

**GAMBARAN DETEKSI DINI STATUS KESEHATAN
JIWA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
ATAMBUA SELATAN
TAHUN 2022**

¹Regina Tavares ²Djulianus Tes Mau, ³Maria Julieta Esperanca Naibili*

*Prodi Keperawatan Universitas Timor, Kampus Atambua, Jl. Wehor Kabuna
Haliwen, Atambua, Nusa Tenggara Timur

*Corresponden Author: julitesmau@gmail.com

Abstrak

Kesehatan Jiwa adalah keadaan atau kondisi sehat badan jasmani, rohani, spiritual dan sosial, serta bukan hanya keadaan bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan, melainkan berkepribadian yang mandiri dan produktif. Deteksi gejala dini dalam gangguan jiwa perlu disosialisasikan kepada masyarakat luas agar tidak terjadi keterlambatan penanganan pada fase awal penempatan atau deteksi kesehatan jiwa. Upaya kesehatan jiwa menjadi upaya kesehatan pokok keenam di Puskesmas. Namun tidak semua Puskesmas memiliki program layanan kesehatan jiwa. **Tujuan** : Mengetahui gambaran deteksi dini status kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas Atambua Selatan. **Metode Penelitian** : Jenis penelitian ini adalah non-eksperimen dengan metode kuantitatif menggunakan desain survey deskriptif. Instrumen yang digunakan untuk deteksi dini kesehatan jiwa adalah SRQ 20-item. Penelitian ini mendeskripsikan tentang Kesehatan Jiwa Masyarakat di Puskesmas Atambua Selatan. **Hasil** : Deteksi dini kesehatan jiwa berjumlah 169 responden yang terindikasi masalah kesehatan jiwa/GME sebesar 29,6%; Normal/Tidak terindikasi masalah kesehatan jiwa sebesar 70,4%; gejala somatik sebesar 60,4%; gejala penurunan energi sebesar 60,4%; gejala cemas sebesar 52,7%; gejala depresi sebesar 36,1% dan gejala kognitif sebesar 37,3%. **Kesimpulan**: Deteksi dini kesehatan jiwa sangat penting dan perlu disosialisasikan kepada masyarakat untuk mencegah keterlambatan penanganan pada fase awal. Puskesmas harus melakukan *follow up* untuk meningkatkan kesehatan jiwa masyarakat melalui promosi kesehatan.

Kata kunci : Deteksi Dini; Kesehatan Jiwa; Masyarakat; Wilayah Kerja Puskesmas Atambua Selatan

**OVER VIEW OF EARLY DETECTION OF COMMUNITY MENTAL
HEALTH STATUS IN THE SOUTH ATAMBUA COMMUNITY HEALTH CENTER
YEAR 2022**

¹Regina Tavares, ²Djulianus Tes Mau, ³Maria Julieta Esperanza Naibili

*Prodi Keperawatan Universitas Timor, Kampus Atambua, Jl. Wehor Kabuna
Haliwen, Atambua, Nusa Tenggara Timur

Corresponden Author : julitesmau@gmail.com

Abstrak

*Mental health is a state or condition of being physically, mentally, spiritually and socially healthy, and not only a state of being free from disease, disability and weakness, but an independent and productive personality. Early detection of symptoms of mental disorders needs to be socialized to the wider community so that there is no delay in handling in the early phase of mental health detection. Mental health efforts be the sixth main health effort in community health centers, however, not all community health centers have mental health service programs. **Goal:** knowing the description of early detection of mental health status of the community at the South Atambua community health center.*

Research method: *This type of research is non-experimental with quantitative methods using a descriptive survey design. The instrument used for early detection of mental health is the 20-items SRQ. This study describes the mental health of the community at the South Atambua community health center. **Result:** Early detection of mental health was carried out on 169 respondents who indicated mental health problems. GME are 29,6%; No indication of mental health (normal) are 70%; somatic symptoms are 60,4%; symptoms of decreased energy are 60,4%; symptom of anxiety are 52,7%; depression symptoms are 36,1% and cognitive symptoms are 37,3%.*

Conclusion: *Early detection of mental health is very important and needs to be socialized to the community to prevent delays in handling in the early phase. Community health centers must follow up the early detection of mental health program to improve the mental health of the community through health promotin.*

Key word: *Early Detection; Mental Health; Community; The working area of the South Atambua community health center.*

