



## KESEHATAN MENTAL DAN DUKUNGAN PSIKOSOSIAL

Dr. Carla R. Marchira SpKJ

### Pendahuluan

Bencana yang terjadi silih berganti di berbagai wilayah di Indonesia, tidak juga menyadarkan kita pentingnya melakukan persiapan menghadapi bencana. Setelah bencana tsunami di Aceh, kita dikejutkan dengan adanya bencana gempa bumi yang melanda wilayah Jogjakarta dan Jawa Tengah. Intervensi kesehatan mental pada saat terjadinya bencana maupun sesudah terjadi bencana telah banyak dibicarakan dalam literatur medis maupun media. Telah diketahui permasalahan kesehatan mental yang terjadi setelah bencana (gangguan mood dan cemas, problem terkait trauma) semakin meningkat dengan adanya paparan pada trauma dan rasa kehilangan. Peningkatan masalah kesehatan mental juga terjadi akibat runtuhnya pelayanan kesehatan mental pada masa darurat bagi penderita yang sudah mengalami masalah kesehatan mental sebelumnya.

Di seluruh Indonesia jumlah profesional kesehatan mental tidak tersebar merata, sebagai gambaran, jumlah psikiater di Indonesia ada kurang lebih 500 orang, 75% dari jumlah tersebut bekerja dan tinggal di Pulau Jawa, dan sebagian besar (80%) berdiam di ibukota Jakarta. Perbandingan ini untuk penduduk Indonesia adalah 1 psikiater untuk kurang lebih 400 ribu orang, dengan penyebaran yang tidak merata. Untuk tenaga yang lain seperti perawat psikiatri, psikolog dan pekerja sosial perbandingannya juga tidak jauh berbeda.

Badan kesehatan dunia (WHO) telah merekomendasikan penanganan masalah-masalah kesehatan mental bagi negara dengan jumlah tenaga dan fasilitas kesehatan mental yang minim, yaitu dengan membuat sistem kesehatan mental komunitas, memperbanyak training dan promosi kesehatan mental. Namun demikian, di Indonesia stigma pada orang dengan sakit mental begitu melekat, belum lagi kesehatan mental tidak pernah menjadi prioritas. Hal ini terbukti dengan minimnya perhatian dan

budget yang diberikan untuk kesehatan mental oleh pemerintah. Program-program kesehatan di puskesmas tidak pernah menyentuh masalah kesehatan mental, atau pun kalau ada sangat jarang. Kesehatan mental dianggap tidak memiliki nilai mortalitas, sehingga tidak pernah dianggap penting, namun jika kita melihat hari-hari produktif yang hilang selama setahun (*DALYs, day adjusted lost per year*) yang dialami oleh penderita gangguan mental sebesar 12,3% lebih besar dari penyakit jantung iskemik dan TBC. Hal ini menunjukkan betapa kesehatan mental membutuhkan perhatian khusus.

Apakah bencana ini adalah suatu "berkah" terselubung untuk mulainya pemerintah memperhatikan masalah kesehatan mental? Semoga. Ataukah kita perlu bencana yang lain untuk mulai memikirkan masalah kesehatan mental? Semoga tidak. Berikut ini adalah pengalaman dan pendapat pakar dalam penanganan kesehatan mental pasca bencana di Indonesia.

### **Fakta-Fakta**

*Pengalaman Pelayanan Kesehatan Mental Pasca Tsunami di Aceh dan Rencana Pelayanan Kesehatan mental Pasca Gempa di DIY dan Sekitarnya (dr. Kus Sumartinah SpKJ).*

Bencana alam begitu beruntun menimpa Indonesia. Tanah longsor, banjir, gempa bumi hingga tsunami menimpa berbagai daerah dari Indonesia bagian timur sampai barat. Begitu beruntunnya bencana-bencana tersebut sehingga pemulihan suatu daerah yang terkena bencana alam belum selesai atau bahkan belum tertangani dengan baik sudah disusul adanya bencana di daerah lainnya. Begitu banyak korban manusia berjatuh yang menyebabkan seorang kehilangan keluarga atau sanak saudara, selain itu tak terhitung kerugian material yang terjadi yang menyebabkan suramnya masa depan mereka.

Mereka yang masih hidup pastilah mengalami trauma psikis yang tak mudah mereka lupakan atau bahkan menghantui mereka sepanjang hidupnya. Untuk mengatasi keadaan tersebut mereka memerlukan adaptasi secara luar biasa. Dalam upaya adaptasi inilah mereka mengalami distres mental yang dapat terjadi secara singkat sampai berkepanjangan yang bermanifestasi sebagai gangguan mental dari berbagai jenis diagnosis yang harus ditangani dengan segera. .

