

PROSIDING DISKUSI

No: 010509/PSKTI/UKSW.

**KEMISKINAN DAN KESEHATAN
MENTAL DI NUSA TENGGARA
TIMUR**

(SUATU HAMPIRAN TEORITIS)

1 Mei 2009



PEMBICARA:

**YULIUS YUSAK RANIMPI, S.Psi, M.Si.
Program Profesional UKSW**



Center of Eastern Indonesia Studies
dan Program Profesional
Universitas Kristen Satya Wacana
2009

Prosiding Diskusi
Kemiskinan dan Kesehatan Mental di Nusa Tenggara
Timur
(Suatu Hampiran Teoritis)

Pembicara: Yulius Yusak Ranimpi, S.Psi., M.Si.

Tanggal 1 Mei 2009.

Tempat: Ruang rapat Pusat Studi Kawasan Timur Indonesia
Universitas Kristen Satya Wacana

Susunan Acara:

I. Pengantar moderator: Jubhar Ch. Mangimbulude, M.Sc.

Diskusi ini diadakan untuk persiapan penelitian Yulius Yusak Ranimpi, dalam rangka persiapan studi S3.

II. Presentasi Pembicara: Yulius Yusak Ranimpi, S.Psi., M.Si.

III. Diskusi.

Lihat materi diskusi dan prosiding diskusi

IV. Penutup

KEMISKINAN DAN KESEHATAN MENTAL DI NUSA TENGGARA TIMUR:

***Suatu hampiran teoritis*^ψ**

Oleh: Yulius Yusak Ranimpi

0. Pendahuluan

Kesehatan seringkali hanya dikaitkan dengan aspek jasmani atau fisik saja. Aspek mental belum begitu mendapat perhatian yang cukup serius (sekalipun banyak pihak yang sadar kognitif bahwa kesehatan fisik dan mental merupakan hal yang tidak dapat dipilah). Paling tidak itulah yang terekam dalam laporan Indonesia Health Profile tahun 2005. Laporan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia tersebut tidak memberikan gambaran mengenai kondisi kesehatan mental penduduk Indonesia. Baru pada tahun 2007-2008, Departemen Kesehatan RI melakukan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) I yang menghasilkan data dasar kesehatan masyarakat dari 33 provinsi yang ada di Indonesia (RISKESDAS II akan dilakukan pada tahun 2010).

Dalam makalah ini, saya hendak mencoba menelaah soal kesehatan mental terkait dengan isu kemiskinan. Upaya ini merupakan hampiran teoritis, mengingat saya belum melakukan penelitian lapangan.

1. Kemiskinan DI NTT

Memahami kemiskinan seringkali dikaitkan secara sempit dengan ketidakmampuan ekonomi. Artinya pada derajat tertentu hanya bergantung pada orang lain atau selalu pasrah pada kondisi dan keadaan yang ada. Tapi, yang perlu dipahami adalah persoalan kemiskinan juga terkait dengan ketidakmampuan memenuhi standar hidup pada hampir semua aspek kehidupan, baik yang bersifat material (pendapatan, pangan, air, pakaian, rumah, sumber energi, keadaan sanitasi, aset lain seperti tanah, ternak, tanaman), termasuk pendidikan dan kesehatan, maupun non material (pengetahuan kurang, partisipasi dalam masyarakat terbatas, tidak percaya diri di depan umum, pendapatnya tidak dihargai, tersisih dalam pergaulan, dan sebagainya). Sekalipun pemaknaan kemiskinan telah dipahami sedemikian itu, dalam kenyataannya perlakuan dan upaya penanggulangannya jauh dari yang diharapkan. Memang sudah ada program untuk mengatasi hal tersebut, namun masih juga belum mampu mencapai sasaran dengan tepat. Program yang dijalankan menimbulkan semacam ketergantungan rakyat pada Pemerintah. Tidak mengenyanya program yang dibuat dan dijalankan salah satunya disebabkan oleh tidak pernah digalinya dan ditanganinya penyebab terjadinya kemiskinan sehingga ada pemaknaan tunggal dan pukul rata dalam treatmentnya.

Adapun profil kemiskinan di Indonesia pada tahun 2008 (berdasarkan data BPS Pusat, Maret 2008) :

^ψ Disampaikan pada diskusi PSKTI- UKSW pada hari Jumat, 1 Mei 2009

- a. Jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada di bawah Garis Kemiskinan) di Indonesia pada bulan Maret 2008 sebesar 34,96 juta orang (15,42 persen). Dibandingkan dengan penduduk miskin pada bulan Maret 2007 yang berjumlah 37,17 juta orang (16,58 persen), berarti jumlah penduduk miskin turun sebesar 2,21 juta orang.
- b. Selama periode Maret 2007-Maret 2008, penduduk miskin di daerah pedesaan berkurang 1,42 juta orang, sementara di daerah perkotaan berkurang 0,79 juta orang
- c. Persentase penduduk miskin antara daerah perkotaan dan pedesaan tidak banyak berubah. Pada bulan Maret 2008, sebagian besar (63,47 persen) penduduk miskin berada di daerah pedesaan.

