

# STIGMA TERHADAP ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA DI BALI

**Yohanes Kartika Herdiyanto**  
herdiyanto@unud.ac.id

**David Hizkia Tobing**  
davidhizkia@unud.ac.id

**Naomi Vembriati**  
naomi.vembriati@unud.ac.id

**Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana**

**Abstrak:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui stigma yang disandang oleh ODGJ dan anggota keluarganya, serta dampaknya bagi kesejahteraan hidupnya. Metode penelitian yang digunakan berupa pendekatan kualitatif-grounded theory dengan menggunakan teknik pengumpulan data in-depth interview semi terstruktur, observasi non-partisipan dan dokumen pendukung terhadap anggota keluarga (n= 20) dan ODGJ (n=12) serta masyarakat (n=35) yang memiliki variasi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan domisili digunakan untuk mendapatkan data penelitian ini. Data tersebut selanjutnya dianalisis menggunakan teknik theoretical coding dan disajikan menjadi tema-tema kunci yang diharapkan mampu menjawab pertanyaan penelitian. Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa stigma yang diterima oleh ODGJ dan anggota keluarganya memengaruhi pengobatan medis yang dilakukan untuk memulihkan kondisi ODGJ. Semakin sedikit stigma yang diterima, semakin cepat dan berkelanjutan pengobatan medis yang dilakukan.  
**Kata kunci:** Stigma, anggota keluarga, orang dengan gangguan jiwa, Bali.

**Abstract:** The aim of this study was to find about the stigma borne by the PMI and their family member, and the impact on their well being. This research used qualitative-grounded theory approach with data collecting technique, e.g. semi-structure in-depth interview, non-participative observation, and supporting document toward the PMI (n=12), their family member (n=20), and the society member (n=35) with various sex, education and occupational background and domicile. Those data analyzed using theoretical coding technique and presented in key themes that are expected to answer the research questions. The result of this research illustrate that the stigma borne by the PMI and their family member will influence the medical treatment taken by the PMI to recover their condition. The less stigma borne by the PMI and their family, the sooner and more sustained the medical treatment taken.  
**Keywords:** Stigma, family member, people with mental illness, Bali.

## PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi individu. Kesehatan tak hanya terkait dengan kesehatan fisik semata, namun juga kesehatan jiwa. Penyakit fisik disebabkan oleh infeksi virus dan bakteri maupun penurunan fungsi tubuh yang kesemuanya lebih mudah untuk diamati. Gangguan jiwa

disebabkan ketidakstabilan fungsi psikososial individu, walaupun ada pula yang terkait dengan ketidakberfungsian organ fisik atau neurologis tertentu. Kesehatan jiwa lebih sulit untuk diamati sehingga sering kali tidak mendapatkan perhatian yang cukup dari masyarakat, bahkan yang berkecimpung di dunia kesehatan sekalipun.

Kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa adalah kondisi yang memungkinkan seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Kementerian Kesehatan, 2014). Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan jiwa dari rakyatnya. Upaya kesehatan jiwa menurut Undang-Undang Republik Indonesia No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2014).

Upaya dari kesehatan jiwa yang dilaksanakan pemerintah harusnya beraskan keadilan, perikemanusiaan, manfaat, transparansi, akuntabilitas, komprehensif, perlindungan, dan non-diskriminatif. Bahkan pasal 7 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menyebutkan bahwa upaya promotif kesehatan jiwa salah satunya dimaksudkan untuk menghilangkan

stigma, diskriminasi, pelanggaran hak asasi orang dengan gangguan jiwa (Kementerian Kesehatan, 2014).

Di lain sisi, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) masih saja mengalami stigma (labeling, stereotipe, pengucilan, diskriminasi) sehingga mempersulit proses kesembuhannya dan kesejahteraan hidupnya. Stigma yang diberikan oleh masyarakat adalah menganggap ODGJ berbeda, dan mengucilkan (Setiawati, 2012). Stereotipe yang sering muncul terhadap ODGJ adalah pembunuh/maniak, birahi, pemurung, tertawa tanpa sebab, tak jujur (saat bertemu dokter) (Byrne, 2000). Akibat dari stigma tersebut, ODGJ menanggung konsekuensi kesehatan dan sosio-kultural, seperti: penanganan yang tidak maksimal, drop-out penggunaan obat, pemasungan, dan pemahaman yang berbeda terhadap gangguan jiwa (Lestari & Wardani, 2014).