Pengalaman saat pelayanan kesehatan mental pasca tsunami di Aceh (Meulaboh) mengalami berbagai kendala yang sebagian bentuk kendalanya berbeda dengan DIY. Kendala-kendala yang ditemui antara lain:

- a. Di Meulaboh saat ini tidak ada pelayanan kesehatan mental oleh dokter spesialis setempat. Selama ini pelayanan kesehatan mental oleh dokter spesialis dilakukan oleh petugas dari Banda Aceh dengan frekwensi 1x/bulan dan karena ada tsunami menyebabkan hubungan darat Banda Aceh - Meulaboh terputus, maka pelayanan kesehatan mental terhenti.

- b. Obat psikotropika sangat sulit ditemukan di Rumah Sakit dan Apotek Meulaboh, dan apabila ada maka jenis dan jumlahnya sangat terbatas.
- c. Pengetahuan tentang kesehatan mental oleh petugas kesehatan Puskesmas masih dirasakan kurang maksimal sehingga pelayanan kesehatan mental di masyarakat minimal.
- d. Pengetahuan masyarakat Aceh tentang segala gangguan mental terutama yang terjadi akibat adanya trauma sangat minimal, sehingga mereka tidak mengetahui bahwa apa yang dialaminya adalah gejala gangguan mental sehingga mereka tidak mencari bantuan petugas kesehatan mental. Juga adanya stigma menyebabkan mereka yang menyadari mengalami gangguan mental menyangkal dan tidak mencari bantuan ke petugas kesehatan mental.

Dalam upaya mengatasi berbagai kendala yang terjadi, maka dilakukan upaya-upaya seperti :

- a. Menyebarkan leaflet mengenai gejala gangguan mental sebagai dampak adanya trauma kepada masyarakat umum di perkemahan penduduk dan di masjid saat Sholat Jum'at.
- b. *Case finding* secara aktif di perkemahan penduduk.
- c. Memberi penyuluhan untuk deteksi dini adanya gangguan mental kepada guru dan siswa sekolah.
- d. Dialog interaktif kepada masyarakat di beberapa radio swasta.
- e. Memberikan tambahan pengetahuan dan ketrampilan tentang kesehatan mental kepada petugas kesehatan puskesmas di Dinkes.
- f. Mengusahakan tambahan persediaan obat psikotropika.
- g. Membuka poliklinik psikiatri di RSUD yang melayani setiap hari untuk menerima rujukan dari masyarakat secara cuma-cuma.

Beberapa situasi di DIY yang mempunyai persamaan dan perbedaan dengan situasi di Aceh antara lain:

- a. Di DIY tersedia dokter ahli psikiatri dalam jumlah yang cukup.
- b. Adanya bantuan tenaga dokter spesialis dari daerah di luar DIY dalam jumlah cukup.
- c. Tersedianya obat-obat psikotropika dalam jumlah cukup, terlebih dengan adanya bantuan obat psikotropika dari instansi di luar DIY.
- d. Pengetahuan tentang kesehatan mental dari petugas kesehatan Puskesmas terbatas.
- e. Pengetahuan kesehatan mental dari masyarakat masih kurang.

Untuk mengatasi masalah di atas, upaya yang dilakukan antara lain:

- a. Menyebarkan leaflet tentang gejala gangguan mental pasca trauma di masyarakat.
- b. Memberi tambahan pengetahuan dan ketrampilan kepada dokter Puskesmas lewat pelatihan yang dikoordinir Dinkes DIY.
- c. Memberikan binaan secara langsung dan teratur kepada petugas kesehatan Puskesmas di Puskesmas Binaan.

- d. Membuat posko rujukan di beberapa lokasi dengan bantuan tenaga okter spesialis dari daerah di luar DIY.
- e. Dialog interaktif dengan masyarakat di berbagai stasiun TV dan radio.
- f. Membebaskan biaya berobat bagi pasien gangguan mental akibat gempa.
- g. Penyuluhan langsung kepada masyarakat umum, ke karyawan suatu instansi atau permintaan sendiri.
- h. Penyuluhan kepada pasien Puskesmas dan diskusi dengan staf kesehatan di Puskesmas Binaan.
- i. Koordinasi secara teratur dengan semua instansi/ lembaga yang mengadakan pelayanan penanggulangan masalah psikososial dampak bencana gempa di DIY di Dinkes DIY. Kegiatan ini dilakukan dengan frekwensi 1x/minggu di bawah pengarahan DitKesWa.
- j. Beberapa kegiatan lainnya yang saat ini masih dalam pembicaraan.