Salah satu faktor yang membuat angka kemiskinan turun pada Maret 2008 adalah: 70% penduduk miskin tinggal di pedesaan dan bekerja di sektor pertanian. Pada periode ini, kondisi ekonomi di sektor ini menunjukkan perbaikan. Terlihat dari secara nasional, rata-rata upah nominal harian buruh tani selama periode bulan Maret 2007-Maret 2008 meningkat 9,88 persen, naik dari Rp.14.932,- pada Maret 2007 menjadi Rp.16.407,- pada Maret 2008. Pada periode yang sama, rata-rata upah riil harian buruh tani juga mengalami kenaikan 0,90 persen, yaitu dari Rp.2.553,- pada Maret 2007 menjadi Rp.2.576,- pada Maret 2008. Artinya, daya beli buruh tani relatif sedikit membaik. Sekalipun terlihat kecenderungannya turun, angka kemiskinan tahun 2008 (Maret) masih tinggi jika dibandingkan dengan tahun 2005 yaitu 15,97%.

Di Nusa Tenggara Timur pada tahun 2005, jumlah Rumah Tangga miskin sebanyak 623.137 Kepala Keluarga (65,42% dari 952.508 Kepala Keluarga di seluruh NTT). Data kemiskinan NTT berdasarkan persentase jumlah penduduk menunjukkan adanya peningkatan sekitar 2% dari tahun 2004 ke tahun 2006. Dibandingkan kondisi nasional, NTT mempunyai tingkat kemiskinan yang lebih tinggi.

Berikut Tabel Perkembangan Persentase Penduduk Miskin di NTT dan Nasional 2004 -2006.

Item	2004	2005	2006
Nasional	16.66	16.69	17.75
NTT	27.86	28.19	29.34

Sumber: NTT Dalam Angka 2004-2006

Sedangkan pada tahun 2007 dan 2008, angka kemiskinan cenderung menurun menjadi 27,51% dan 25,65%. Walaupun demikian angka tersebut masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan kondisi Nasional (sumber: data BPS Pusat, Maret 2008).

Sajian kemiskinan dalam angka di atas hendak menunjukkan bahwa isu ini, baik secara nasional maupun lokal NTT adalah persoalan serius yang sangat mendesak untuk ditangani secara tepat. Artinya tidak cukup dengan memberi ‘obat penenang’ tetapi lebih pada persoalan mendasar yaitu mengapa kemiskinan masih begitu tinggi. Hal ini dikatakan sangat penting karena melihat ada indikator lain yang menyertai angka kemiskinan ini, yaitu indeks pembangunan manusia NTT sejak tahun 1999, 2002, 2004 dan 2005 secara nasional berada di urutan secara berturut-turut 24, 28, 31, 31. IPM meliputi Angka Harapan Hidup, Angka Melek Huruf, Rata-rata lama Sekolah, dan Pengeluaran riil per kapita yang disesuaikan. Di samping itu ditemukan adanya persoalan ketimpangan gender dan akses penduduk miskin dalam bidang pendidikan. Meskipun secara umum pencapaian pendidikan meningkat, ketimpangan pendidikan antara anak laki-laki dan perempuan justru meningkat. Pada saat rata-rata lama sekolah anak laki-laki meningkat dari 5,9 tahun pada 1999 menjadi 6,6 tahun pada 2002, rata-rata lama sekolah anak perempuan selama periode tersebut tetap 5,2 tahun (BPS et al 2001, 2004). Selain itu, angka partisipasi sekolah dan putus sekolah memperlihatkan ketimpangan akses antara masyarakat miskin dan tidak miskin, khususnya pada anak usia 13-15 tahun (SMP). Pada 2004, di kalangan keluarga miskin, sekitar 90,98% anak usia 7-12 tahun dan 71,15% anak usia 13-15 tahun bersekolah, sedangkan di keluarga tidak miskin sekitar 94,33% anak usia 7-12 tahun dan 80,18% anak usia 13-15 tahun bersekolah. Angka putus sekolah anak usia 7-12 tahun di kalangan keluarga miskin dan tidak miskin hampir sama, yaitu sekitar 1,5%. Tetapi angka putus sekolah pada anak usia 13-15 tahun dari keluarga miskin (12,74%) jauh lebih besar daripada anak seusia mereka yang berasal dari keluarga tidak miskin (7,63%) (data Susenas yang diolah BPS 2004)

2. Kemiskinan dan kesehatan mental

Sampai saat ini banyak pihak yang memiliki pemahaman yang kurang tepat mengenai kesehatan mental. Kesehatan mental dipahami untuk menangani isu-isu kejiwaan yang bersifat individual, padahal kesehatan mental lebih menekankan pada konteks masyarakat (walau tidak menafikan kesehatan mental secara individual). Kesehatan mental juga hendaknya dipahami sebagai isu yang bersifat multidisipliner, sehingga ilmu psikologi/psikiatri tidak menjadi penguasa tunggal dalam mengkaji soal ini.

Dalam memahami kesehatan perlu diperhatikan beberapa prinsip:

- a. Kesehatan mental tidak sebatas ada atau tidaknya perilaku abnormal. Prinsip ini berarti bahwa bahwa orang yang sehat mental tidak cukup dimaknai ketika tidak mengalami abnormalitas saja.
- b. Kesehatan mental adalah konsep ideal. Artinya kesehatan mental adalah tujuan yang sangat tinggi bagi seseorang/komunitas, apalagi jika kesehatan mental dipandang memiliki sifat kontinum. Dengan demikian, setiap orang/komunitas berhak memperjuangkan suatu kondisi sehat sebagai salah satu tujuan hidupnya.

