

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Menurut WHO, gangguan depresi menjangkit setidaknya sepertiga dari total populasi dunia, yang mana angka tersebut merupakan angka yang hanya dilaporkan. Depresi sulit didata karena gejalanya yang sulit dibaca tanpa pengecekan dokter serta stigma masyarakat yang menekan penderita untuk mencari bantuan medis. Penelitian yang dilakukan oleh WHO juga menunjukkan bahwa setiap orang setidaknya pernah mengalami gangguan depresi. Depresi dan bunuh diri merupakan gangguan kesehatan mental yang dapat menghambat manusia tidak hanya dalam manajemen pikiran, emosi, sikap, dan interaksinya sendiri terhadap orang-orang di sekitarnya namun juga terhadap lingkungan sosial, budaya, ekonomi, dan politik. Faktor-faktor yang paling terpengaruh dari gangguan mental ini dalam skala besar di antaranya kebijakan nasional suatu negara, perlindungan sosial, standar kehidupan, kondisi kerja, dan kestabilan komunitas dalam masyarakat. Banyak hal yang dapat dilakukan agar masyarakat terhindar dari gangguan depresi, namun tidak semua negara memiliki kapasitas yang sama untuk memenuhi lingkungan nasional yang mendukung. Atas urgensinya, WHO memberikan peranan bagi negara-negara anggotanya untuk mencegah dan menanggulangi gangguan mental yang dianggap sebagai beban global oleh organisasi internasional tersebut.

Jepang merupakan salah satu negara dengan sejarah panjang terkait depresi dan bunuh diri. Per tahun 2012, Jepang berdiri di antara negara dengan tingkat bunuh diri tertinggi dalam jajaran kelompok negara ekonomi maju. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan sebelum-sebelumnya, setidaknya satu dari empat individu di Jepang mengalami depresi dan pernah merencanakan percobaan bunuh diri serius. Penyebab bunuh diri dan gangguan depresi dalam masyarakatnya beragam, namun mayoritas disebabkan oleh kondisi ekonomi, sosial, dan masalah ekstrapersonal masyarakat, seperti gangguan

finansial, pekerjaan, gender, pendidikan, dan budaya. Gangguan depresi dan fenomena bunuh diri telah merugikan Jepang utamanya secara ekonomi serta demografis. Depresi menjadi penyebab kematian tertinggi keempat di Jepang setelah kanker, penyakit jantung, dan usia tua. Melihat besarnya kerugian yang dihadapi Jepang, pemerintah memutuskan untuk mengambil langkah-langkah melalui kebijakan dalam menanggulangi fenomena depresi dan bunuh diri di antara masyarakatnya.

Dalam upaya penanggulangannya, Jepang membutuhkan waktu lebih dari satu dekade dalam menyempurnakan kebijakan yang baik. Upaya pencegahan dan penanggulangan depresi bunuh diri di Jepang diatur dalam Buku Putih Pencegahan Bunuh Diri. Kebijakan pencegahan dan penanggulangan depresi dan bunuh diri mengalami setidaknya tiga kali amandemen sejak perilisannya pada tahun 2006: amandemen 2012, 2016, dan 2017. Pada awal pembuatannya, Jepang berfokus pada penciptaan institusi kesehatan mental yang baik meliputi peningkatan kuantitas rumah sakit mental. Sedangkan pada tahun 2012, amandemen dilakukan untuk peningkatan sistem pelayanan institusi. Pada amandemen 2016 dan 2018, Jepang menambahkan langkah upaya pencegahan bunuh diri melalui penghapusan stigma masyarakat terhadap gangguan depresi. Semasa periode 2012-2018, Jepang menerapkan kebijakan pencegahan dan penanggulangannya berdasarkan penelitian nasional serta arahan dari WHO.

WHO mengarahkan seluruh negara anggotanya, termasuk Jepang, untuk memiliki sistem kesehatan mental yang dapat mencegah dan menanggulangi gangguan depresi sebagai bagian dari gangguan mental dan fenomena bunuh diri. Dalam arahnya, WHO memiliki lima program dan inisiatif, di antaranya: Rencana Aksi Kesehatan Mental 2013-2020 (MHAP), Atlas Kesehatan Mental 2014 dan 2017 (Atlas), Program Tindakan Kesenjangan Kesehatan Mental (MHGAP), Observatorium Kesehatan Global (GHO), dan program “Depresi: Mari Bicarakan”. Kelima program dan inisiatif yang dilakukan WHO memiliki fungsinya masing-masing berdasarkan tupoksi WHO sebagai organisasi internasional yang umumnya menyediakan pendampingan, pengarahan, pengawasan, pengumpulan data, dan mediator (dalam hal pendanaan). Untuk program dan inisiatif dalam

ranah kesehatan mental, WHO memberikan pendampingan, pengawasan, pengarahan, dan pengumpulan data.