Stigma tidak saja dialami oleh ODGJ saja, namun juga dialami oleh anggota keluarganya (Lestari & Wardani, 2014). Stigma yang dialami oleh anggota keluarga berdampak negatif terhadap kesembuhan ODGJ karena menyebabkan sedih, kasihan, malu, kaget, jengkel, merasa terpukul, dan tidak tenang, saling menyalahkan (Subandi & Utami, 1996) yang pada akhirnya akan memengaruhi kualitas pengobatan yang diberikan kepada ODGJ.

Padahal, keluarga adalah dukungan sosial yang paling penting bagi ODGJ

karena ODGJ tak mampu untuk melakukan koping terhadap gangguannya, sehingga penanganan terhadap gangguannya, praktis dilakukan seluruhnya oleh anggota keluarga (Subandi & Utami, 1996). Stigma terhadap keluarga tentu saja membuat keluarga semakin berkurang daya dukungnya terhadap penanganan ODGJ dan mengakibatkan berkurangnya kesejahteraan hidup dari ODGJ.

Stigma terhadap ODGJ terjadi di berbagai belahan dunia. Namun, sangat menarik untuk melakukan kajian terhadap stigma terhadap anggota keluarga dan ODGJ di Bali karena stigma sangat erat kaitannya dengan nilai dan budaya yang ada di wilayah tersebut.

Bali memiliki keunikan adat istiadat dan nilai-nilai yang dianut oleh masyarakatnya. Orang Bali sangat dekat dengan nilai-nilai budaya, termasuk dalam mencari pengobatan. Kumbara (2017) menyebutkan bahwa orang Bali umumnya mencari pertolongan kepada dukun atau *balian* untuk memperoleh penjelasan mengenai penyebab dari penyakit dan cara mengatasinya. Karena dipersepsi bahwa penyebab dari gangguan jiwa dikarenakan kurangnya ibadah, maka anggota keluarga biasanya mengantarnya untuk membersihkan diri di mata air suci (melukat). Pada satu sisi, pengobatan medis dengan menggunakan tenaga profesional kesehatan seperti dokter spesialis jiwa, psikolog klinis, dan perawat jiwa hanyalah menjadi pelengkap usaha untuk pemulihan ODGJ.

Keunikan tersebut tentu saja akan berpengaruh terhadap pembentukan stigma terhadap keluarga dan ODGJ. Oleh karena itu, perlu kiranya melakukan kajian yang menyeluruh terkait dengan relasi antara konteks dan budaya terhadap stigma masyarakat pada keluarga dan ODGJ. Kajian tersebut berguna untuk memberikan *scientific guideline* untuk membuat kebijakan terkait dengan kesehatan jiwa masyarakat serta merancang promosi-promosi kesehatan jiwa yang mampu untuk mengurangi munculnya stigma terhadap keluarga dan ODGJ di Bali.

## METODE PENELITIAN

### Desain

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang menggunakan pendekatan *grounded theory*. Penelitian kualitatif digunakan dalam penelitian ini dikarenakan penelitian ini merupakan penelitian eksploratif (Moleong, 2014) yang ingin memberikan gambaran yang mampu menjelaskan dengan detail dinamika stigma yang dirasakan oleh keluarga maupun penderita gangguan jiwa serta dampaknya bagi kesejahteraan hidupnya.

Pengalaman yang dirasakan oleh para keluarga dan penderita gangguan jiwa merupakan pengalaman yang unik sehingga pendekatan *grounded theory* akan sangat berguna untuk mengungkapkan pengalaman unik tersebut dengan sistematis.