- c. *Kesehatan mental sebagai bagian dan karakteristik kualitas hidup. Kualitas seseorang atau komunitas salah satunya diindikasikan oleh kondisi kesehatan mentalnya.*

Secara garis besar ruang lingkup kesehatan mental adalah:

- a. *Promosi kesehatan mental. Meliputi usaha-usaha peningkatan kesehatan mental.*
- b. *Prevensi primer, merupakan usaha kesehatan mental untuk mencegah timbulnya gangguan/sakit mental*
- c. *Prevensi sekunder, merupakan usaha kesehatan mental menemukan kasus dini dan penyembuhan secara tepat terhadap gangguan/sakit mental. Usaha ini dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi durasi gangguan agar tidak berdampak lebih parah, baik terhadap individu maupun masyarakat.*
- d. *Prevensi tersier, merupakan usaha rehabilitasi awal yang dapat dilakukan terhadap individu yang mengalami gangguan mental (Pelmutter, F.D. 1982., Mental Health Promotion and Primary Prevention. San Francisco: Jose_Bass Inc, Publisher)*

Mengidentifikasi ada atau tidak adanya suatu gangguan mental bukanlah perkara yang mudah sebagaimana mengenal gangguan fisik. Banyak faktor yang mempengaruhinya, antara lain faktor kultural yang memiliki batasan tersendiri mengenai sehat dan tidak sehat. Selain itu, faktor individual/subyektif turut mempengaruhi dalam hal ini terkait dengan persepsi dan perasaannya. Gangguan mental didefinisikan sebagai pola perilaku atau psikologis yang terjadi pada individu dan hal tersebut dikaitkan dengan adanya: stress, ketidakmampuan, dan peningkatan resiko secara bermakna untuk mati, sakit, ketidakmampuan atau kehilangan kebebasan (American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition. Washington DC).

Untuk menentukan gangguan mental, terdapat beberapa kriteria umum:

- a. *Gangguan mental karena memperoleh perawatan psikologis dan atau psikiatris*
- b. *Adanya penyesuaian seseorang yang tidak tepat dengan norma-norma sosial*
- c. *Terpenuhinya diagnosis gangguan mental*
- d. *Adanya penilaian subyektif*
- e. *Terdapat simptom psikologis yang obyektif*

Ada dua faktor utama yang merupakan penyebab terjadinya gangguan psikologis, yaitu:

1. ***Faktor-faktor pendukung*** (predisposing factors): *merupakan keberadaan individu sebelum mengalami situasi yang penuh dengan tekanan (stress). Faktor ini telah ada dalam diri seseorang.*

- a. *Faktor biologis*



Faktor keturunan; sangat besar kemungkinan individu untuk mengalami gangguan psikologis karena mewarisi bakat-bakat biologis dari orang

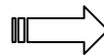
tuanya. Contoh, para ahli menemukan bahwa anak kembar identik kemungkinan untuk mengalami schizophrenia sebesar 58%, sedangkan anak kembar tidak identik hanya 10%



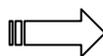
Faktor kimiawi; gangguan psikologis disebabkan oleh adanya gangguan cairan kimiawi di otak dan pusat sistem syaraf. Seperti:

1. Dopamine: menyebabkan penyakit parkinson (wajah kaku, tidak bergerak-gerak, kekejangan otot)
2. Taraxein: disebut sebagai penyebab schizophrenia
3. Catecholamines: merangsang kerja sistem syaraf sehingga kelebihan cairan ini akan mengakibatkan gangguan kejiwaan yang disebut mania, sedangkan bila kekurangan akan menyebabkan depresi.

b. Faktor psikologis



Pengalaman masa kecil, seperti kekurangan kasih sayang (bakat antisosial, senantiasa merasa tidak aman, frustrasi, tertekan dan bersikap bermusuhan dengan orang lain), rejection dari orang tua (perasaan tidak berharga dan tidak berguna, senantiasa merasa kesepian, tidak bahagia, merasa tidak aman), perlindungan yang berlebihan dari orang tua (tidak dapat mandiri, mudah nervous, pasif, dan tidak mampu mengatasi tekanan hidup), sikap memanjakan dari orang tua (egois, tidak tahu bertanggung jawab, kesulitan untuk menyesuaikan diri, terlalu peka terhadap aturan dan perintah), tuntutan yang berlebihan dari orang tua/perfectionis (cenderung rendah diri, tidak aman, cemas, mudah memyalahkan diri sendiri, emosi tidak stabil, tidak tahan dengan tekanan hidup)



Ketidakharmisan dalam rumah tangga; tertanamnya kesan buruk, merasa tidak aman dalam hubungan pernikahan, selalu curiga terhadap pasangannya, terlalu sensitif terhadap hal-hal yang tidak sesuai dengan keinginannya

Early trauma; *mendatangkan* psychological shock reaction yang diikuti dengan perasaan tidak aman yang cenderung permanen

⇒ Kurangnya persiapan dan pengalaman hidup; tidak mendapat kesempatan untuk mempelajari bagaimana merespon suatu situasi yang penuh dengan tekanan

c. Faktor sosial

⇒ *Macam dan suasana pekerjaan yang tidak menyenangkan (tidak puas dengan berbagai macam alasan, sehingga mendatangkan perasaan yang mudah tersinggung, tidak punya semangat bekerja, dll)*

⇒ Kelas sosial; dipengaruhi oleh pola asuh dari tiap kelas sosial yang berbeda, pengenalan dan pandangan terhadap diri sendiri, latihan dan persiapan masa kecil untuk menghadapi stres, dan tuntutan hidup yang akan dicapai.

