut di atas setidaknya memberikan acuan perlunya sistem yang dapat menangani kesehatan masyarakat secara komprehensif, bukan hanya fisik saja. Meskipun hal ini berarti melibatkan banyak departemen dalam pemerintahan untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, departemen kesehatan sendiri yang secara langsung berhubungan dengan masalah kesehatan masyarakat tentunya juga memperhatikan aspek biopsikososial kesehatan, bukan aspek biologis semata.

Faktor psikologis dan sosial jika kurang diperhatikan oleh departemen kesehatan maka dapat mengakibatkan ketidakefektifan dan inefisiensi. Contoh dari ketidakefektifan misalnya penderita yang menderita suatu penyakit yang

dipicu oleh stress psikososial, pengobatan sekedar pada simptom-simptom yang dikeluhkan pasien tidak dapat menjadikannya benar-benar sembuh. Hal ini berarti juga tidak efisien karena biaya obat-obatan mungkin terlalu besar padahal tidak efektif.

Tulisan ini hendak memfokuskan pada pelayanan kesehatan mental masyarakat. Pengertian kesehatan mental yang diacu bukan hanya sekedar terbebas dari gangguan mental, tetapi individu yang mampu melakukan penyesuaian (*adjustment*) aktif (Notosudirdjo & Latipun, 2001). Individu yang mampu menyesuaikan diri adalah individu yang memiliki persepsi yang akurat terhadap realitas, mampu menghadapi stress dan kecemasan, memiliki citra diri yang positif, mampu mengekspresikan perasaan secara tepat, mampu melakukan hubungan interpersonal secara memuaskan (Haber & Runyon, 1984).

Perhatian terhadap kesehatan mental masyarakat merupakan hal yang penting dan mendesak. Krisis multidimensional yang dipicu oleh krisis ekonomi sejak tahun 1997 menimbulkan pergolakan sosial dan politik sampai sekarang. Semakin sempitnya lapangan kerja, banyaknya pemutusan hubungan kerja, membungahnya harga kebutuhan pokok, tingginya biaya sekolah membuat tingkat stress masyarakat melebihi batas yang dapat ditoleransi. Tidak mengherankan jika kasus-kasus yang mencerminkan buruknya kesehatan mental masyarakat seperti kekerasan dalam keluarga, bunuh diri, atau amuk massa semakin meningkat saja akhir-akhir ini.

Selama ini, upaya kesehatan mental masyarakat lebih banyak pada tindakan kuratif dan pada kasus-kasus gangguan yang berat. Problem-problem kesehatan mental yang sudah mengganggu fungsi-fungsi harian tetapi belum sampai pada taraf gangguan jiwa (*mental disorder*) kurang mendapatkan perhatian. Oleh karena itu dalam tulisan ini saya hendak mengkaji sebuah pendekatan yang dapat menjadi landasan

sebuah sistem pelayanan kesehatan mental masyarakat sehingga kegiatan prevensi dan promosi kesehatan mental dapat dilakukan secara lebih intensif.

## **2. Isu kesehatan mental dalam institusi kesehatan di Indonesia**

Institusi kesehatan yang menjadi pusat pelayanan kesehatan mental di Indonesia adalah rumah sakit jiwa. Rumah sakit jiwa merupakan pusat pelayanan kesehatan mental dari prevensi sampai dengan kurasi dan rehabilitasi. Meskipun demikian sejauh pengamatan saya -terutama setelah saya mewawancarai seorang petugas bagian kesehatan jiwa masyarakat di rumah sakit jiwa Pakem- aspek kuratif dan rehabilitatif tampak sangat menonjol. Kegiatan prevensi sendiri dilakukan oleh bagian kesehatan jiwa masyarakat dalam rumah sakit jiwa. Kegiatan yang dilakukan oleh bagian ini sebagian besar adalah penyuluhan-penyuluhan di tingkat kelurahan. Minimnya jumlah personil di bagian ini menyebabkan petugas lebih menitikberatkan pada pelayanan pasien di bangsal.