### **Responden dan tempat penelitian**

Responden dari penelitian ini dibagi menjadi tiga kriteria kunci yaitu, keluarga penderita gangguan jiwa, penderita gangguan jiwa, serta masyarakat di sekitar penderita gangguan jiwa. Kriteria tersebut diperinci dengan membuat kriteria khusus yang berguna untuk menjelaskan kasus-kasus khusus yang unik dan dianggap penting dalam penelitian ini. Kriteria inklusi dan eksklusi secara rinci terhadap masing-masing kriteria kunci tersebut adalah:

#### **Keluarga**

Kriteria yang disebut sebagai anggota keluarga ODGJ adalah orang tua, anak kandung, saudara kandung, keluarga besar yang meliputi kakek, nenek, paman, bibi, cucu, keponakan yang berkerabat dengan ODGJ. Sedangkan keluarga yang tidak diikutsertakan dalam penelitian ini adalah orang tua, anak, saudara angkat serta keluarga besar yang mempunyai garis keturunan tak langsung dari kakek nenek yang sama.

Kasus yang akan digali secara khusus dalam penelitian ini yang pertama adalah stigma dan dampaknya yang dirasakan oleh keluarga yang mempunyai hubungan kekerabatan erat (orangtua/ anak, suami/istri) dibandingkan dengan saudara kandung. Kasus khusus yang kedua adalah stigma dan dampak yang dirasakan oleh perempuan yang mempunyai anggota keluarga ODGJ.

Orang dengan gangguan jiwa

Yang dimaksud dengan ODGJ adalah seseorang yang telah mendapatkan diagnosis dokter mengalami gangguan jiwa dan pernah menjalani perawatan secara profesional maupun non-profesional. ODGJ yang akan menjadi responden adalah seseorang yang mampu berkomunikasi dengan baik serta gejala positifnya telah dapat diatasi dengan baik atau tidak menunjukkan gangguan waham ataupun halusinasi.

Kasus khusus yang menarik untuk didalami adalah remaja/dewasa/lansia, perempuan/laki-laki, dan yang berhasil menjalin hubungan interpersonal yang hangat dengan lingkungan.

#### **Masyarakat**

Kriteria inklusi dan eksklusi dari responden yang berasal dari masyarakat adalah semua anggota masyarakat dari rentang usia remaja hingga lanjut usia yang memiliki tetangga satu banjar yang mengalami gangguan jiwa.

Kasus yang akan digali secara khusus dalam penelitian ini yang pertama adalah persepsi dari perempuan dan laki-laki. Kasus khusus yang kedua adalah berdasarkan rentang usia, yaitu remaja, dewasa, dan lanjut usia. Kasus khusus yang ketiga adalah persepsi dari key person di desa tersebut, yang meliputi klian adat dan perangkat desa, tokoh agama, dan tenaga kesehatan di desa.

Berikut ini adalah ringkasan kebutuhan responden penelitian berdasarkan kategorisasi:

**Tabel 1. Jumlah Responden**

Kategori	Kriteria khusus	Teknik pengumpulan data	Jumlah responden (estimasi minimal)
<b>Keluarga</b>	Orang tua/Anak kandung	In-depth interview	5
	Istri/Suami	In-depth interview	5
	Saudara kandung	In-depth interview	5
	Perempuan (Ibu, Istri, Anak, Saudara kandung)	In-depth interview	5
<b>Orang dengan Gangguan Jiwa</b>	Remaja/dewasa/lansia	In-depth interview	6
	Perempuan	In-depth interview	3
	ODGJ yang berhasil menjalin hubungan interpersonal dengan lingkungan	In-depth interview	3
<b>Masyarakat</b>	Umum (perempuan/laki-laki)	In-depth interview	20
	Tokoh agama	In-depth interview	5
	Tokoh adat dan pemerintahan (klian, pengurus desa)	In-depth interview	5
	Tenaga kesehatan di desa	In-depth interview	5
<b>TOTAL</b>			<b>67</b>

### Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data pada penelitian ini terdiri dari wawancara mendalam, observasi non-partisipatif, serta dokumen pendukung lainnya.