LATAR BELAKANG

Kesehatan Jiwa merupakan keadaan sehat badan jasmani,rohani,spiritual dan sosial, serta bukan hanya keadaan bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan, melainkan berkepribadian yang mandiri dan berproduktif, dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental,spiritual dan social. Kemampuan yang dimiliki oleh individu dapat mengatasi tekanan dan bekerja secara produktif serta mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kondisi perkembangan yang tidak sesuai pada individu disebut sebagai gangguan jiwa (Miramis,2008 dalam Indrayati dkk,2019) .Masalah kesehatan jiwa adalah masalah yang menjadi perhatian utama baik di negara maju maupun negara berkembang dan diperkirakansekitar 450 juta orang menderita gangguan jiwa yang menempatkan gangguan jiwa sebagai masalah kesehatan dan kecacatan di seluruh dunia.BerdasarkanWorld Health Organization(WHO)(2014) beban penyakit global mencakup depresi, penyalahgunaan narkoba dan alkohol. Depresi sebagai penyumbang utama kematian akibat bunuh diri mencapai 800.000 orang pertahun

yang menimbulkan 1 kematian setiap 40 detik dan kecacatan global sebesar 4.4% atau 322 juta orang. Kecemasan 3.6% atau 264 juta orang. Skizofrenia sebanyak 23 juta orang. Epilepsi sebanyak 50 juta orang. Penyalahgunaan narkoba sebesar 5.6% atau 275 juta orang dan penyalahgunaan alkohol sebanyak 3.3 juta orang (WHO, 2018).

Masalah gangguan jiwa di Indonesia cukup tinggi termasuk gangguan jiwa berat (skizofrenia) mencapai 7% per 1000 penduduk (Risksedas,2018). Data WHO menunjukkan bahwa gangguan psikotik yang paling lazim terjadi dan memiliki prevalensi global cukup tinggi, yaitu 0.7-1% dari total populasi seluruh dunia. Selain itu, Berdasarkan Davey (2008) menyebutkan rentang 0,5-2% dari total populasi global (WFMH, 2014; Davey, 2008 dalam Kurniawan, 2016). Pada tahun 2018 prevalensi gangguan jiwa di Indonesia pada individu yang mengalami skizofrenia atau psikosis berjumlah 11 per mil. Jumlah ini meningkat dari tahun 2013 yang berjumlah 2,3 per mil. Individu yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia yang tidak berobat 51,1% dan yang berobat 48,9%.

Alasan individu tidak rutin minum obat tertinggi adalah merasa sudah sehat 36,1%; tidak rutin berobat 33,7%; tidak mampu membeli obat 23,6%; tidak tahan dengan ekonomi sosial 7%; dan sering lupa 6,1% (Risksedas,2018 dalam indrayati, et al, 2019). Provinsi GME tertinggi pada tahun 2018 adalah Sulawesi Tengah sebesar 19,8%, Gorontalo sebesar 15,6%, dan NTT sebesar 15% (Risksedas, 2018). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Belu (2019) tentang Capaian Indikator Program Penyakit Tidak Menular (PTM) di Kabupaten Belu periode Januari-Desember 2018/2019 angka Orang Dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJB) sebanyak 16 orang yang terdiri dari tahun 2018 sebanyak 8 orang dan 2019 sebanyak 8 orang (Dinas Kabupaten Belu,2019).

Upaya penyembuhan gangguan jiwa tidak dilakukan sendiri, akan tetapi membutuhkan peran keluarga dalam memahami gejala yang dialami pasien, membantu masalah administrasi Ketika kambuh, membantu finansial Ketika dirawat, menerima pasien apa adanya serta membantu mempertahankan kondisi pasien agar tidak menjadi lebih buruk lagi sehingga dapat melanjutkan kehidupan di masyarakat (Salahudin, 2009).

Selanjutnya, upaya kesehatan jiwa untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Indri, et al, 201; UU No 18 Tahun 2014). Salah satu upaya preventif yang dilakukan untuk deteksi dini kesehatan jiwa dengan menggunakan media *Self Reporting Questionnaire* (SRQ). SRQ merupakan alat untuk mengukur kondisi mental seseorang yang memiliki batasan waktu 30 hari sehingga dapat ditindaklanjuti dengan cepat, terintegrasi, dan optimal. SRQ akan meminimalkan kerentanan warga yang berisiko mengalami masalah kejiwaan yang sering disebut dengan Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK). Deteksi gejala dini dalam gangguan jiwa perlu disosialisasikan kepada masyarakat luas agar tidak terjadi keterlambatan penanganan pada fase awal yang dapat disembuhkan. Puskesmas merupakan tempat penempatan atau deteksi dini kesehatan jiwa yang ada dimasyarakat (Rahmawati dan Eryando, 2021).

METODE

Jenis penelitian adalah non-eksperimen dengan metode kuantitatif menggunakan desain survey deskriptif dengan tujuan untuk mendeskripsikan suatu keadaan di dalam masyarakat tentang kesehatan jiwa masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Atambua Selatan Kabupaten Belu Propinsi NTT. Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah rata-rata masyarakat yang berada di wilayah Puskesmas Atambua Selatan pada bulan Juni 2021 sampai dengan Desember 2021 yaitu berjumlah 250 orang.