**Masalah Kesehatan Mental Akibat Bencana Alam:  
Efisiensi Penanggulangan (Prof. Dr. Makmuri Mukhlas SpKJ, PhD).**

Bencana alam yang bersifat mendadak dan menelan korban jiwa dan harta benda yang besar jumlahnya selalu diikuti masalah kesehatan mental pada sisa penduduk yang menjadi korban (*"victims"*) tetapi selamat. Contoh bencana alam yang besar dan mendadak: tsunami di Aceh dan gempa bumi di DIY dan sekitarnya

Masalah kesehatan mental, akibat *"over loaded stresses"* setelah adanya bencana adalah:

1. *Mental distress*
2. *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): hostility, anxiety and depression.*
3. Bentuk PTSD bisa:
  - *Passive-Aggressive Reaction*
  - *Anxiety Reaction*
  - *Mask Depression- Somatisasi*
  - *Retard Depression*
  - *Agitated Depresiion*
  - *Smilling depression*
  - *Pseudo- Psikotik*

Pertanyaan yang timbul adalah: perlukah *diagnosis* untuk para korban selamat ini? Pengalaman di Aceh, pemberian label gangguan mental terhadap mereka dengan proses terapi sebagian pasien menyebabkan *dependency* yang lama (sampai sekarang masih menjadi beban perawatan). Sebaiknya *diagnosis* hanya untuk catatan petugas/ professional, untuk laporan/ keperluan statistik, dan untuk pemerintah (pusat dan daerah) atau sponsor/donor. Mereka sebaiknya hanya diberitahu: *"you have unexpected/unpredicted problems, we come to help you to solve these problems"*. Perlu diketahui bahwa PTSD akan menuju

*self remission* sesuai dengan berjalannya waktu dan tipe kepribadian masing-masing orang yang mengalami musibah. Para penolong/professional hanya membantu mempercepat "*self remission*".

Tindakan apa yang sebaiknya diambil?

1. Pendekatan "*Reality Therapy*"
2. Mereka dibantu untuk mengetahui kebutuhan-kebutuhan dasarnya, secara realistic (melihat kondisi makro dan mikro yang dihadapi para korban selamat).  
Kebutuhan-kebutuhan dasar (menurut Maslow):
  - *Physiologic needs*
  - *Security*
  - *Love and self esteem*
  - *Self actualization*
3. Syaratnya:
  - Mereka tidak dianggap pasien
  - Kita sebagai penolong hanya sederajat, peduli dan "*take care each other*".
  - Harus ada "*Emotional Involvement*".
  - Memperjelas masalah sesuai prioritas dan mendiskusikan/membantu penyelesaian masalah tersebut.
  - Memperkuat ego dari setiap pasien yang kita bantu supaya segera mampu mandiri":
4. *Self identity*
5. *Reality judgement*
6. *Positive aggressive*

Dengan demikian proses pemulihan kesehatan mental pada korban bencana dapat berlangsung selamiah mungkin.

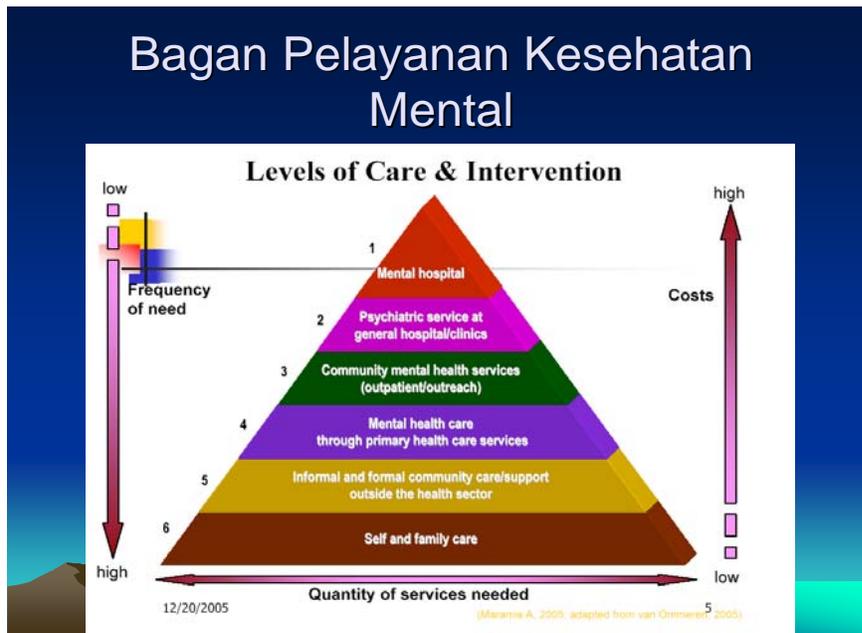
### **Pengalaman Sebagai Relawan Kesehatan Mental di Meulaboh dan DIY (dr. Bambang Hastha Yoga SpKJ)**

Bencana sering mengakibatkan pengalaman traumatis pada manusia (*traumatized people*) pada populasi luas. Namun demikian tidak semua orang yang terpapar pengalaman traumatis akan mengalami gangguan. *Traumatized people* inilah yang perlu mendapatkan intervensi yang tepat.