⇒ Kelompok kebudayaan tertentu; kehidupan di tengah kebudayaan yang asing akan menimbulkan perasaan kesepian, tidak dihargai, dan senantiasa dihantui oleh perasaan penuh curiga

⇒ Tempat tinggal; kota vs desa, tempat kotor vs tempat bersih

⇒ Anggota kelompok minoritas; menjadi anggota dari sebuah kelompok minoritas akan mudah mendatangkan perasaan tidak aman dan tertekan

⇒ Seks; laki-laki vs perempuan

⇒ Status pernikahan; individu yang tidak menikah, janda, duda, bercerai cenderung mempunyai pengalaman hidup yang tidak menyenangkan

⇒ Agama; individu yang aktif dalam kegiatan agama cenderung memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah

2. Faktor-faktor penyebab (*precipitating factors*).



Faktor-faktor biologis; adanya gangguan fisik (kecapaian, kelaparan, kurang tidur, kurang gizi, penyakit, gangguan pada sistem syaraf). Gangguan ini jika kadarnya cukup tinggi akan memudahkan munculnya gangguan psikologis, apalagi faktor pendukungnya telah ada



Faktor-faktor psikis; adanya konflik, frustrasi dan berbagai macam tekanan dapat menjadi pemicu bagi timbulnya gangguan psikologis



Faktor-faktor sosial; pengaruh lingkungan dan pengalaman sosial



Faktor-faktor rohani; dihantui oleh perasaan berdosa dan bersalah

Terkait dengan isu kemiskinan ditemukan data, bahwa:

- a. *Gangguan mental (neurosis) yang dialami masyarakat miskin 2 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan masyarakat yang tidak miskin (Patel, V, et al., Women, poverty, and common mental disorders in four restructuring societies. Journal Social Science and Medicine, 1999).*
- b. *Masyarakat yang mempunyai persoalan dengan kelaparan dan berhutang, memiliki potensi yang besar untuk mengalami gangguan mental- neurosis-(Patel, V, et al., Women, poverty, and common mental disorders in four restructuring societies. Journal Social Science and Medicine, 1999)*
- c. *Gangguan mental (neurosis) pada umumnya dialami oleh masyarakat yang tinggal di daerah pemukiman yang miskin dan padat (Araya, et al., Education and income: which is more important for mental health?)*
- d. *Gangguan mental (neurosis) juga pada umumnya dijumpai pada masyarakat yang tingkat penganggurannya tinggi dan berpenghasilan rendah (WHO*

International Consortium of Psychiatric Epidemiology. Cross-national Comparisons of Mental Disorders. Bulletin of the WHO, 2000)

- e. Khusus gangguan mental psikosis masyarakat yang memiliki status sosial ekonomi terendah mempunyai kecenderungan resiko schizoprenia 8 kali lebih tinggi ketimbang masyarakat yang memiliki status sosial tertinggi (Saraceno, B and Barbui C., Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1997- bandingkan dengan penelitian yang dilakukan pada tahun 1964 oleh Holingshead ditemukan hasil bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah memiliki prevalensi yang tinggi mengalami psikotik, sedangkan prevalensi neurotik lebih banyak dialami oleh kelompok sosial ekonomi tinggi. Kesimpulan ini tidak berlaku untuk psikosis jenis depresi, karena prevalensinya lebih tinggi dialami oleh kelompok ekonomi tinggi).

Terkait dengan NTT, berikut data yang tersedia :

Tabel Prevalensi Masalah Kesehatan Jiwa pada Penduduk ≥ 15 (Berdasarkan SRQ-20) Menurut Kabupaten/Kota, di Provinsi NTT

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
<i>Sumba Barat</i>	22.6
<i>Sumba Timur</i>	7.5
<i>Kupang</i>	4.4
<i>Timor Tengah Selatan</i>	14.8
<i>Timor Tengah Utara</i>	10.2
<i>Belu</i>	12.1
<i>Alor</i>	16.2
<i>Lembata</i>	19.7
<i>Flores Timur</i>	16.3
<i>Sikka</i>	6.2
<i>Ende</i>	14.0
<i>Ngada</i>	27.9
<i>Manggarai</i>	32.4
<i>Rote Ndao</i>	20.4
<i>Manggarai Barat</i>	16.0
<i>Kota Kupang</i>	5.3
NTT	14.5

Dari tabel ini diperlihatkan bahwa secara umum prevalensi gangguan mental emosional 14.5%. Prevalensi tertinggi di Manggarai (32.4%). Ngada (27.9%) dan Sumba Barat (22,6%). Prevalensi terendah di Kabupaten Kupang (4.4%). Kota Kupang (5.3%) dan Sikka (6.2%). Secara Nasional kondisi di NTT ini masih lebih baik ketimbang Jawa Barat (20%), Gorontalo (16,5%) dan Sulawesi Tengah (16%).