Kemenonjolan aspek kurasi dan rehabilitasi penderita gangguan jiwa menimbulkan kesan bahwa rumah sakit jiwa adalah tempat untuk orang yang sudah terganggu mentalnya, sehingga orang yang sebenarnya bermasalah tetapi belum sampai taraf gangguan berat menjadi enggan untuk mencari pertolongan. Upaya prevensi dan promosi kesehatan masyarakat termasuk kesehatan mental kemungkinan lebih tepat jika ditangani oleh sistem pelayanan kesehatan primer.

Sistem pelayanan kesehatan primer yang selama ini telah ada adalah Puskesmas. Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat adalah suatu unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu, dan

berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah tertentu. (Azwar, 1996).

Definisi puskesmas tersebut menunjukkan bahwa sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama Puskesmas berperan besar dalam kegiatan prevensi dan promosi kesehatan selain pelayanan rawat jalan bagi yang sudah menderita sakit. Bila kemudian kegiatan yang berjalan lebih banyak pada pengobatan saja, maka puskesmas akan terkesan sebagai sekedar tempat berobat murah dibandingkan rumah sakit umum atau klinik privat. Akibatnya puskesmas tidak dapat menjalankan fungsinya secara penuh.

Urusan kesehatan mental sebenarnya ada dalam daftar kegiatan puskesmas, yakni usaha kesehatan jiwa (Azwar, 1996). Tetapi tampaknya kegiatan prevensi masalah kesehatan jiwa kurang begitu dihayati oleh para kader bahkan petugas puskesmas, seperti yang tampak dalam fenomena yang saya jumpai di kecamatan Gondokusuman Jogjakarta di atas. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh dominasi pendekatan yang digunakan dalam memahami kesehatan manusia yang digunakan oleh institusi kesehatan kita, yakni pendekatan biomedis.

Pendekatan biomedis menyatakan bahwa semua penyakit atau gangguan fisik dapat dijelaskan oleh gangguan dalam proses fisiologis, yang menyebabkan luka, ketidakseimbangan biokimia, infeksi bakteri atau virus dan sebagainya. Dalam pendekatan ini, faktor psikologis dan sosial tidak diperhatikan, contohnya faktor gaya hidup, kepribadian, dan interaksi sosial (Sarafino, 1994).

### **3. Intensivitas kegiatan prevensi dan promosi kesehatan mental**

Fenomena yang saya temui di puskesmas kecamatan Gondokusuman dan di rumah sakit jiwa Pakem kemungkinan memang tidak mewakili kondisi puskesmas dan rumah sakit jiwa di Indonesia. Akan tetapi, berbagai kondisi

masyarakat sekarang mengindikasikan perlunya upaya peningkatan kompetensi psikologis dalam menghadapi tekanan hidup dan juga prevensi gangguan mental secara lebih intensif.

Prevensi adalah konsep umum yang berasal dari bahasa latin yang artinya "untukantisipasi" atau "sebelum sesuatu datang" (Dalton, Ellias, dan Wandersman, 2001). Definisi prevensi yang banyak diterima adalah definisi yang dikemukakan oleh G. Caplan (dalam Heller, dkk. 1984) tentang konsep "prevensi primer". G. Caplan membedakan 3 jenis prevensi, yakni (1) prevensi primer berupa program untuk mengurangi insiden gangguan mental semua tipe dalam komunitas, (2) prevensi sekunder untuk mengurangi durasi gangguan yang tengah terjadi, (3) prevensi tersier untuk mengurangi kerusakan yang diakibatkan oleh gangguan.

Beberapa penulis lain menyatakan bahwa prevensi tersier dan beberapa tipe prevensi sekunder seharusnya tidak diberi label "prevensi" (Heller, 1984). Jadi kegiatan yang dilakukan rumah sakit jiwa yang berupa kurasi dan rehabilitasi dapat saja tidak kita masukkan dalam konsep prevensi. Hal ini berarti kegiatan prevensi lebih diintensifkan pada masyarakat yang belum mengalami gangguan mental yang berat.

Selain prevensi, ada aspek lain yang juga perlu mendapat perhatian, yakni upaya mengembangkan kompetensi, ketrampilan dan kemampuan. Keseluruhan kesehatan dan kualitas hidup menjadi tujuan, bukan sekedar mencegah gangguan psikiatrik atau perilaku bermasalah.