Kriteria sampel adalah masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Atambua Selatan. Teknik pengambilan sampling menggunakan metode *incidental sampling*, yaitu :1) masyarakat yang berusia 15 - \geq 75 tahun. 2) masyarakat yang termasuk wilayah Puskesmas Atambua Selatan, 3) dapat membaca dan menulis, 4) bersedia mengikuti proses penelitian serta menandatangani surat persetujuan sebagai peserta atau responden penelitian. Sedangkan kriteria eksklusif adalah : 1) orang yang sudah termasuk Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), 2) Orang yang sakit sehingga tidak dapat berpartisipasi dalam penelitian dan 3) orang yang sakit maupun sehat tidak bersedia. Pengumpulan data dengan menggunakan instrument (A) tentang karakteristik responden terdiri dari nama, umur, jenis kelamin,

pekerjaan, pendidikan, status, dan alamat. Instrument (B) tentang kuesioner deteksi dini kesehatan jiwa terdiri dari 20 butir pertanyaan, menggunakan skala Guttman dengan dua jawaban yaitu YA/TIDAK.

Alat ukur yang digunakan adalah *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ). SRQ merupakan kuesioner yang sudah valid dan reliabel untuk melakukan skrining gangguan psikriati yang terdiri dari 20 butir pertanyaan yang berhubungan dengan nyeri tertentu serta masalah yang mungkin mengganggu seseorang selama 30 hari. Responden akan menjawab (Ya) apabila pertanyaan yang ada dalam kuesioner sesuai dengan apa yang dialaminya dalam 30 hari dan menjawab (Tidak) jika responden merasa dalam 30 hari terakhir tidak mengalami kejadian yang ada dalam kuesioner. Menurut Balitbang Kemenkes RI apabila seseorang menjawab ya sebanyak enam kali atau lebih dari total 20 pertanyaan yang tersedia, maka orang tersebut memiliki indikasi permasalahan kesehatan mental (Igbal dan Rizqulloh, 2020). Pengukuran variabel penelitian menggunakan (SRQ-20), nilai Cronbach alpha kuesioner internal yang baik (Wayaningsi, et al 2018).

HASIL

Data Umum

Karakteristik responden menurut umur

Tabel 1 Distribusi Umur Responden

Umur	Frekuensi	Persentase
17 Tahun-21 Tahun	52	31,4
22 Tahun-26 Tahun	22	13,0
27 Tahun-31 Tahun	16	9,5
32 Tahun-36 Tahun	19	11,2
37 Tahun-40 Tahun	12	7,1
41 Tahun-46 Tahun	16	9,5
47 Tahun-51 Tahun	25	14,8
52 Tahun-56 Tahun	4	2,4
57 Tahun-61 Tahun	1	0,6
62 Tahun-66 Tahun	1	0,6
Umur (Mean, Sd)	31,4;12,3	
Total	169	100

Sumber : Data primer, September 2021

Berdasarkan tabel 1 diatas menunjukkan bahwa rata – rata umur responden adalah 31 tahun dengan rentang 17tahun– 66 tahun, dengan standar deviasi 12,3, mayoritas $61 \leq$ responden terendah adalah 17 tahun dan tertinggi adalah responden berusia 17 tahun - 21 tahun sebanyak 53 (31,4%).

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin

Tabel 2Distribusi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-Laki	83	49.1
Perempuan	86	50.9
Total	169	100

Sumber : Data Primer, September 2021

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa etnis kelamin responden mayoritas perempuan sebanyak 86 responden (50,9%) dan laki-laki sebanyak 83 responden (49,1%).

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pekerjaan

Tabel 3 Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase
IRT	47	27,8
Pelajar/Mahasiswa	47	27,8
Petani	35	20,7
Perawat	1	6
Guru	2	1,2
Wartawan	1	6
Wiraswasta	23	13,6
BUMN	1	6
Ojek	4	2,4
Pedagang	1	6
Pensiunan	1	6
PNS	6	3,6
Total	169	100

Sumber: Data primer, September 2021

Tabel 3 menunjukkan bahwa pekerjaan responden mayoritas IRT sebanyak 47 responden (27,8%), Pelajar/Mahasiswa sebanyak 47 responden (27,8%), Petani sebanyak 35 responden (20,7%), dan wiraswasta sebanyak 23 responden (13,6%).