WHO merekomendasikan:

- Kesetaraan upaya kesehatan mental di semua daerah pasca bencana
- Upaya kesehatan mental berbasis masyarakat

- Intervensi psikososial yang benar dan didukung fakta ilmiah
- Upaya kesehatan mental yang mempunyai perspektif jangka panjang



Pengalaman pada fase darurat di Meulaboh setelah terjadinya tsunami adalah: melakukan pelayanan psikiatri di RS Cut Nyak Dhien pada pasien rawat jalan, melakukan visite pasien rawat bersama, menjadi rujukan kasus psikiatri dari puskesmas & daerah lain, melakukan *consultation liaison psychiatry* dengan bagian lain dan melakukan penyuluhan tentang kesehatan mental secara internal dan eksternal.

Kegiatan yang dilakukan di luar RS CND adalah: *outreach* penderita di kamp & barak, *outreach* penderita di sekolah, menjadi konsultan di puskesmas, mengadakan pelayanan psikiatri di kompi C/kompi tentara, dan pelayanan penderita di kamp & barak.

Kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi yang dilakukan dalam bidang psikiatri adalah: melakukan siaran interaktif di radio, ceramah di mesjid, sekolah, kamp-kamp, barak, puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten. Kegiatan lain adalah melakukan pelatihan deteksi dini gangguan mental pada dokter dan paramedic puskesmas, guru dan murid SD-SMA.

Untuk kegiatan yang telah dilakukan di DIY pasca gempa adalah *Rapid Assessment on Mental Health on Resources and Needs*, yang merupakan kegiatan pendataan tentang masalah-masalah kesehatan mental dan kebutuhan segera pasca bencana, melakukan kegiatan pelayanan kesehatan mental di daerah yang terkena bencana bekerja sama dengan puskesmas dan dinas kesehatan.

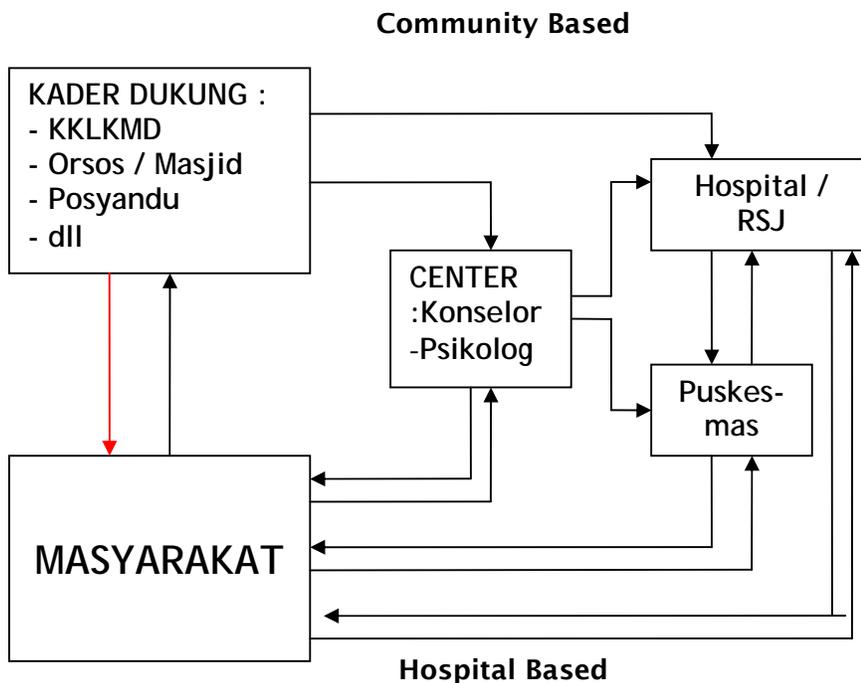
Pada fase rekonstruksi kegiatan yang dilakukan di Aceh adalah: mendirikan klinik psikiatri Zaitun di RS Cut Nyak Dien, melakukan