Promosi *wellness* dan kompetensi sosial diperlukan berdasar pada kenyataan bahwa banyak orang tidak dalam kondisi kesejahteraan psikologis tetapi juga tidak mengalami gangguan tertentu. Dalam iklim globalisasi seperti sekarang ini adalah sangat penting membantu masyarakat untuk tidak sekedar "tidak sakit". Penelitian perlu dilakukan untuk identifikasi dan memahami faktor-faktor yang mempromosikan kesehatan, *wellness*, dan kompetensi dalam kehidupan

sehari-hari (Dalton, Ellias, dan Wandersman, 2001).

Upaya prevensi dan promosi kesehatan mesti disesuaikan dengan kebutuhan atau karakteristik daerah agar mengenai sasaran. Setiap daerah tentunya memiliki keunikan sehingga jenis program maupun pendekatan yang dilakukan untuk setiap daerah tidak bisa sama. Oleh karena itu, program-program yang dibuat tidak dapat diturunkan dari pusat ke daerah (*top down*) begitu saja karena belum tentu sesuai. Dari uraian di atas, maka pendekatan yang sesuai adalah psikologi komunitas.

#### 4. Psikologi Komunitas

Heller dkk (1984) menyatakan bahwa psikolog komunitas tertarik pada kesehatan dan kesejahteraan (*well being*) semua anggota komunitas. Mereka memberikan perhatian pada kondisi lingkungan dan dampaknya pada masalah-masalah tingkah laku. Psikolog komunitas juga tidak hanya menaruh perhatian pada bahaya-bahaya tetapi juga memperkuat praktek-praktek untuk membantu perkembangan kompetensi psikologis. Selanjutnya dikatakan bahwa perhatian terhadap kesehatan dan kesejahteraan komunitas diwujudkan melalui penelitian dan aksi yang berorientasi pada perubahan sosial yang signifikan (Heller dkk. 1984).

Perhatian psikolog komunitas pada perubahan sosial yang konstruktif ditegaskan oleh Dalton, Ellias, dan Wandersman (2001) bahwa psikologi komunitas peduli terhadap perkembangan pengetahuan psikologi yang valid, sekaligus juga membuat pengetahuan ini berguna dalam kehidupan komunitas. Dalam perspektif psikologi komunitas, pengetahuan dikonstruksi melalui aksi. Peran psikolog komunitas sering dijabarkan sebagai konseptor-partisipan, secara aktif terlibat dalam proses komunitas sambil berusaha memahami dan menjelaskannya.

Berikut ini peran peneliti komunitas yang dirangkum oleh Price dan Cherniss (dalam Heller dkk. 1984):

1. Isu penelitian atau problem distimulasi oleh kebutuhan komunitas. Perumusan masalah penelitian didasarkan atas kebutuhan yang nyata dalam seting komunitas, baik yang dilihat oleh anggota komunitas, peneliti, atau kedua-duanya.
2. Penelitian adalah alat aksi sosial. Jadi di sini penelitian merupakan alat praktis untuk melakukan asesmen kebutuhan komunitas, dan memilih tindakan-tindakan atau aksi yang sesuai.
3. Penelitian memberikan hasil yang berguna. Hasil penelitian bukan hanya semata untuk artikel jurnal tetapi dapat bervariasi tergantung pada latar belakang masalah, tujuan, dan manfaat penelitian. Misalnya hasil penelitian dapat berupa manual pelatihan, sistem administrasi atau evaluasi yang baru, perkembangan peran baru untuk profesional, dll.
4. Evaluasi aksi sosial adalah keharusan etis. Adalah keharusan etis bagi seorang peneliti komunitas yang terlibat dalam usaha perubahan sosial untuk menggunakan ketrampilan mereka dalam mengevaluasi pengaruh perubahan pada individu maupun kelompok. Jika peneliti komunitas gagal untuk memberikan dasar yang memadai untuk mengukur dampak sebuah intervensi, kesejahteraan masyarakat dalam komunitas dapat terpengaruh secara signifikan.