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pendidikan

Tabel 4 Distribusi Pendidikan Responden

Pendidikan	Frekuensi	Persentase
SD	37	21,9
SMP	19	11,2
SMA	97	57,4
D-III	3	1,8
S1	12	7,1
S2	1	6
Total	169	100

Sumber: Data primer, September 2021

Tabel 4 menunjukkan bahwa Pendidikan responden mayoritas SMA sebanyak 97 responden (57,4%), SD sebanyak 37 responden (21,9%), dan SMP sebanyak 19 responden (11,2%).

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Status Menikah

Tabel 5 Distribusi Status Menikah Responden

Status	Frekuensi	Persentase
Menikah	97	57,4
Belum menikah	72	42,6
Total	169	100

Sumber: Data primer, September 2021

Tabel 5 menunjukkan bahwa status responden mayoritas sudah menikah 97 responden (57,4%) dan belum menikah 72 responden (42,6%).

Distribusi Frekuensi Responden Menurut Alamat

Tabel 6 Distribusi Alamat Responden

Alamat	Frekuensi	Persentase
--------	-----------	------------

Fatukbot	1	6
Santa cruz	9	5,3
Tubakioan	11	6,5
Motabuik	6	3,6
kuburan cina	13	7,7
Weaituan	1	6
Km.3	10	5,9
Nufuak	27	16
Asuulun	69	40,8
Halituku	5	3,0
Haliren	4	2,4
Tabean	5	3,0
Masmae	2	1,2
Loloa	2	1,2
Tini	4	2,4
Total	169	100

Sumber: Data primer, September 2021

Tabel 6 menunjukkan bahwa mayoritas responden berasal dari Asuulun sebanyak 69 responden (40,8%), Nufuak sebanyak 27 responden (16%), Kuburan Cina 13 responden (7,7%) dan Tubakioan sebanyak 11 responden (6,5%).

Data khusus

Deteksi Dini Kesehatan Mental Menggunakan Metode *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20 item).

Hasil deteksi dini kesehatan mental berjumlah 169 responden dapat dilihat pada tabel 7

Tabel 7 Distribusi Frekuensi SRQ-20 Item

	Frekuensi	Persentase
Normal/Tidak terindikasi Masalah Kesehatan Jiwa	119	70,4
Terindikasi masalah Kesehatan jiwa/GME	50	29,6
Total	169	100

Sumber : Data Primer, September 2021

Tabel 7 menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak terindikasi masalah kesehatan jiwa (Normal) sebanyak 119 responden (70,4%) dan masyarakat yang terindikasi masalah kesehatan jiwa (GME) sebanyak 50 responden (29,6%).

Distribusi Frekuensi Gejala Somatik**Tabel 8 Distribusi Frekuensi Gejala Somatik**

	Frekuensi	Persentase
Ya	102	60,4
Tidak	67	39,6
Total	169	100

Sumber: Data Primer, September 2021

Tabel 8 menunjukkan bahwa dari 169 responden yang mengalami gejala somatik (ya) sebanyak 102 orang (60,4%) dan yang (tidak) mengalami gejala somatik sebanyak 67 orang (39,6%).

Distribusi Frekuensi Gejala Cemas**Tabel 9 Distribusi Frekuensi Gejala Cemas**

Gejala Cemas	Frekuensi	Persentase
Ya	89	52,7
Tidak	80	47,3
Total	169	100

Sumber: Data Primer, September 2021`

Tabel 9 menunjukkan bahwa 169 responden yang mengalami gejala cemas (ya) sebanyak 89 orang (52,7%) dan yang (tidak) mengalami gejala cemas sebanyak 80 (47,3%)

Distribusi Frekuensi Gejala Depresi**Tabel 10 Distribusi Frekuensi Gejala Depresi**

Gejala Depresi	Frekuensi	Persentase
Ya	61	36,1
Tidak	108	63,9
Total	169	100

Sumber: Data Primer, September 2021

Tabel 10 menunjukkan bahwa 169 responden yang mengalami gejala depresi (ya) sebanyak 61 orang (36,1%) dan yang (tidak) mengalami gejala depresi sebanyak 108 (63,9%)

Distribusi Frekuensi Gejala Kognitif**Tabel 11 Distribusi Frekuensi Gejala Kognitif**

Gejala Kognitif	Frekuensi	Persentase
Ya	63	37,3
Tidak	106	62,7
Total	169	100

Sumber: Data Primer, September 2021

Tabel 11 menunjukkan bahwa 169 responden yang mengalami gejala kognitif (ya) sebanyak 63 orang (37,3%) dan yang (tidak) mengalami gejala kognitif sebanyak 106 (62,7%).

Distribusi Frekuensi Gejala Penurunan Energi**Tabel 12 Distribusi Frekuensi Gejala Penurunan Energi**

Gejala Penurunan Energi	Frekuensi	Persentase
Ya	102	60,4
Tidak	67	39,6
Total	169	100

Sumber: Data Primer, September 2021

Tabel 12 menunjukkan bahwa 169 responden yang mengalami gejala penurunan energi (ya) sebanyak 102 orang (60,4%) dan yang (tidak) mengalami gejala penurunan energi sebanyak 67 (39,6%).