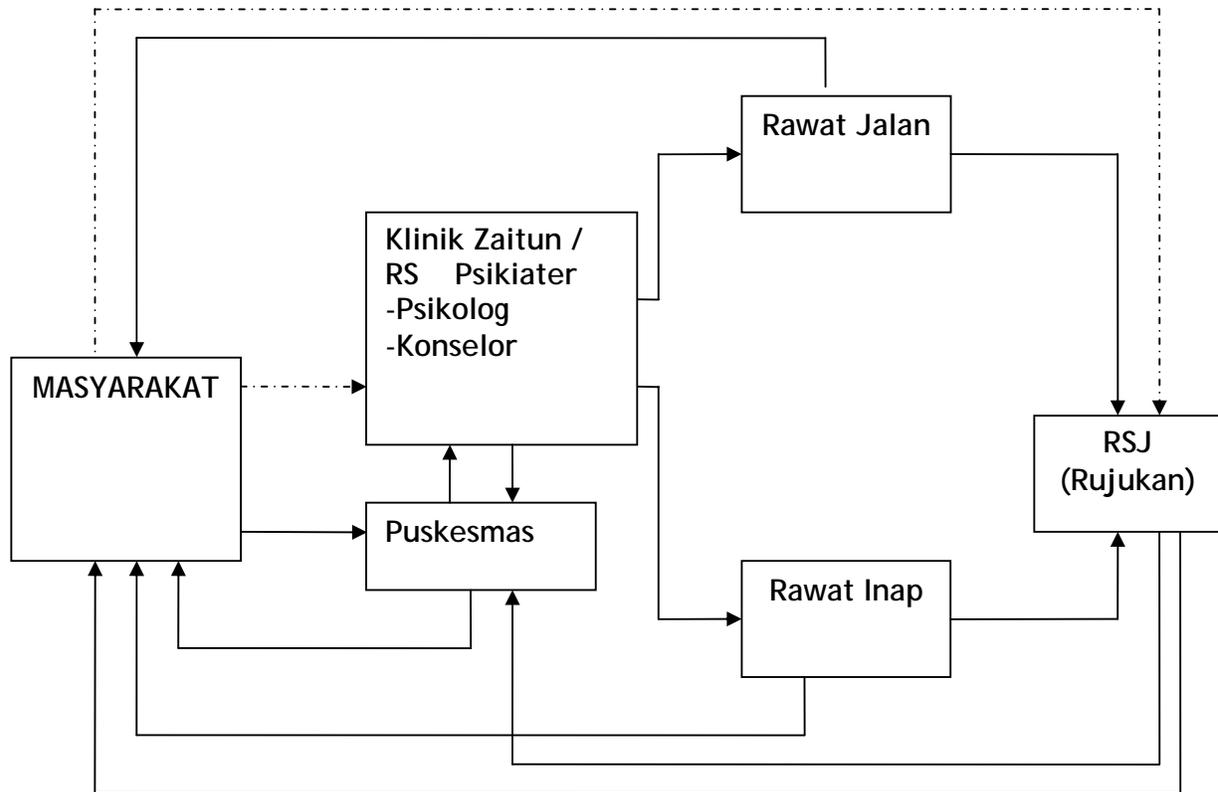
pemeriksaan pasien rawat jalan, melakukan visite pasien rawat bersama, menjadi rujukan dari puskesmas dan daerah lain, melakukan *consultation liaison psychiatry* dengan bagian lain, melakukan penyuluhan tentang kesehatan mental secara internal dan eksternal, menyelenggarakan konsultasi anak, sexual, NAPZA dan geriatri, melakukan *screening* calon pejabat daerah dan PNS, mengirimkan psikiater sebagai supervisor, mengirimkan residen psikiatri, dan mengirimkan dokter dan perawat RS Cut Nyak Dien ke Jogja untuk dilatih tentang kesehatan mental.

Kegiatan kesehatan mental, yang dilakukan di luar Klinik Zaitun adalah supervisi ke puskesmas, barak dan sekolah dan melakukan pelatihan pada dokter puskesmas, perawat, bidan, guru, kader posyandu dan tokoh masyarakat tentang kesehatan mental.

### Sistem Referral

Berikut ini adalah bagan sistem referal yang sudah diterapkan di Aceh.





**Layanan Psikolog di Puskesmas Antara Harapan dan Kenyataan  
(Drs. Sentot Haryanto Msi, Psi).**

Pengertian sehat adalah sehat secara fisik, psikis, sosial dan religius, namun dalam prakteknya tidak segampang teori, hal ini terlihat bahwa profesi psikolog masih dianggap sebagai profesi yang di bawah profesi lainnya (terutama dokter/psikiater). Psikolog dianggap sebagai “tukang tes”. Di sisi lain masyarakat juga masih belum terbiasa dengan pelayanan psikologi. Anggapan masyarakat adalah hanya bicara saja kok harus membayar karena biasanya jika berobat ke dokter dan disuntik baru membayar.

Ada fenomena yang sangat menarik setelah adanya peristiwa gempa di Jogjakarta, yaitu hampir semua lapisan masyarakat tidak asing, alergi, dan takut dengan kata-kata atau istilah psikologi dan profesi psikolog. Istilah yang sangat populer adalah stres dan trauma. Hampir semua orang mengakui bahwa dirinya trauma dan stres, khususnya berkaitan dengan gempa ini. Bahkan ini sudah menjadi fenomena universal bahwa siapa saja, kapan saja dan di mana saja merasakan stres dan trauma.