Jadi kegiatan prevensi gangguan dan promosi kesehatan mental dengan menggunakan pendekatan psikologi komunitas lebih dapat dipertanggungjawabkan efektivitasnya. Jika dibandingkan dengan program-program yang bersifat *top down*, maka program yang dikonstruksi melalui penelitian aksi akan lebih menjawab kebutuhan masyarakat setempat. Bahkan, hasil pencatatan yang sistematis dari hasil penelitian aksi tersebut selain berguna untuk dasar praktek komunitas juga dapat memperkaya pengetahuan psikologi khas Indonesia.

Indonesia sebagai negara kepulauan tentunya memiliki aneka budaya. Banyak teori menyatakan pengaruh budaya pada penyakit khususnya penyakit mental. Salah satunya adalah yang dikemukakan oleh Kleinmann (dalam Cuellar dan Paniagua, 2000) yang kemudian disebut sebagai model penyakit dari Kleinmann. Dalam model tersebut, kebudayaan dipandang memiliki pengaruh yang kuat pada definisi penyakit, manifestasi penyakit, prevalensi penyakit, dan pada *treatment* penyakit, terutama *treatment* penyakit mental. Jadi dengan pendekatan psikologi komunitas kita dapat mengkaji kondisi-kondisi khusus dalam masyarakat yang dapat mencetuskan penyakit dan menyusun program *treatment* yang sesuai.

Telah disebutkan di muka bahwa psikologi komunitas menaruh perhatian pada perubahan sosial. Dalton, Ellias, dan Wandersman (2001) menyatakan bahwa perubahan yang menjadi fokus perhatian psikologi komunitas adalah perubahan tingkat dua (*second-order*). Perubahan tingkat dua merupakan perubahan pada sistem atau struktur sosial yang mengatasi individu, misalnya usaha mengubah hubungan peran antar individu dalam suatu *setting*. Sebagai contoh hubungan peran antara profesional kesehatan mental dan pasien, dari pada kaku dengan peran masing-masing, lebih baik dicari upaya agar orang yang terganggu dapat menolong satu sama lain, atau berasumsi bahwa orang yang terganggu memiliki otonomi yang lebih besar untuk mengelola hidupnya.

Berbeda dengan perubahan tingkat dua, perubahan tingkat pertama (*first order*) upaya untuk menyelesaikan masalah adalah dengan mengubah, mengatur kembali atau menggantikan individu dalam kelompok. Perubahan tingkat pertama meskipun dapat menyelesaikan beberapa problem tetapi dalam waktu lama dapat memunculkan problem yang sama dalam bentuk yang berbeda (Dalton, Ellias, dan Wandersman, 2001).

Selanjutnya dalam Dalton, Ellias, dan Wandersman (2001) dikatakan konsep yang menjabarkan struktur sosial dalam psikologi komunitas di sebut analisis tingkat ekologis. Tingkat ekologis terdiri dari beberapa lapis yakni individual, mikrosistem, organisasi, daerah/komunitas, makrosistem. Lapisan yang paling kecil berada di dalam lapisan yang lebih luas berturutan dari individual sampai makrosistem. Sifat hubungan antar lapis adalah interdependen. Secara ringkas analisis tingkat ekologis dapat dilihat dalam tabel 1 berikut :

Tabel 1  
Analisis tingkat ekologis dalam Psikologi  
Komunitas

Tingkat	Contoh topik penelitian
Individual	Akibat individual karena adanya problem komunitas, spt: depresi, kecemasan, <i>drug abuse</i> , kesepian. Program komunitas untuk memperkuat kompetensi individual atau ketampilan coping, seperti: problem solving, empati, asertivitas.
Microsistem	Keluarga, jaringan dukungan sosial, <i>mutual help groups</i> , <i>caregiving relationship</i> , ruang kelas, hubungan teman sebaya
Organisasi	Sekolah, setting pelayanan kesehatan, tempat kerja, organisasi religius, organisasi pelayanan manusia, organisasi kota, ikatan tetangga, <i>cooperative housing</i>
Komunitas	Koalisi komunitas untuk pencegahan penyalahgunaan obat, promosi kesehatan dan perubahan komunitas, <i>psycological sense of community</i>
Makrosistem	Studi kekuatan budaya, populasi tertindas, faktor-faktor dan perubahan makrosistem