PEMBAHASAN**Deteksi Dini Kesehatan Jiwa di Puskesmas Atambua Selatan**

Deteksi dini kesehatan jiwa diukur dengan menggunakan kuesioner SRQ-20 item. Apabila skor yang didapatkan responden 0-5 maka responden tidak mengalami gangguan mental emosional. Sedangkan responden yang memiliki skor lebih dari 6-20 termasuk dalam kategori gangguan mental emosional.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden tidak terindikasi masalah kesehatan jiwa (Normal) sebanyak 119 responden (70,4%) dan masyarakat yang terindikasi masalah kesehatan jiwa (GME) sebanyak

50 responden (29,6%). Berdasarkan Undang-Undang No.18 Tahun 2014 kesehatan jiwa adalah kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Kesehatan jiwa juga merupakan suatu keberhasilan adaptasi terhadap stressor dari lingkungan internal atau eksternal, dibuktikan dengan pemikiran, perasaan dan perilaku yang sesuai dengan usianya dan selaras dengan norma lokal dan budaya (Townsend,2009 dalam Imelisa et al, 2021).

Karakteristik seseorang yang sehat jiwanya, dapat dijelaskan melalui piramida kebutuhan dasar yang disampaikan oleh Abraham Maslow. Maslow menjelaskan mengenai hierarki kebutuhan dasar manusia dengan skema berbentuk piramid tersebut adalah '*self actualization*'. Maslow menggambarkan aktualisasi diri tersebut sebagai 'sehat secara psikologi, menjadi manusia seutuhnya, meningkat sepenuhnya, dan matang sepenuhnya'. Menurut Maslow, seseorang yang 'sehat' atau mengaktualisasikan dirinya, memiliki karakteristik seperti persepsi terhadap realita yang sesuai; kemampuan menerima diri sendiri, orang lain dan sifat alami manusia, kemampuan untuk menunjukkan spontanitas, kapasitas untuk berkonsentrasi pada penyelesaian masalah, kebutuhan untuk memisahkan diri dan kebutuhan untuk '*privacy*', kemandirian, otonomi, dan *a resistance to enculturation*, Reaksi emosi yang kuat, beberapa pengalaman puncak yang menunjukkan kebergunaan, kekayaan dan keindahan hidup, identifikasi dengan umat manusia, kemampuan untuk mencapai kepuasan dalam hubungan interpersonal, struktur karakter yang demokratis dan rasa etis yang kuat, kreativitas, dan derajat ketidakpatuhan. Ciri sehat jiwa antara lain: Sikap positif terhadap diri sendiri, Pertumbuhan, perkembangan, dan kemampuan mencapai aktualisasi diri, Integritas, Otonomi, Persepsi realita, dan penguasaan pada lingkungan (Imelisa, 2021). Dimensi positif dari kesehatan mental ditekankan dalam defenisi WHO tentang Kesehatan sebagaimana tercantum dalam konstitusinya:” Kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.” (WHO, 2003 dalam Purba et al, 2021).

Konsep kesehatan mental meliputi kesejahteraan subjektif, *self-efficacy* yang dirasakan, otonomi, kompetensi, ketergantungan antara generasi dan pengakuan kemampuan untuk mewujudkan potensi intelektual dan emosional seseorang. Hal ini juga didefinisikan sebagai keadaan sejahtera di mana individu mengenali kemampuan mereka, mampu mengatasi tekanan hidup yang normal, bekerja secara produktif dan bermanfaat, dan memberikan kontribusi kepada komunitas mereka (WHO, 2003 dalam Purba et al, 2021).

Kesehatan fisik maupun mental sangat penting dan tidak terpisah, fungsi mental, fisik, dan sosial saling bergantung (WHO, 2004 dalam Purba et al, 2021). Kualitas kesehatan mental seseorang dipengaruhi oleh faktor dan pengalaman idiosinkratik, hubungan dan keadaan keluarga mereka dan masyarakat luas di mana mereka tinggal. Selain itu, setiap budaya memengaruhi pemahaman dan sikap orang terhadap masalah kesehatan mental. Namun, pendekatan budaya khusus untuk membantu jika mengasumsikan homogenitas dalam budaya mengabaikan perbedaan individu (WHO, 2004 dalam Purba et al, 2021).