Baik individu, kelompok, institusi, dinas/instansi merasa membutuhkan jasa psikolog dan mereka dengan enakannya dan tanpa beban datang ke kampus psikologi, menelpon, mengirimkan faks dan sms meminta untuk minta didatangi oleh relawan psikologi untuk segera ditangani masalah psikologisnya. Di sisi lain tawaran dan permintaan untuk kerjasama dan juga ceramah, pembekalan, pelatihan juga sangat banyak. Ditambah pula fenomena relawan, kelompok masyarakat, partai, NGO, dan lain-lain yang mengaku telah menangani masalah “kesehatan mental (*mental health*)” dengan mendirikan posko trauma, melakukan trauma konseling, trauma healing, *save the children*, *children center*, *child care center* (3C), *happy center*, pendampingan, tobo ati, dolanan anak, TBA (Tempat Bermain Anak), Tebar (Tempat Bermain dan Belajar, sekolah darurat, sekolah tenda, sekolah alternatif, dan lain-lain.

Ini adalah bukti empiris di lapangan yang sangat menggembirakan namun sekaligus menakutkan, artinya apakah psikolog mampu memenuhi harapan masyarakat yang sudah sangat percaya dan membutuhkan ini? Karena jika tidak akan menjadi bumerang bagi para professional kesehatan mental khususnya psikolog.

Darimana sebaiknya dimulai pelayanan psikolog ini? Hal yang paling baik adalah dimulai dari institusi pelayanan kesehatan primer dan mempunyai otoritas, yaitu puskesmas. Puskesmas memiliki otoritas dan tahu betul kondisi wilayahnya; sekaligus membuktikan pendekatan kesehatan secara utuh/kaffah dengan model bio-psiko-sosio/kultural-religius. Kendala yang mungkin terjadi adalah masalah teknis, yaitu ruang untuk konsultasi, tata ruang, blanko pencatatan, petugas pencatatan. Yang tidak kalah penting adalah anggaran yang diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan psikologis seperti ini.

Namun demikian Dinkes Kabupaten Sleman, DIY sudah mampu menyelenggarakan pelayanan psikologis di puskesmas dan merupakan satu-satunya di Indonesia dalam menyediakan psikolog di puskesmas. Sedangkan untuk di Aceh, layanan psikologis bisa terlaksana karena adanya bantuan dana dari LSM Internasional, dan rencana ke depan adalah menyelenggarakan program studi psikologi di Universitas Syah Kuala.

Pada prakteknya di lapangan, diperlukan adanya pendekatan mikro mau pun makro. Pendekatan mikro adalah ketersediaan sumber daya manusia dalam bidang kesehatan mental. Pendekatan makro adalah pendekatan komunitas, sekolah dan *media based* seperti fungsi edukasi, prevensi, promosi dan rehabilitasi, termasuk di dalamnya kebijakan-kebijakan pemerintah.

Yang harus ditindak lanjuti dengan hati-hati adalah saat ini banyak sekali yang mengaku melakukan terapi, konseling, intervensi psikologis untuk penanganan trauma. Oleh karena itu harus dilakukan pemetaan oleh dinas/instansi yang berwenang untuk melakukan evaluasi siapa melakukan apa di mana. Dinas kesehatan bisa bekerjasama dengan PT, Organisasi Profesi dan Organisasi Internasional yang resmi, misal WHO dan UNICEF.

Sebagai penutup, kesempatan adalah ibarat tamu yang tidak pernah mengetuk pintu 2 kali, dengan adanya bencana, kesehatan mental mulai

mendapatkan perhatian, banyak yang ingin membantu dan melakukan aktivitas di bidang kesehatan mental. Namun demikian fungsi koordinasi, komunikasi, kepentingan umum di atas pribadi dan kelompok tetap harus diutamakan dan tetap menghargai pendapat dari *local wisdom*.

### **Pembahasan**

Dari fakta-fakta yang telah disajikan oleh para pakar maupun pengalaman di lapangan dalam menangani masalah kesehatan mental baik di Aceh maupun di Jogja dan Jawa tengah, adalah munculnya permasalahan psikososial selain masalah kesehatan mental, sehingga penanganan kesehatan mental harus terpadu dengan adanya dukungan psikososial dan di kemudian hari arti dari intervensi kesehatan mental adalah termasuk dukungan psikososial di dalamnya.