Penelitian Psikologi komunitas sering melibatkan lebih dari satu tingkat analisis. Contohnya penelitian Schwarzer, Hahn, dan Schroeder (dalam Dalton, Ellias, dan Wandersman, 2001) tentang jaringan dukungan

sosial (mikrosistem) antara warga dan migran dari Jerman Timur setelah adanya perubahan makrosistem yakni terbukanya batas antara Jerman Barat dan Jerman Timur.

Kesimpulannya, dalam Psikologi komunitas ada beberapa hal penting yang mendapat penekanan yakni memusatkan pada prevensi dan promosi kesehatan, perhatian pada struktur sosial yang mengatasi individu, dan metodenya menggunakan penelitian aksi. Jadi misalnya di suatu daerah ditemukan banyak orang yang depresi bahkan sampai berniat bunuh diri, perubahan tingkat pertama dengan membawa penderita ke rumah sakit jiwa dan atau dengan terapi obat saja tidak akan dapat menyelesaikan persoalan daerah tersebut dalam jangka panjang. Perlu dilakukan penelitian aksi untuk mengetahui struktur sosial yang mempengaruhi kemungkinan tercetusnya gangguan depresi di daerah tersebut dan membuat program untuk mencegah meningkatnya jumlah orang yang berniat bunuh diri karena depresi. Dalam hal ini penelitian dapat dilakukan dengan melibatkan beberapa tingkat analisis, misalnya keluarga (mikrosistem) dan perubahan sosial sebagai dampak dari krisis ekonomi (makrosistem)

### **5. Aplikasi Psikologi Komunitas dalam sistem pelayanan kesehatan primer**

Psikologi komunitas menekankan pada tindakan prevensi dan promosi kesehatan, juga dalam aktivitasnya menuntut keterlibatan aktif semua anggota komunitas. Oleh karena itu, psikologi komunitas lebih cocok jika diterapkan dalam sistem pelayanan kesehatan primer seperti Puskesmas. Ketersediaan Puskesmas di seluruh Indonesia<sup>2</sup> dapat dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan mental yang lebih mengintensifkan prevensi dan promosi kesehatan mental secara relatif merata di seluruh Indonesia. Akan tetapi tentu tidak mudah karena hal ini dapat berarti menuntut perubahan besar-besaran dalam puskesmas.

Secara praktis, penerapan psikologi komunitas dalam puskesmas setidaknya membutuhkan tenaga profesional untuk dapat melaksanakan penelitian aksi dalam komunitas. Implikasinya, dana yang besar diperlukan untuk menempatkan tenaga profesional dan memberikan pelatihan pada petugas urusan kesehatan jiwa yang telah ada. Selain itu, dengan semakin intensifnya kegiatan dalam urusan kesehatan jiwa dengan sendirinya akan memengaruhi pengorganisasian seluruh kegiatan puskesmas yang tampaknya selama ini lebih menekankan pada kegiatan medis.

Idealnya usaha kesehatan mental/jiwa diterapkan bersama dengan usaha kesehatan fisik dalam puskesmas sehingga dikotomi fisik dan mental tidak terjadi karena secara konseptual dan praktis keduanya berhubungan. Sebenarnya Puskesmaspun secara konseptual juga memandang kesehatan secara komprehensif seperti dalam definisinya, tetapi dalam prakteknya pendekatan yang digunakan lebih biomedis implikasinya fokus kegiatan lebih pada aspek fisik. Berikut ini secara singkat akan saya uraikan pelayanan kesehatan primer yang ada di Inggris yakni model Marylebone, sebagai bahan perbandingan.