Tabel Penyakit Gangguan Mental Menurut Karakteristik di Propinsi NTT

<i>Karakteristik</i>	<i>Prevalensi Masalah Kesehatan Jiwa</i>
Umur	
<i>15-24 Tahun</i>	<i>9.7</i>
<i>25-34 Tahun</i>	<i>11.8</i>
<i>35-44 Tahun</i>	<i>11.9</i>
<i>45-54 Tahun</i>	<i>15.0</i>
<i>55-64 Tahun</i>	<i>19.0</i>
<i>65-74 Tahun</i>	<i>29.3</i>
<i>75+ Tahun</i>	<i>40.5</i>
Jenis Kelamin	
<i>Laki-Laki</i>	<i>12.2</i>
<i>Perempuan</i>	<i>16.5</i>
Pendidikan	
<i>Tidak Sekolah</i>	<i>26.8</i>
<i>Tidak Tamat SD</i>	<i>16.6</i>
<i>Tamat SD</i>	<i>15.0</i>
<i>Tamat SLTP</i>	<i>10.3</i>
<i>Tamat SLTA</i>	<i>7.1</i>
<i>Tamat SLTA+</i>	<i>7.3</i>
Pekerjaan	
<i>Tidak Kerja</i>	<i>19.4</i>
<i>Sekolah</i>	<i>8.1</i>
<i>Ibu RT</i>	<i>14.3</i>
<i>Pegawai</i>	<i>6.6</i>
<i>Wiraswasta</i>	<i>7.5</i>
<i>Petani/Nelayan/Buruh</i>	<i>17.2</i>
<i>Lainnya</i>	<i>9.7</i>
Klasifikasi Desa/Kota	
<i>Perkotaan</i>	<i>8.7</i>
<i>Pedesaan</i>	<i>16.0</i>

Pada tabel ini, tampak prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok usia > 75 tahun. Hal ini dimungkinkan oleh karena pada kelompok lanjut usia banyak mengalami masalah gangguan kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan mental emosional. Kelompok perempuan lebih banyak yang mengalami gangguan mental emosional dibandingkan laki-laki. Berdasarkan pendidikan tampak bahwa kerentanan terhadap gangguan mental emosional dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan semakin mudah seseorang mengalami gangguan mental emosional. Berdasarkan jenis

pekerjaan tampak bahwa tidak bekerja merupakan kelompok yang paling rentan mengalami gangguan mental emosional.

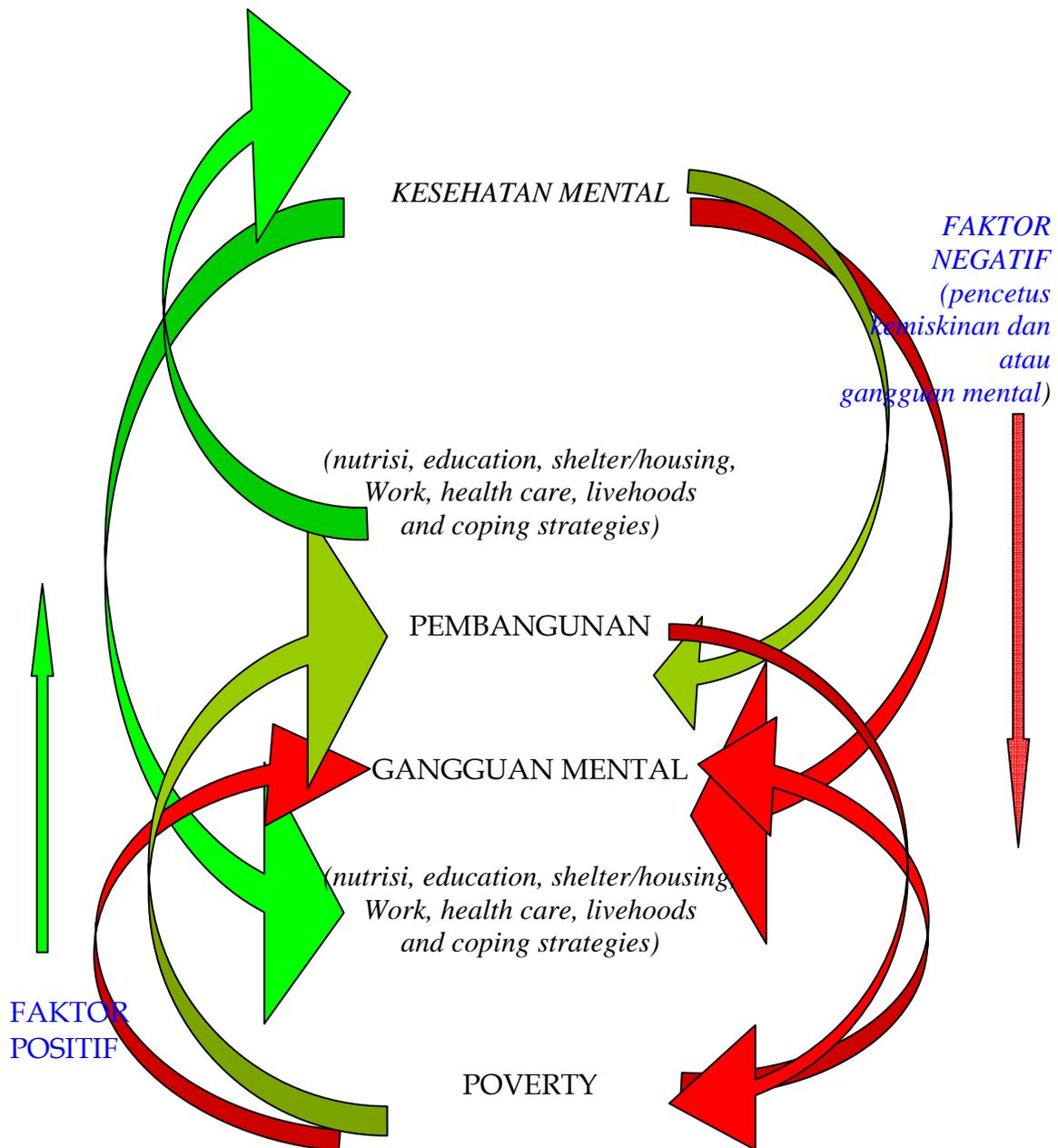
Data di atas merupakan contoh penelitian yang bergerak atas dasar hipotesis bahwa masyarakat miskin memang memiliki kecenderungan untuk mengalami gangguan mental. Hipotesis ini dikenal dengan istilah hipotesis sebab sosial. Dari hipotesis ini ditemukan penjelasan bahwa masyarakat miskin jauh lebih rentan terpapar gangguan mental karena 2 kemungkinan, yaitu adanya sifat atau kecenderungan yang dimilikinya secara personal (seperti perasaan tidak berdaya dan kurang pengendalian terhadap dirinya) serta adanya kondisi sosial yang kurang memberi dukungan sosial (Heller, K, et al., *Psychology and community change, Challenges of the future*. Homewood-Illinois: The Darsey Press, 1984).