#### Wawancara mendalam

Wawancara mendalam (*in-depth interview*) adalah jenis wawancara yang sangat luwes untuk mengembangkan materi pertanyaan dengan tujuan mendalami serta memperluas tema wawancara untuk memperoleh data yang kaya (Moleong, 2014). Pengambil data atau pewawancara merupakan mahasiswa yang direkrut khusus untuk pengambilan data, maka guideline wawancara dipersiapkan dengan detail untuk membantu proses wawancara

tersebut. Guideline wawancara semi terstruktur yang dilengkapi petunjuk *probing* yang penting, akan dipersiapkan sebagai panduan bagi pewawancara terhadap tema-tema apa saja yang perlu digali di dalam wawancara tersebut.

Wawancara tersebut akan direkam dan perekamannya dengan menggunakan digital voice recorder atau aplikasi perekaman di *smartphone*. Verbatim dibuat berdasarkan file rekaman yang telah disimpan oleh pewawancara dan selanjutnya akan digunakan untuk proses analisis data. Selain verbatim, pencatatan jalannya wawancara akan dilakukan dengan *fieldnotes*, yaitu catatan secara mendetail yang mengungkapkan fakta-fakta dan interpretasi terhadap situasi

saat melaksanakan wawancara (Straus & Corbin, 2013).

### **Observasi**

Teknik selanjutnya adalah observasi selama proses wawancara berlangsung. Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah teknik observasi non-partisipatif untuk mendapatkan data tambahan yang melengkapi data dari proses wawancara (Patton, 2009). Observasi dilaksanakan saat melakukan wawancara dengan responden. Pencatatan observasi dilakukan segera setelah observasi berjalan dan dicatat di dalam *fieldnotes*.

### **Dokumen Pendukung**

Alat pengumpulan data yang terakhir adalah dokumen pendukung yang bermanfaat bagi penelitian ini. Contoh dari dokumen pendukung adalah catatan riwayat kesehatan penderita gangguan jiwa, catatan akademik dan portofolio dari penderita gangguan jiwa, dokumen dari desa dan puskesmas dan Rumah Sakit.

### **Manajemen data**

Seluruh data yang diperoleh dari penelitian ini akan diberi kode dan disimpan dalam suatu sistem manajemen data yang telah disepakati bersama oleh tim peneliti. Penyimpanan data mentah serta data siap dianalisis ditempatkan pada satu komputer khusus, mengingat data-data tersebut bersifat sensitif dan menyangkut privasi individu. Selanjutnya data-data dokumen yang telah siap

dianalisis, yaitu *verbatim*, *fieldnotes*, dan dokumen pendukung dimasukkan dalam *software* pengolah data kualitatif, yaitu NVIVO versi 7 untuk dianalisis.

### **Analisis data**

Analisis data kualitatif pada prinsipnya adalah melakukan kategorisasi data mentah menjadi tema-tema yang memiliki arti. Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan teknik *theoretical coding* yang diungkapkan oleh Straus dan Corbin (2013). Langkah-langkah analisis data dari teknik tersebut adalah yang pertama melakukan pengkodean terbuka (*open coding*), selanjutnya melakukan pengkodean berporos (*axial coding*) serta yang terakhir melakukan pengkodean berpilih (*selective coding*). Hasil dari penelitian ini akan diungkapkan dalam tema-tema yang idealnya berkisar antara tiga sampai dengan lima tema kunci (Patton, 2009).

### **Etika penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian yang sangat sensitif karena melibatkan identitas dari anggota keluarga maupun individu yang mengalami gangguan jiwa. Oleh sebab itu, ada tiga dimensi etika yang akan ditegakkan dalam penelitian ini, yaitu: etika prosedural (*prosedur*), pelaksanaan (*practice*), dan hubungan (*relational*) (Orb, Eisenhauer, & Wynaden, 2001). Etika prosedural adalah etika prosedur yang harus diikuti oleh peneliti dalam menjalankan penelitian. Contohnya