Model Marylebone merupakan layanan kesehatan berdasar pada pendekatan holistik. Pendekatan holistik dalam pusat kesehatan Marylebone artinya memandang pasien atau klien secara keseluruhan atau *Whole* dan juga memandang pasien sebagai bagian dari keseluruhan atau *Whole*, yakni: keluarga, komunitas, masyarakat dll. Pendekatan Holistik memperhatikan eksistensi konteks, sehingga aplikasi pendekatan ini dalam pelayanan kesehatan masyarakat adalah melayani klien dalam konteks. (Pietroni, 1996).

Pendekatan holistik yang digunakan dalam model Marylebone dengan demikian tidak memisahkan persoalan fisik dan jiwa, dan juga tidak memisahkan individu dengan lingkungannya. Dalam aktivitasnya, selain pelayanan klinis, model

Marylebone juga tidak semata menggunakan ilmu kedokteran modern dalam praktek medisnya, tetapi metode-metode penyembuhan alternatif yang telah teruji efektivitasnya juga digunakan. Oleh karena itu, program penelitian menjadi aktivitas pokok model ini selain program klinis. (Pietroni & Pietroni, 1996).

Pada praktik layanan kesehatan tradisional setidaknya ada hubungan peran yang cenderung kaku antara pasien yang menderita sakit dan profesional yang mengobati. Hal ini secara implisit menyatakan bahwa pasien tidak memiliki otoritas dalam mengelola kesehatannya sendiri. Model Marylebone melakukan pemberdayaan pasien dengan mengubah hubungan peran tersebut.

Pietroni dan Chase (dalam Pietroni & Pietroni, 1996) menyatakan pusat kesehatan Marylebone menekankan pada pemberdayaan pasien dan meningkatkan kemampuan pasien untuk dapat mengontrol kesehatan dan kesejahteraannya sendiri. Terapi komplementer diberikan selain praktik umum dan konseling di dalam ruangan. Bila perlu, pasien dapat juga dirujuk ke pelayanan konseling Kristen yang disediakan oleh gereja. Pasien disemangati untuk berpartisipasi dalam aktivitas pendidikan dan komunitas dan juga untuk memberikan gagasan dan umpan balik terhadap manajemen dan pelayanan pusat kesehatan.

Secara konseptual puskesmas dan model Marylebone sebenarnya tidak jauh berbeda. Dari definisi puskesmas dan azas pokok pengelolaan puskesmas<sup>3</sup>, kegiatan puskesmas adalah kegiatan menyeluruh dan terpadu dalam suatu wilayah, dengan melibatkan peran aktif warga masyarakat di wilayah itu. Hal pokok yang membedakan adalah model Marylebone dengan pendekatan holistiknya menekankan pada klien dan konteksnya, sedangkan kegiatan dalam puskesmas bersifat *top down*. Partisipasi warga sebenarnya adalah tenaga sukarela yang membantu program kerja puskesmas. Penelitian Sciortino di Puskesmas Magelang menguatkan hal

ini, bahwa keterlibatan warga lebih karena kepatuhan bukan partisipasi (Sciortino, 1999).

Melihat kondisi masyarakat sekarang maka pelayanan kesehatan mental masyarakat yang berfokus pada prevensi dan promosi kesehatan tampaknya sangat perlu dan mendesak. Oleh karena itu pusat pelayanan kesehatan mental masyarakat yang berbasis psikologi komunitas dapat digunakan sebagai sebuah bentuk alternatif pelayanan kesehatan mental yang selama ini telah ada.

## 6. Pusat Kesehatan Mental Komunitas

Psikologi komunitas yang telah diuraikan di atas sangat tepat untuk dasar pembentukan pusat kesehatan mental masyarakat yang berfokus pada prevensi dan promosi kesehatan. Psikologi komunitas merupakan sinonim dari kesehatan mental komunitas. Menurut Heller dkk (1984), di Amerika, sistem kesehatan mental komunitas merupakan nama yang pertama kali dipakai dalam rangka pelayanan kesehatan mental masyarakat. Pusat kesehatan mental masyarakat beroperasi tahun 1963, didirikan sebagai alternatif dari rumah sakit dan praktek privat bagi orang yang bermasalah dan membutuhkan. Akan tetapi, karena penekanannya lebih ke klinis yang bersifat individualistik dan rehabilitatif, maka ketika minat para psikolog beralih ke upaya preventif dengan intervensi level institusional dan sosial, maka banyak yang lebih memilih istilah psikologi komunitas.