Berseberangan dengan hipotesis di atas, ada hipotesis seleksi sosial yang menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami gangguan mental akan menjadikannya miskin. Yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan mental adalah faktor psikologis, genetis atau konstitusi. Dugaannya adalah orang yang mengalami gangguan mental akan mengalami penurunan kemampuan kerja dan sosial sehingga tidak mampu mempertahankan hidupnya. Selain itu, orang yang mengalami gangguan mental secara aktif akan mencari lingkungan sosial yang sesuai atau yang dapat menerima kondisinya.

Penengah antar dua hipotesis ini adalah bahwa antara status sosial dan gangguan psikopatologis terdapat variabel antara dalam bentuk peristiwa-peristiwa kehidupan yang penuh dengan tekanan. Seperti yang nampak dalam penjelasan berikut ini:

- a. masyarakat miskin memiliki kekurangan sumber untuk memenuhi kebutuhan standar, kecil peluang untuk mendapat pendidikan dan pekerjaan yang baik, serta akses yang kurang untuk memperoleh layanan kesehatan*
- b. kondisi lingkungan individu yang penuh dengan tekanan mempunyai resiko yang cukup tinggi untuk mencetuskan gangguan mental*
- c. individu yang menderita gangguan mental kecil peluangnya untuk mendapatkan pekerjaan yang layak karena gangguannya tersebut, bisa saja individu tersebut di demosi, mutasi, atau diberhentikan atau sama sekali ditutup peluangnya untuk memperoleh pekerjaan.*
- d. dengan kurangnya atau ditutupnya peluang untuk memperoleh pekerjaan, maka besarlah potensi menjadi miskin dan pada akhirnya tidak mampu memenuhi kebutuhan mereka untuk memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan*
- e. individu yang mengalami gangguan mental biasanya mendapat dukungan sosial yang sangat kurang. Hal ini disebabkan oleh adanya stigma dan diskriminasi yang pada akhirnya bisa berakibat pada marjinaslisasi dan bahkan tindakan pelecehanan serta kekerasan*

Berikut dapat dilihat lingkaran faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan mental dan pembangunan serta gangguan mental dan kemiskinan:



3. Selanjutnya mau apa?

Uraian di atas masih banyak menyisakan ruang untuk ditelaah lebih lanjut, khususnya di NTT. Misalnya, apakah defenisi dan pemahaman sehat dan sakit mental secara lokal? Apa dan bagaimana model coping stress-nya? Variabel antara apa saja terdapat dalam relasi kemiskinan dan kesehatan mental? Gangguan neurosis sprsifik dan psikosa spesifik apa saja yang muncul? Bagaimana mendesain program preventif? Apakah ada pengaruh nilai budaya lokal terhadap persoalan ini?

Diskusi

1.1 Marthen Ndoen (TEN):

Ini persoalan epistemologi. Kalau saya lihat model ini, seperti model positivis. Kalau model positivis, yang saya harapkan adalah pengungkapan duluan hasil-hasil penelitian di tempat lain, perdebatan². Lalu berdasarkan penulis membangun hipotesis kemudian bangun model. tapi saya lihat paper ini untuk sementara seperti eksplorasi sumber. Cari lebih mencari data² dari literatur. sementara pada pertanyaan terakhir aspeknya lebih kualitatif, padahal eksploratif. sepertinya anda ingin bicarakan treatment, jangan dulu. ini kan topik baru di Indonesia. apakah anda ingin membangun sesuatu yang teoretis kemudian ke lapangan untuk mencari sesuai yang anda buat. atau melakukan studi kualitatif pada beberapa orang yang gila dan miskin, tapi ini bisa spekulatif. o.k.i itu saya lebih suka anda mixed method dulu, construct dari berbagai tempat seperti di Afrika, lalu construct apakah di wilayah yg miskin apakah kecenderungan skit mental banyak. construct harus ditunjang oleh review terhadap pengalaman² dimana². saya agak ragu² untuk kualitatif, karena spekulatif karena belum tentu orang terganggu jiwanya akibat miskin.

1.2 Rocky Tanaamah (ROC):

Saya belum lihat indikator kemiskinan itu terutama untuk mengukur tingkat kemiskinan di NTT, sehingga bisa dilihat benang merahnya dengan kesiapan mental. Hal lain, saya tertarik dengan tabel kesehatan jiwa itu. akan menarik kalau ada pembandingan dengan kabupaten. belum tentu karena kemiskinan, karena bisa saja karena kebudayaan. Misalnya di Manggarai, Sumba Barat, dll. Di Sumba kita terbentuk karena kultur yg seperti itu, jadi tidak pasti karena kemiskinan. Pada waktu kita bangun argumentasi untuk hipotesa bisa diterima maka perlu pembandingan.