Gangguan mental emosional (GME) merupakan suatu keadaan yang mengidentifikasi adanya perubahan emosional pada individu yang dapat berkembang pada keadaan patologis (Idaini, et al., 2009; Qonitah & Isfandian, 2015). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Qonitah & Isfandiani (2015) di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang Kediri, GME sebesar 23% dengan gejala yang sering kali dialami oleh responden yang mengalami gangguan mental (GME) adalah gejala somatik yakni berupa sakit kepala. Sedangkan pada penelitian ini ditemukan GME sebesar 50 responden (29,6%) dengan gejala yang seringkali dialami oleh responden yang mengalami GME adalah gejala somatik dan gejala penurunan energi.

Gejala somatik merupakan gangguan pernafasan atau gangguan anggota tubuh seperti jantung berdebar, berkeringat, tekanan darah meningkat, dan gangguan pencernaan, bahkan terjadi kelelahan dan sampai pingsan (Alficandra ,et al. 2021). Pengukuran gejala somatik menggunakan SRQ-20 item yang tercakup dalam 4 butir item (1, 2, 7, dan 19) yang ditandai dengan gejala selama 30 hari (1 bulan) seperti

sering mengeluh sakit kepala, tidak nafsu makan, gangguan pencernaan, perasaan tidak nyaman pada perut. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 102 responden (60,4%) mengalami gejala somatik.

Berdasarkan hasil penelitian juga ditemukan 102 responden (60,4%) mengalami gejala penurunan energi. Pengukuran gejala energi menggunakan SRQ-20 item yang tercakup dalam 3 butir item (11, 18, dan 20) yang ditandai dengan gejala selama 30 hari (1 bulan) seperti merasa sulit untuk menikmati kegiatan sehari-hari, merasa Lelah sepanjang hari, dan mudah lelah. Gejala utama kelelahan secara umum adalah suatu perasaan letih luar biasa yang dirasakan seseorang. Semua aktivitas menjadi terganggu dan terhambat karena munculnya gejala kelelahan tersebut. Tidak ada gairah dalam bekerja baik secara fisik maupun psikis, segalanya terasa berat dan melelahkan. Kelelahan umum biasanya dapat ditandai dengan berkurangnya kemauan untuk bekerja yang disebabkan oleh karena monotomi, intensitas, dan lamanya kerja fisik, keadaan dirumah, kondisi mental, status dan kesehatan gizi. Kelelahan umum merupakan suatu keadaan dimana seseorang mengalami penurunan gairah, susah berkonsentrasi dan lesu untuk melakukan aktivitas. Kelelahan umumitu sendiri disebabkan oleh keadaan persarafan sentral atau kondisi psikis-psikologis (Suma'mur, 2013 dalam Sari, 2021). Kelelahan itu sendiri diakibatkan oleh penumpukan asam laktat di otot-otot dan di dalam aliran darah. Akibat dari penumpukan asam laktat tersebut salah satunya adalah terjadi penurunan kerja otot-otot, kemungkinan syaraf tepi dan sentral sehingga tubuh mudah merasa lemas dan lelah (Setyawati, 2010 dalam Sari, 2021).

Gambaran gejala kelelahan secara subjektif dan objektif antara lain menurut (Budiono dkk, 2003; dalam Sari, 2021) yaitu perasaan lesu, ngantuk dan pusing, tidak ada kurangnya kemampuan untuk berkonsentrasi, berkurangnya tingkat kewaspadaan, persepsi yang buruk dan lambat, tidak ada atau berkurangnya gairah untuk bekerja dan menurunnya kinerja jasmani dan rohani. Semua gejala di atas terutama ditunjukkan dalam wujud keluhan psikosomatis, dimana terjadi gangguan fungsional organ dalam tubuh atau sirkulasi pada seorang yang merupakan wujud eksternal, akibat konflik psikologis dan kesulitan -kesulitan lainnya. Bentuk umum

dari gejala ini adalah sakit kepala, perasaan pusing atau mabuk, kesulitan untuk tidur, detak jantung tidak normal, keluar keringat secara berlebihan dan masalah pencernaan, sama halnya dengan kelelahan umum munculnya tanda-tanda kelelahan psikosomatis.