Walaupun tidak terdapat data yang dapat diandalkan yang menunjukkan keparahan gangguan mental dan tekanan psikologis paska bencana, namun WHO memperkirakan permasalahan kesehatan mental paska bencana sebagai berikut,

1. Prevalensi penderita tekanan psikologis ringan adalah 20-40%, dan mereka tidak membutuhkan pertolongan spesifik.
2. Prevalensi penderita tekanan psikologis sedang sampai berat adalah 30-50% , membutuhkan intervensi sosial dan dukungan psikologis dasar.
3. Gangguan mental ringan sampai sedang (depresi, gangguan cemas dan PTSD) adalah 20%, memerlukan penanganan kesehatan mental yang dapat diakses melalui pelayanan kesehatan umum dan pelayanan kesehatan mental komunitas.
4. Gangguan mental berat (Depresi berat, gangguan psikotik) adalah 3-4%, memerlukan penanganan kesehatan mental yang dapat diakses melalui pelayanan kesehatan umum dan pelayanan kesehatan mental komunitas.

Angka tersebut di atas bisa bervariasi pada lokasi yang berbeda, bergantung kepada faktor sosiokultural yang berpengaruh, paparan terhadap bencana sebelumnya mau pun akhir-akhir ini, dan metode penilaian.

Bencana di Aceh dan Jogja-Jawa Tengah termasuk bencana yang dahsyat, namun kedua lokasi tersebut memiliki beberapa perbedaan inti dalam budaya masyarakat, fasilitas dan tenaga kesehatan mental serta akses menuju lokasi. Aceh sudah sejak lama sebelum adanya bencana Tsunami, masyarakatnya mengalami konflik berkepanjangan antara militer dan GAM, dan tertutupnya Aceh dari dunia luar. Masyarakat Aceh juga terkenal sebagai masyarakat Islam yang sangat religius dan menjalankan syariat Islam dalam kehidupan sehari-hari. Jogja dan Jawa Tengah adalah daerah yang mudah diakses karena terletak di pulau Jawa, dan termasuk daerah damai jika dibandingkan dengan Aceh. Masyarakat Jogja dan Jateng walau pun tidak dianggap terlalu religius namun budaya gotong royong masih ada di sana sini. Fasilitas dan jumlah tenaga kesehatan mental di Jogja dan Jawa Tengah juga cukup memadai. Sebagai perbandingan, jumlah psikiater di Aceh adalah 5 orang, semua

berdomisili di Banda Aceh untuk penduduk dengan populasi 4 juta, sedangkan Jogjakarta ada sekitar 30 lebih psikiater untuk penduduk dengan populasi 3 juta.

Adanya perbedaan jumlah fasilitas dan tenaga kesehatan mental memang jelas terlihat antara Aceh dan Jogja Jateng. Namun hal tersebut tidak membuat petugas kesehatan di Puskesmas lokasi Jogja dan Jawa Tengah memiliki pengetahuan cukup tentang kesehatan mental. Pengetahuan kesehatan mental dokter dan petugas kesehatan Puskesmas di Aceh maupun Jogjakarta tidak cukup memadai, hal ini dibuktikan dengan laporan kasus kesehatan mental yang minim baik sebelum maupun sesudah bencana juga kesulitan dalam mendiagnosis adanya gangguan mental pada pasien-pasien di poliklinik. Hal ini mungkin saja terjadi karena program kesehatan mental bukanlah program prioritas di puskesmas dibandingkan program KIA, KB, atau Gizi. Demikian juga stigma yang timbul pada orang dengan sakit mental baik pada petugas kesehatan maupun masyarakat. Ada pakar yang mengemukakan pendapat bahwa diagnosis gangguan mental sebaiknya untuk petugas kesehatan saja ada baiknya kita pertimbangkan.

Adanya kesulitan dalam mendiagnosis gangguan mental tentu berpengaruh dalam sistem pencatatan dan pelaporan, padahal informasi seperti ini sangat penting untuk mengetahui keparahan atau kasus gangguan mental sebelum dan sesudah bencana. Diperlukan training dan monitoring yang terus menerus untuk membentuk sistem pencatatan dan pelaporan yang baik.

WHO merekomendasikan sistem 4 level untuk Aceh, mengingat minimnya petugas kesehatan mental di sana. Level 4 adalah penanganan kesehatan mental di keluarga, level ketiga adalah dukungan dan penanganan kesehatan mental di masyarakat, level kedua adalah penanganan kesehatan mental melalui puskesmas dan level kesatu adalah pelayanan kesehatan mental komunitas yang terdiri dari dokter umum dengan keahlian kesehatan mental, 3 perawat salah satu ahli di bidang dukungan psikososial, dan 3 tenaga para profesional kesehatan di bidang dukungan sosial. Daerah Jogja, sudah terdapat puskesmas integrasi dengan pelayanan kesehatan mental, yang merupakan puskesmas binaan Rumah Sakit Mental Propinsi. Namun perlu adanya evaluasi kinerja dan monitoring pada puskesmas integrasi tersebut, karena pada kenyataannya psikiater yang seharusnya melakukan *transfer of knowledge* pada dokter puskesmas tersebut, malah melakukan pemeriksaan dan pengobatan di puskesmas tersebut. Sehingga psikiater tersebut hanya memindahkan poli rumah sakit ke puskesmas sedangkan dokter puskesmas sendiri masih mengalami kesulitan dalam mendiagnosis gangguan mental.