1.3 I Wayan Ruspendi (RUS):

Variabel dependen dan independen perlu ditetapkan terlebih dahulu.

1.4 Febry Bataragoa (FEB):

Saya mau mempertegas, masalah miskin itu ada orang yang secara ekonomi tidak terlalu miskin tapi karena mentalnya tidak benar lalu mengaku² miskin. tapi ada orang kaya tapi tidak berdaya jiwanya.

1.5 Jubhar Christian M (JUB):

pertanyaan terakhir menarik. ada joke, ada orang kaya yang sedikit uang dan ada orang miskin yang banyak duit. sama dengan komentar pak Marten. kalau soal hipotesis, saya bisa mengusulkan satu lagi bahwa bukan kedua faktor itu. Saya mau mendekati secara ontologis dulu. Perlu mapping batasan masyarakat tentang miskin, lalu dilihat satu per satu tingkat hubungannya karena bisa jadi hal yang sama terjadi di tempat lain tapi berbeda maknanya. bisa saja kedua² faktor itu terjadi. jadi pada fakta awal pak Julius

perlu memastikan. lalu bisa muncul second hypothesis, tapi starting point adalah bagaimana memahami ontologis ini.

Fokus saya pada mental disorder pada medical point of view. terjadinya mental disorder terjadi pada tataran yang mana?

Apakah faktor yang kita tandai sebagai kemiskinan memiliki korelasi positif dengan yang kita sebut mental disorder.

Banyak negara punya ukuran tentang kemiskinan, lalu dibandingkan sehingga bisa diangkat general parameter of poverty.

1.6 TEN:

Kalau secara logic saja bisa saja diterima hubungan keduanya. Ini sudah diterima apa adanya. Namun sebenarnya yg paling menarik adalah bagaimana ini dilihat sebagai kekhasan pada masing2 wilayah. Mungkin kualitatif oke, tapi yang ini harus diterima dulu oleh logic dan itu melalui bacaan. mungkin melalui meta analysis dapat dilakukan kemudian bisa ditunjukkan relasi antar keduanya.

dalam kemiskinan itu apa? apakah ukuran2 yang normatif itu bisa dipakai? karena bisa saja orang miskin dan happy, bisa saja dia kaya tapi tidak happy.

Mungkin bukan konsep miskin yang dilihat tapi livelihood-nya. bagaimana setiap hari dia mencoba untuk hidup. perempuan mestinya lebih tertekan dengan berbagai tekanan keluarga. Kalau livelihood bisa mencatat kerasnya pekerjaan setiap hari dan tekanan2 yang dihadapi. Ini bisa dilakukan secara kualitatif.

1.7 Yulius Yusak Ranimpi (YUS)

Memang ada kesulitan untuk menentukan kemiskinan. kita pernah diskusi di sini juga. pernah mollie cerita tentang daerah yang miskin tapi happy index-nya tinggi.

jadi sebelum dikaitkan dengan gangguan mental, perlu digali dulu apa makna miskin menurut masyarakat di sana. itu memang sudah digumuli.

mengenai persoalan gangguan mental. untuk didefinisikan sangat tidak mudah. kalau dalam pendekatan positivis, biasanya psikolog sudah memiliki buku panduan. bisa oleh PBB atau dari asosiasi psikiatri Amerika. Indonesia cenderung ke PBB yang disebut ICD 10. tapi jujur saya tidak mau cepat-cepat kesitu. Karena mungkin bisa secara positifis dia dinilai gangguan tapi disana tidak demikian.

1.8 TEN

Sebaiknya mixed methods, dengan paradigma kualitatif. saya anjurkan sebenarnya problem positivis bukan pada ukuran, memang orang2 kadang2 persoalkan ukuran lalu kita pakai pseudo. tapi sebenarnya yang paling penting itu the logic.

jadi logic itu, bagaimana anda membuat satu narasi yang kemudian secara logic bisa meyakinkan orang bahwa itu ada.

salah satu keunggulan positivis adalah dia membangun satu construct lalu kontrol empiricnya. karena itu kenapa diturunkan dalam variabel semua terkontrol, untuk buktikan logic itu. bisa jadi masalah soal alat ukur kurang tepat atau etik merubah data.

Sebenarnya kita kan mau cari kekhasan. ini harus kualitatif. di sana ada istilah *bulan baru*. ini fenomena di indonesia timur, biasanya kalau aneh pada bulan baru dianggap wajar. jadi ini kan gejala, fenomena, ini kan tidak bisa gunakan kuantitatif. yang saya kuatirkan tadi fenomena budaya yang berdiri sendiri lalu anda kaitkan dengan kemiskinan. seperti orang barat datang dan ketemu konsep latak atau amuk.

1.9 JUB

Jadi apakah emphasisnya pada kemiskinannya atau pada mental disorder. lalu kaitkan dengan budaya.

1.10 TEN

Dalam budaya juga bisa menimbulkan stress. misalnya dalam sistem sumbangan atau belis lalu tidak bisa hadir. ini stress budaya.

1.11 ROC

Dalam budaya di Sumba ada bisa stress karena tidak bisa menyumbang acara adat.

1.12 TEN

Sumbangan kan terkait dengan livelihood.

Dalam penelitian Scott ada bentuk- bentuk perlawanan petani terhadap negara. menurut Scott ini karena kemiskinan, menurut saya belum tentu. karena mereka punya asset yang banyak tapi mereka hadapi problem cash. itulah mengapa studi livelihood menjadi penting.