Job & Dalziel, (2001) dalam Kurniawidjaja, et al, (2020) menyatakan bahwa kondisi kelelahan akan menyebabkan kapasitas seluler kekurangan energi untuk mempertahankan aktivitas normalnya. Kelelahan otot disebabkan karena luaran energi yang digunakan untuk melakukan kontraksi otot lebih banyak dari energi berupa glukosa dan senyawa fosfor, terjadi kekurangan energi sehingga dapat menurunkan kekuatan atau daya kerja otot. Selain itu, kekurangan energi memicu produk limbah berupa asam laktat dan karbondioksida yang membuat jaringan otot menjadi lebih asam, asam laktat yang tinggi menimbulkan rasa lelah dan nyeri. Di sisi lain, ambang kelelahan berbeda pada setiap individu, dan persepsi kelelahan merupakan suatu mekanisme perlindungan agar tubuh terhindar dari kerusakan lebih lanjut akibat kegiatan yang berlebihan sehingga dapat terjadi pemulihan setelah istirahat. Kelelahan yang berlebih bila tidak teratasi dan bila menjadi kronik dapat menimbulkan gangguan homeostasis dalam tubuh yang bermuara pada penurunan daya tahan tubuh dan penurunan kapasitas kerja karena banyak kesalahan dalam bekerja, serta penurunan efektivitas dan efisiensi kerja. Kelelahan tidak hanya berdampak pada kesehatan, namun minimal pada tiga aspek, yaitu; aspek psiko-sosial, fisiko- fisiologikal, dan psiko-imunitas (Kurniawidjaja, et al. 2020).

Cemas merupakan suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan. Individu-individu yang tergolong normal kadang mengalami kecemasan yang menampak, sehingga dapat disaksikan pada penampilan yang berupa gejala-gejala fisik maupun mental. Gejala tersebut lebih jelas pada individu yang mengalami gangguan mental. Lebih jelas lagi bagi individu yang mengidap penyakit mental yang parah (Alficandra ,et al. 2021). Pengukuran gejala cemas menggunakan SRQ-20 item yang tercakup dalam 3 butir item (3, 4, dan 5) antara lain sulit tidur, mudah takut, merasa tegang, cemas, dan khawatir.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 89 responden (52,7%) mengalami gejala cemas.

Gejala depresi merupakan gangguan mental umum yang sering ditandai dengan gangguan perasaan atau mood, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau harga diri yang rendah, susah tidur, penurunan nafsu makan, energi rendah, dan konsentrasi yang buruk (WHO, 2012). WHO juga menyebutkan pada kondisi yang parah depresi dapat memicu seseorang untuk bunuh diri (Arini & Syarli, 2020). Pengukuran gejala depresi menggunakan SRQ-20 item yang tercakup dalam 7 butir item (6, 9, 10, 14, 15, 16, dan 17) antara lain sering mengeluh tangan gemetar, merasa tidak bahagia, menangis lebih sering, tidak mampu melakukan hal-hal yang bermanfaat dalam hidup, kehilangan minat pada berbagai hal, merasa tidak berharga, dan mempunyai pikiran untuk mengakhiri hidup. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 61 responden (37,3%) mengalami gejala depresi.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan 63 responden (37,3%) mengalami gejala kognitif. Pengukuran gejala kognitif menggunakan SRQ-20 item yang tercakup dalam 3 butir item (8, 12, dan 13) antara lain sering merasa sulit berpikir jernih, sulit untuk mengambil keputusan, dan pekerjaan sehari-hari terganggu. Menurut Risma (2015) dalam Alficandra. et al., (2021) Gejala kognitif seperti, khawatir terhadap segala macam masalah yang mungkin terjadi, sulit berkonsentrasi atau mengambil keputusan, khawatir, kesulitan tidur atau insomnia, tidak fokus terhadap masalah yang akan diselesaikan dalam menghadapinya, kesulitan dalam membaca dan memahami pertanyaan ujian, dan kesulitan berpikir secara sistematis.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa kesehatan jiwa masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Atambua selatan dengan kategori Normal sebanyak 119 responden (70,4%); dan Terindikasi Gangguan Mental Emosional sebanyak 50 responden (29,6%); Gejala Gangguan Somatik sebanyak 102 responden (60,4%); Gejala Penurunan Energi

sebanyak 102 responden(60,4%); Gejala Cemas sebanyak 89 responden(52,7%); Gejala Depresi sebanyak 61 responden(36,1%); Gejala Kognitif sebanyak 63 responden(37,3%).

SARAN

1. Bagi Puskesmas Atambua Selatan

Agar dapat meningkatkan program pelayanan kesehatan jiwa melalui deteksi dini dan sosialisasi *follow up* kesehatan jiwa sebagai upaya untuk mencegah keterlambatan penanganan pada fase awal *follow up*.

2. Bagi Masyarakat

Agar masyarakat lebih sadar akan pentingnya kesehatan jiwa

DAFTAR PUSTAKA

- AH. Yusuf, et al. 2015. *Buku ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* ; Jakarta : Salemba Medika.
- Aziz Alimut. 2014. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Data*: Jakarta Salemba Medika.
- Amanda, L., Yanuar, F., & Devianto, D. (2019). *Uji Validitas dan Reliabilitas tingkat partisipasi politik masyarakat kota padang*. *al matematika UNAND*, 8 (1), 179 – 188.
- Arini. Larasuci, dan Syarli, Setiadi. (2020). *Deteksi Dini Gangguan Jiwa Dan Masalah Psikososial Dengan Menggunakan Self Reporting Questioner*. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5 (1).
- Alficandra, R.T, 2021. *Latihan Quiet Eye Untuk Akurasi Tendangan Dalam Sepakbola*. Zahira Media Publisher 2021.
- Alimul, A.A, 2014. *Metodologi Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Belu 2019, *Capaian Indikator Program Penyakit Tidak Menular (PTM)*. Kabupaten Belu Periode Januari-Desember 2018/2019.
- Kurniawan , Yudi; Sulistyarini, Indharia. 2016. *komunitas SEHATI*. *Insan Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*, Vol. 1 (2), 112-124, doi: 10.20473.