Jadi pemberian istilah sebuah pusat layanan mesti diperhatikan secara hati-hati agar apa yang ingin disampaikan atau ditawarkan oleh pusat layanan tersebut dapat diterima oleh masyarakat dengan baik. Di Indonesia sendiri istilah pelayanan kesehatan mental belum banyak dikenal di masyarakat. Masyarakat lebih akrab dengan istilah kesehatan jiwa. Hal ini dikarenakan institusi untuk menangani masalah mental disebut rumah sakit jiwa dan juga dalam struktur organisasi di puskesmas divisi yang menangani masalah ini disebut divisi kesehatan jiwa. Pada

pusat pelayanan kesehatan jiwa yang akan memusatkan perhatian pada usaha preventif dan promotif maka istilah pusat kesehatan mental komunitas mungkin lebih tepat.

Sebuah pusat layanan masyarakat mesti dapat mempertanggungjawabkan seluruh kegiatan terutama pada masyarakat, apa lagi jika pusat tersebut disubsidi oleh pemerintah, yang artinya dananya berasal dari rakyat. Laporan mengenai efektivitas kegiatan merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban yang mendasar. Pada pusat kesehatan mental masyarakat hal ini tidaklah mudah.

Kesulitan yang kemungkinan dialami jika pusat kesehatan mental komunitas berdiri terpisah dengan puskesmas yang umum adalah mengenai landasan etiologis prevensi dan tolok ukur keberhasilan. Untuk menentukan tolok ukur keberhasilan program prevensi perlu dipastikan suatu gangguan tertentu tidak muncul karena program prevensi tertentu. Kesulitannya adalah faktor-faktor yang mempengaruhi suatu gangguan mental ada banyak dan saling mempengaruhi, bukan tunggal. Untuk mengatasi hal ini Heller, dkk (1984) menyarankan untuk menentukan perilaku berisiko yang lebih spesifik dibanding tujuan jangka panjang prevensi. Jadi perlu ditetapkan tujuan prevensi jangka pendek, yakni menurunkan prosentase perilaku berisiko

Berkaitan dengan landasan etiologis prevensi, Heller, dkk (1984) menyatakan bahwa problem bidang kesehatan mental lebih kompleks karena hubungan antara faktor pencetus dan gangguan yang muncul tidak ditemukan. Meskipun demikian bukan berarti kesulitan ini tak dapat diatasi. Caplan (dalam Heller, dkk. 1984) menyatakan program prevensi tetap dapat dilakukan dan berguna, meskipun pengetahuan etiologi gangguan belum banyak, misalnya jika program itu kemudian memang dapat menurunkan insidensi gangguan. Jika ternyata program prevensi yang dilakukan tidak tepat maka program prevensi yang dilakukan dengan cara yang sistematis dapat dikaji keagalannya

untuk membuat program prevensi yang lebih tepat.

## 7. Penutup

Bentuk alternatif pusat kesehatan mental komunitas bila terealisasi tentunya merupakan kerja yang memakan konsentrasi, tenaga, dan dana yang tidak sedikit. Oleh karena itu, terealisasinya program ini sangat tergantung pada pemegang kebijakan kesehatan. Pemerintah tidak dapat menutup mata dengan masalah tekanan mental dalam masyarakat. Secara praktis, adanya pusat layanan ini setidaknya dapat membantu masyarakat dalam menghadapi tekanan mental seperti stress yang dapat mengganggu fungsi-fungsi hariannya. Hal ini perlu, karena keengganan atau ketidaktahuan masyarakat dalam mencari pertolongan secara lebih dini dapat meletuskan persoalan yang lebih besar.