1.13 YUS

Saya memang menghindari untuk percaya bahwa kemiskinan berkorelasi dengan gangguan mental. saya lebih percaya pada persoalan2 lain, termasuk persoalan budaya.

Kalau mau cari data apakah mereka kita cari di

1.14 catatan terputus

1.15 YUS

Saya sudah baca buku Civilization and madness itu. Itu sebabnya saya menghindari yang positivistik. Lalu saya ke kualitatif atau mungkin yang mixed method itu.

1.16 TEN

Mixed methods sudah digunakan dimana2. Memang tetap tekanan pada kualitatif. walaupun kita gunakan indikator2 statistik, itu bukan untuk membuktikan signifikansi lalu selsai tapi dipandang sebagai gejala sosial yang perlu dimunculkan. dalam kasus ini perlu dibuat. tapi kalau ragu dengan data perlu hati2 tapi jangan alergi.

1.17 JUB

Apakah fenomena kegilaan seperti revolusi perancis, hitler, suharto, dll itulah yang kita mau lihat atautkah fenomena berbeda yang mau kita lihat sekarang?

Karena bisa saja faktanya berbeda tapi digunakan istilah yang sama.

1.18 YUS

Memang itu juga pergumulan. karena ada satu artikel soal itu yang sedang saya siapka. tapi memang ada beberapa kriteria gangguan mental. karena orang itu benar2 berada dalam perawatan psikologis atau psikiatrik.

ini saya sedang cari data ini dari kupang sesuai kriteria ini.

tapi ada juga yang sedang saya lihat dalam norma sosialnya. jadi dalam bulan baru tadi itu bukan gila meskipun sesuai dengan icd 10.

atau menggunakan pendekatan diagnosis gangguan mental. intinya kuesioner itu menguji keadaan 30 hari terakhir. jika memenuhi kualifikasi maka disebut masuk kategori gangguan mental atau emosional.

ada lagi kalau menurut orang lain is X gangguan mental tapi menurut dia tidak, maka tidak bisa dianggap.

1.19 TEN

harus hati2. dari sisi epistemologi, seorang peneliti ingin memahami itu, jadi perlu jarak. tapi dari sisi ontologis bukan saja soal orang itu tapi juga bagaimana perspektif masyarakat juga.

kadang2 bisa saja hal semacam ini jika merupakan gejala, mempunyai fungsi dalam masyarakat. misalnya dalam kasus bulan mangkarau tadi, bisa menjadi hiburan sendiri dalam masyarakat yang tanpa hiburan.

tapi begini, di jawa ada fenomena lain yaitu kesurupan. ini sangat khas di sini. bahkan bisa kolektif atau massal.

jadi ada banyak sekali, kesurupan ini juga bisa diteliti.

1.20 YUS

Menarik, dalam kesurupan itu pada beberapa fenomena yg terjadi di jawa. saya mencari kesamaannya. antara lain daerah2 itu memiliki nilai agama yang sangat fanatik, pendapatan ekonomi tidak bagus, dan rata2 perepmpiuhan. mereka berada pada posisi subordinati, misalnya murid perempuan di sekolah, buruh perempuan di perusahaan, atau santri putri di pesantren. ini secara psikologis bisa dijelaskan. misalnya trance. tapi secara internasional adalah kesepakatan bahwa amok, trance, itu tidak dianggap gangguan mental.

1.21 JUB

itu evidences mengenai apa yang bisa disebut sebagai mental disorder tadi.

menjadi unik dengan penelitian yang lain karena ini propose something.

ini akan berimplikasi pada kebijakan pemerintah di negara ini yang menurut mereka adalah miskin.

1.22 YUS

prevalensi gangguan jiwa di negara miskin di afrika.

1.23 TEN

Bagusnya bacaan itu dibawa lalu kita baca bersama dan discuss di sini.

1.24 YUS

Memang itu sudah cukup jauh sampai ke tingkat evaluasi program.

Quality of life yang disebut bung Jubhar itu sudah ada alat ukur dan referensinya. Persoalannya adalah pada biasanya, khususnya apa yang disebut miskin dll.

1.25 JUB

Diskusi ini sangat kondusif.

Tidak perlu ada kesimpulan karena ini merupakan brainstorming bagi kita dan Yus.

PESERTA

- Yulius Yusak Ranimpi. Direktur Program Profesional UKSW dan Peneliti PSKTI UKSW.
- Jubhar Christian Mangimbulude. Dosen Fak Biologi UKSW dan Peneliti UKSW.
- I Wayan Ruspendi Junaedi. Mahasiswa Program Doktor Studi Pembangunan UKSW dan Peneliti PSKTI. rusfil_2001@yahoo.com
- Rocky Tanaamah. Dosen FTI UKSW dan Peneliti PSKTI. atanaamah@yahoo.com
- I Wayan Damayana. Mahasiswa Program Doktor Studi Pembangunan UKSW..
- Yesaya Sandang. Dosen Filsafat UKSW. yesayasandang@gmail.com
- Geritz Febrianto Bataragoa. Mahasiswa Fakultas Pertanian UKSW.
- Nomensen Mirino. Pengurus Pusat GMKI.
- Serly Banja Oru. Mahasiswa FE UKSW dan Staf Sekretariat PSKTI UKSW.
- Marthen Ndoen. Dosen FE UKSW dan Ketua PSKTI UKSW.
- Theofransus Litaay. Dosen FH UKSW dan Peneliti PSKTI UKSW.