Penulis membagi peran WHO dalam upaya penanggulangan depresi dan bunuh diri di Jepang menjadi peran aktor dan arena: 1.) WHO sebagai aktor karena berotonomi untuk menerapkan kebijakannya terhadap Jepang; 2.) WHO sebagai arena dalam proses pembentukan kebijakan penanggulangan depresi dan bunuh diri. Sedangkan untuk fungsi, penulis juga membaginya ke dalam dua kelompok melalui bentuk pelayanan yang diberikan oleh WHO kepada Jepang, yakni kelompok program/inisiatif bantuan dan kelompok program pengawasan. Program/inisiatif bantuan berbentuk pelayanan WHO dalam kontrol dan asistensi, sementara program/inisiatif pengawasan berbentuk pelayanan dalam pengumpulan data. Program-program/inisiatif-inisiatif yang tergolong dalam kelompok pertama di antaranya: MHAP, MGHAP, Atlas, dan “Depresi: Mari Bicarakan”; sementara untuk kelompok kedua terdiri atas Atlas dan GHO. Program Atlas merupakan satu-satunya program yang jatuh pada dua kategori dikarenakan menggunakan dua fungsi organisasi internasional yakni fungsi pengumpulan data (pengawasan) dan pengarahan melalui kritik dan saran kebijakan Jepang. Program-program yang disebutkan merupakan program-program pelayanan WHO bagi Jepang untuk memperbaiki kekurangan dari sistem kesehatan mentalnya pada periode 2012 hingga 2018.

Dilihat dari hasilnya, peran WHO terhadap upaya Jepang dalam menanggulangi masalah depresi dan bunuh diri adalah cukup signifikan. Pasalnya, hampir seluruh dari panduan, kritik, asistensi langsung berupa edukasi, dan data yang diberikan oleh WHO terhadap Jepang dilakukan. Kebijakan-kebijakan Jepang yang berdasarkan pelayanan WHO di antaranya kerja sama dengan komunitas non pemerintah lokal (elemen masyarakat), pelatihan panduan program dan inisiatif terhadap tenaga kerja kesehatan mental khususnya perawat untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, pendekatan desentralisasi kebijakan, dan perluasan target fokus lapisan masyarakat terhadap remaja yang utamanya disasari kepada komunitas institusi pendidikan di Jepang. Dalam kasus fenomena yang diangkat dalam penelitian ini, dapat dilihat bahwa WHO sebagai aktor non negara internasional memberikan ekspektasinya melalui inisiatif kontrol. Selain itu, peran WHO

terhadap Jepang dapat diklasifikasikan sebagai pemberian ekspektasi untuk menerima respon dalam hubungan antara organisasi internasional dengan negara.

Peran yang diberikan oleh WHO sebagai aktor non negara internasional berdasarkan nilai-nilai universal yakni hak dasar untuk mendapatkan akses kesehatan yang baik serta mengedepankan kemanusiaan dalam pendekatannya. Umpan kontrol yang diberikan oleh WHO terhadap Jepang dapat dinilai sebagai sikap sebagai aktor, yang mana kemudian mendapat respon dari pemerintah Jepang dalam beberapa timbal balik: perencanaan, pelaksanaan, dan perbaikan dalam struktur kebijakan pencegahan dan penanggulangan gangguan depresi dan bunuh diri. Atas dasar penemuan-penemuan dalam penelitian maka dapat dilihat bahwa peran WHO memberikan dampak yang cukup signifikan dalam fenomena depresi dan bunuh diri di Jepang.

6.2 Saran

Analisis ini menggunakan metode analisis kualitatif deskriptif sekunder dengan sumber data primer dari WHO serta sekunder dari buku, jurnal, dan berita/laporan penelitian yang berkaitan dengan topik penelitian. Penggunaan metode ini menciptakan beberapa kekurangan dan keterbatasan dalam mengolah data penelitian. Penulis dapat memahami bahwa pada bagian signifikansi dan hasil tidak dapat menerima hasil akurat karena tidak ada proses pengolahan data secara kuantitatif. Peneliti juga mengalami keterbatasan penelitian berupa jarak dan hubungan dengan kantor wilayah WHO Pasifik (WPRO) serta kantor representatif WHO di Jepang. Atas dasar ini, diharapkan penelitian selanjutnya dapat mengikutsertakan metode kuantitatif agar dapat menghitung signifikansi dan akurasi hubungan antara variabel pemberian ekspektasi/sikap WHO terhadap respon Jepang.