Maksud dari tulisan ini selain menyajikan bentuk alternatif pusat pelayanan kesehatan jiwa primer, sekaligus juga menyajikan suatu wacana mengenai pusat kesehatan masyarakat yang lebih efektif. Fenomena mengenai ditemuinya masalah kesehatan mental seorang warga di Jogjakarta tetapi hanya berhenti pada perbincangan informal para kader dan pengurus puskesmas sebenarnya dapat mengindikasikan kepekaan masyarakat akan masalah kesehatan mental. Sayang sekali jika asset ini lama-kelamaan menjadi pupus hanya karena internalisasi konsep-konsep kesehatan yang dipersepsikan secara sempit, yang justru berasal dari institusi formal yang memiliki otoritas di bidang kesehatan.

Pusat kesehatan mental komunitas diharapkan lebih mampu menjawab kebutuhan menjadi sehat mental masyarakat Indonesia yang terdiri dari aneka budaya. Dengan demikian pelayanan yang dilakukan tidak dengan meniadakan unsur-unsur asli setiap wilayah tetapi memanfaatkannya untuk perkembangan kesejahteraan psikologis masyarakat.

\*\*\*\*

### Daftar Pustaka

- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Cuellar, I., Paniagua, F.A., 2000. *Handbook of Multicultural Mental Health. Assessment And Treatment of Diverse Populations*. San Diego: Academic Press.
- Dalton, J.H., Ellias, M.J., dan Wandersman, A. 2001. *Community Psychology*. Australia: Wadsworth Thomson Learning.
- Haber, A., & Runyon, R.P. 1984. *Psychology of adjustment*. Homewood: The Dorsey press.
- Heller, K., Price, R.H., Reinhartz, S., Riger, S., Wandersman, A., D'Aunno, T.A. 1984. *Psychology and Community Change*. Homewood: The Dorsey Press
- Notosoedirdjo, M., Latipun. 2002. *Kesehatan Mental. Konsep dan Penerapan*. Malang: Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang
- Pietroni, P dan Pietroni Ch. 1996. *Innovation in Community Care and Primary Health. The Marylebone Experiment*. New York: Churchill Livingstone
- Prawitasari, J.E. 2003. Psikologi Klinis: dari terapan mikro ke makro. *Makalah pidato pengukuhan Jabatan guru besar pada Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. Di Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada, Jogjakarta. Tidak diterbitkan.
- Sciortino, R. 1999. *Menuju Kesehatan Madani*. Jogjakarta: Pustaka Pelajar.

### Catatan Akhir

<sup>1</sup> Kader puskesmas sebenarnya merupakan bentuk partisipasi masyarakat dalam puskesmas. Dalam prakteknya kader adalah warga masyarakat yang menjadi tenaga sukarelawan yang bertugas membantu penyelenggaraan program kerja PUSKESMAS (Pusat Kesehatan Masyarakat) di daerahnya. Penelitian Sciortino pada Pos yandu menguatkan hal ini, bahwa kader hadir sebagai 'pembantu' tenaga puskesmas, bukan sebaliknya (Sciortino, 1999).

<sup>2</sup> Puskesmas sebagai pelaksana kesehatan masyarakat sehari-hari didirikan di semua kecamatan di Indonesia. Pada beberapa kecamatan yang jumlah penduduknya lebih dari 30.000 dan yang wilayah kerjanya terlalu luas didirikan puskesmas pembantu. Kecuali itu, untuk lebih mendekatkan pelayanan

kesehatan kepada masyarakat yang bertempat tinggal jauh dari puskesmas diselenggarakan puskesmas keliling (Azwar, 1996)

<sup>3</sup> Pengelolaan puskesmas meliputi 4 azas pokok, yakni (1) Azas pertanggungjawaban wilayah, artinya Puskesmas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya; (2) Azas peran serta masyarakat, artinya masyarakat dilibatkan dalam setiap program kerjanya misalnya pos pelayanan terpadu atau pos yandu; (3) Azas keterpaduan, artinya Puskesmas berupaya memadukan kegiatan dengan program kesehatan lain (lintas program) dan juga program dari sektor lain (lintas sektoral); (4) Azas rujukan, artinya jika tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan harus merujuknya ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Untuk pelayanan kedokteran jalur rujuaknya adalah rumah sakit, sedangkan untuk pelayanan kesehatan masyarakat jalur rujuaknya adalah pelbagai kantor kesehatan. (Azwar, 1996)