Dengan adanya bencana kita baru tersadarkan betapa pentingnya melakukan persiapan sedini mungkin dalam sistem kesehatan termasuk kesehatan mental. Seorang pakar mengemukakan pendapat pentingnya pelayanan psikologis yang dimulai dari pelayanan kesehatan dasar, namun demikian perlu dipikirkan anggaran yang diperlukan untuk penyelenggaraan pelayanan psikologis seperti ini.

Bagaimana dengan sistem pendidikan kita? Selama ini belum ada pelajaran mengenai persiapan menghadapi bencana apalagi yang menyangkut tentang kesehatan mental. Bila perlu dalam sistem pendidikan dasar sampai lanjut sudah ada pengenalan mau pun pelatihan kesehatan mental dalam menghadapi bencana. Pendidikan kedokteran mau pun keperawatan pun selama ini belum terlalu memberi perhatian mengenai kesehatan mental menghadapi bencana (*disaster psychiatry*). Sudah waktunya kita memikirkan untuk mempersiapkan diri sebaik mungkin dan mengajarkan tentang kesehatan mental dalam menghadapi bencana.

Perlu dilakukan kerja sama jangka panjang dalam penanganan kesehatan mental dengan LSM, negara donor mau pun *stake holder* yang lain. Seperti kita ketahui bahwa bantuan yang diberikan oleh LSM baik lokal mau pun internasional dan negara donor terbukti sangat berarti. Kerjasama dapat dilakukan baik dalam penyelenggaraan training, bantuan obat-obatan, penyelenggaraan workshop kesehatan mental, pembuatan buku pedoman, pengiriman tenaga ahli mau pun di bidang pendidikan.

### **Kesimpulan**

Dari pembahasan di atas perlu adanya aktivitas penanganan kesehatan mental sebelum maupun sesudah bencana:

1. Menilai dan memonitor cakupan kebutuhan kesehatan mental, melakukan penilaian cepat dan monitoring laporan kesehatan mental secara berkelanjutan:
  - Mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan mental dan melakukan pemetaan siapa melakukan apa dan di mana.
  - Mengidentifikasi sumber daya dan pelayanan kesehatan mental yang telah ada.
2. Membangun koordinasi dengan semua stake holder di bidang kesehatan mental.
3. Memperkuat kapasitas kesehatan mental di komunitas dan sistem kesehatan:
  - Melakukan training kesehatan mental.
  - Mengembangkan sistem referal yang sesuai.
  - Mengembangkan protokol dan pedoman penanganan kesehatan mental.
4. Mengembangkan model pelayanan kesehatan mental komunitas yang komprehensif bekerja sama dengan stake holder di bidang kesehatan mental yang sesuai dengan daerah tersebut (edukasi, promosi dan *advocacy* kesehatan mental).

### **Penutup**

Upaya peningkatan kesehatan mental sudah seharusnya dilakukan dengan atau tanpa adanya bencana. Pendidikan kesehatan mental di

Fakultas kedokteran maupun keperawatan perlu mengajarkan persiapan maupun penanganan kesehatan mental paska bencana (*disaster psychiatry*) dalam porsi yang lebih sesuai.

### **Kepustakaan**

1. Ministry of Health. General Guidance Book for Steering and Organizing Committee on Community Mental Health, 2001.
2. WHO. The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, 2001.
3. Ministry of Health. Health Center Manual. Community Health Center, 1991.
4. Hidayat, D. Mental Health Services in Community Health Center in Jakarta Special
5. Province (Two Minutes Method). Mental: XXIV No. 1, March 1991. .
6. Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A World Mental Health:
7. Problems and Priorities in Low-Income Countries. Oxford University Press, New
8. York, 1995.
9. Cohen, A. Nations for Mental Health, The Effectiveness of mental health Services in
10. Primary Care: the View from The Developing World. WHO, Geneva, 2001.
11. Crisp, A. The tendency to Stigmatize. The British Journal of Psychiatry; Vol.
12. 178:197-199, March 2001.
13. WHO. WHO Framework for Mental Health and Psychosocial Support after the Tsunami.
14. WHO Regional Office for South-East Asia, New Delhi, India, 2005.
15. WHO. WHO Recommendations for Mental Health in Aceh. WHO HQ, 2005.