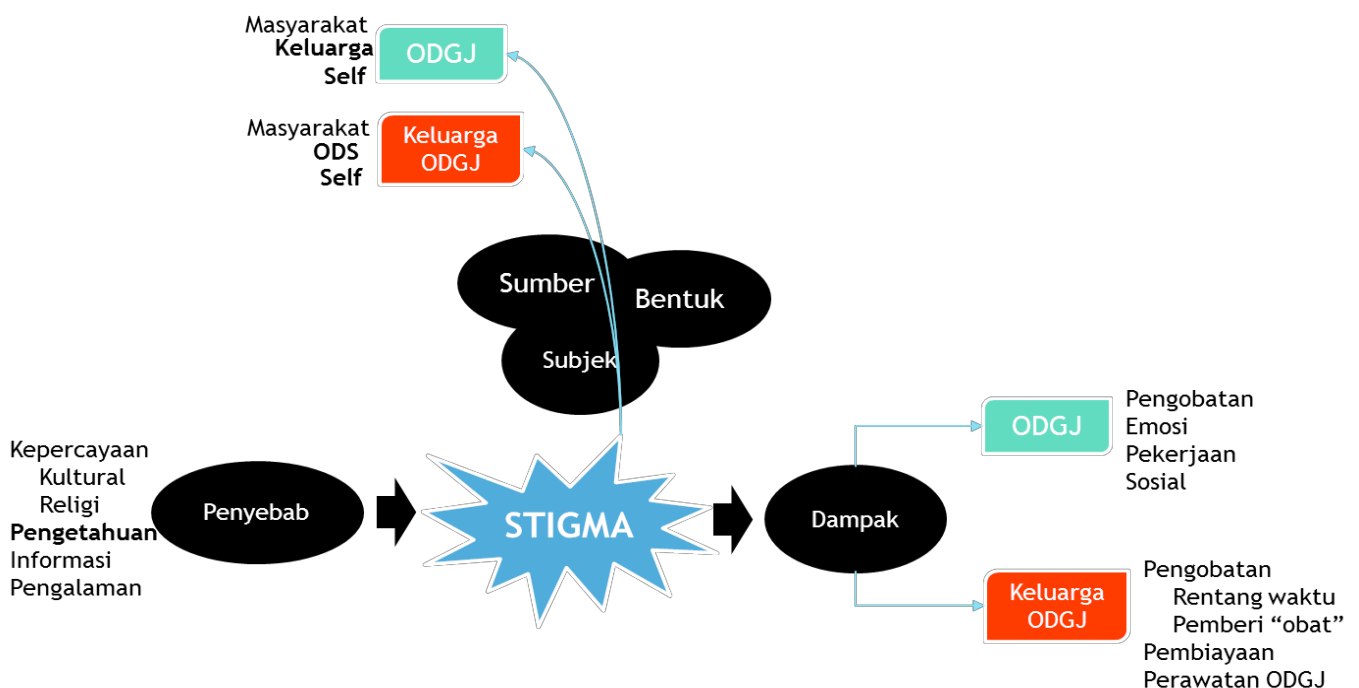
adalah mengurus izin tertulis dari pihak terkait, menyampaikan inform consent bagi semua responden, serta manajemen data penelitian. Etika pelaksanaan adalah isu etis yang muncul selama penelitian berlangsung karena pada prinsipnya suatu penelitian bersifat tak dapat diprediksi. Contoh dari etika pelaksanaan adalah memberikan beberapa pilihan kepada responden saat responden terbawa emosi (sedih, marah, atau menangis). Dimensi etika yang terakhir adalah etika hubungan, yaitu etika yang terkait dengan hubungan antara peneliti dan responden. Contohnya adalah saling menghargai berbagai nilai dan pandangan walaupun

berbeda, termasuk juga menghargai lingkungan sosial dan alam.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Dinamika Stigma Terhadap ODGJ dan Anggota keluarganya

Hasil penelitian ini disampaikan dalam tiga tema utama, yaitu tema dinamika stigma terhadap ODGJ dan keluarga ODGJ, tema kedua adalah bentuk-bentuk stigma terhadap ODGJ dan anggota keluarga ODGJ, dan yang terakhir adalah dinamika hubungan stigma dengan proses pengobatan ODGJ yang dilakukan oleh keluarganya. Berikut ini adalah bagan tema yang pertama.