- Kurniawidjaja, et al. 2020. *Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan di Tempat Kerja Meningkatkan Produktivitas*. Jakarta : UI Publishing
- Iqbal. Muhammad dan Rizqulloh Lutfiyah, 2020, *Deteksi Dini Kesehatan mental Akibat Pandemi Covid-19 Pada Unnes Sex Care Community Melalui Metode Self Reporting Questionnaire*. Jurnal PRAXIS, Vol. 3 (1).
- Imelisa, Rahmi., Roswendi, Achmad Setya., Wisnusakti, Khrisna., Ayu, Inggrit Restika. 2021. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikososial*. Edu Publister 2021.
- Naibili, M.JE dan Rochmawati Erna, 2019. *Jurnal Penelitian Keperawatan*. Vol. 5 (2), Agustus 2019: 88-187.
- Novi Indryati, et al, 2019. *Peningkatan Pengetahuan Kader Tentang Deteksi Dini Kesehatan Jiwa Melalui Pendidikan Kesehatan Jiwa*. Jurnal Penelitian Profesional, Vol. 1 (1), November 2019: 33-40
- PH. Livana, et al 2018. *Gambaran Kesehatan Jiwa Masyarakat*. Jurnal Keperawatan: Vol. 6 (1), Mei 2018: 60-63.
- Purba, D.H, et al. 2021. *Kesehatan Mental*. Yayasan Kita Menulis 2021.
- Riset Kesehatan Dasar, 2018. Hasil Utama Riskesdas 2018. *Kementrian Kesehatan Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan* .
- Rahmawati, D. Fitria, dan Eryando Tris, 2021. *Pengembangan Situs Web Deteksi Dini Kesehatan Jiwa*. Journal of Indonesia System For Public health. Vol. 6 (2). Agustus 2021: 8-16.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014. *Tentang Kesehatan Jiwa*.https://www.goggle.com/search?q=undang+undang+kesehatan+jiwa+no+18+tahun+2014&rlz=1CDGOYI_enID928&oq=undang+undang+Kesehatan+Jiwa+&aqs=chrome.1.69i512I3j0i22i30I30I2.23477j1j7&hl=id&sourceid=chrome-mobil&ie=UTF-8.
- Sambonu Filia, et al, 2019. *Deteksi Dini Status Kesehatan Jiwa Warga Sorosutan*. Jurnal Pengabdian Harapan Ibu (JHP). Vol. 1 (2), Oktober 2019.
- Sri Idiani, 2009. *Analisis 20 Butir Pertanyaan Self Reporting Questionnaire Pada Masyarakat Indonesia*.

- Scazufca Marcia, et al, 2009. *Validity Of The Self Reporting Questionnaire-20 In Epidemiological Studies With Older Adults*. Original Paper, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 44:247-254, 2009.
- Sari, Nila. 2021. *Skripsi Hubungan Antara Tingkat Kelelahan Dengan Tingkat Stres Pada Perawat Selama Pandemi COVID-19 di Ruang Isolasi RSUP H Adam Malik*. Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara 2021. Https Diakses pada 18-Maret-2022 Pukul 13:05.
- Westhuizen, C.V, et al, 2016. *Validation Of The Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) For Use In A Low- And Middle-Income Country Emergency Centre Setting*. Int J Ment Health Addict. 1;14 (1):37-48.
- Wuyaningsih, Emi Wuri dan Larasati, Dutya Intan, 2018. *Permasalahan Kesehatan Jiwa pengasuh Anak Cerebral Palsy (CP) Di Komunitas Keluarga CP (KCP): Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20)*. Nurseline Journal. Vol. 3(1), Mei 2018.
- Widi, R. 2011. *Uji Validasi Dan Reliabilitas Dalam Penelitian Epidemiologi Kedokteran Gigi 2011*.
- Qoanitah, Nabilah dan Isfandiari, Muhammad Atoillah, 2015. *Hubungan Antara IMT dan Kemandirian Fisik Dengan Gangguan Mental Emosional Pada Lansia*. Jurnal Berkalah. Vol. 3 (1), Januari 2015.