Bagan 1 Dinamika Stigma Terhadap ODGJ dan Anggota Keluarga ODGJ

Bagan 1. merupakan bagan utama yang menjawab ketiga pertanyaan utama penelitian terkait dengan penyebab, bentuk, dan dampak dari stigma terhadap ODGJ dan anggota keluarga ODGJ.

Pada tema pertama, penyebab dari stigma terdiri dari kepercayaan (kultural dan religi), pengetahuan, informasi yang keliru, dan minimnya pengalaman berhubungan dengan ODGJ secara langsung. Keempat sebab tersebut masih perlu untuk digali lebih jauh lagi untuk mendapatkan data yang lebih akurat, namun untuk laporan penelitian ini, keempat penyebab tersebut sudah cukup mewakili penyebab timbulnya stigma. Kepercayaan merupakan faktor pertama yang menyebabkan timbulnya stigma, hal tersebut disebabkan kepercayaan yang menentukan sikap individu terhadap sesuatu. Kepercayaan di Bali dapat dibagi menjadi kepercayaan yang berasal dari agama (Hindu) dan juga yang terkait dengan budaya (nilai, cerita rakyat, dan kebiasaan-kebiasaan masyarakat). Menurut Kumbara (2007), masih banyak masyarakat yang menganggap gangguan jiwa disebabkan oleh individu yang kurang mendekatkan diri kepada Tuhan serta mendapatkan karma yang buruk di kehidupan sebelumnya. Hal tersebut sejalan dengan hasil dari penelitian yang menyebutkan bahwa faktor utama munculnya stigma karena kepercayaan terhadap nilai-nilai budaya maupun agama yang salah kaprah.

Suela dan Herdiyanto (2016) juga

menyebutkan bahwa konsep tentang jiwa yang dirasuki oleh roh lain (*kerauhan*) yang dipahami oleh orang Bali menyebabkan kebingungan untuk memastikan apakah seseorang mengalami gangguan jiwa, yang berupa halusinasi dan waham, atau sebab-sebab lainnya. Sering kali, anggota keluarga tidak segera membawa ODGJ-nya ke profesional kesehatan jiwa karena menganggap gangguan tersebut disebabkan oleh *kerauhan*.

Pengetahuan terkait dengan kesehatan jiwa juga menjadi faktor yang menyebabkan munculnya stigma terhadap ODGJ dan anggota keluarga ODGJ. Dalam bagan temuan terakhir, akan dilihat relasi antara pengetahuan dengan stigma yang memengaruhi kecepatan kunjungan keluarga pada profesional kesehatan jiwa. Informasi keliru yang diterima oleh individu dari masyarakat juga menjadi faktor yang dapat memunculkan stigma. Informasi-informasi yang keliru tersebut dapat disebabkan oleh minimnya pengetahuan dan pengalaman terhadap ODGJ. Faktor yang terakhir adalah minimnya pengalaman bertemu secara langsung dan akrab dengan ODGJ sehingga individu selalu membayangkan bahwa ODGJ adalah orang yang tidak dapat disembuhkan dan berkeliaran di jalanan dan tidak terawat kebersihannya.

Stigma yang disematkan kepada seseorang dapat memengaruhinya dengan begitu rupa. Menurut Anggraeni dan Herdiyanto (2017) stigma mampu menyebabkan menurunnya harga diri.



Bila stigma diberikan kepada ODGJ dan anggota keluarganya, harga dirinya akan menurun dan mengakibatkan perilaku terkait dengan pengobatan juga tidak efektif untuk menuju ke pemulihan.

Temuan tema kedua terbagi menjadi subjek, bentuk, dan sumber dari stigma yang diterima oleh ODGJ dan keluarga ODGJ. Subjek stigma adalah ODGJ dan anggota keluarga ODGJ, sedangkan ODGJ menerima stigma dari masyarakat, anggota keluarga ODGJ, dan dirinya sendiri (*self-stigma*). Sedangkan anggota keluarga ODGJ menerima stigma dari masyarakat, ODGJ, dan dirinya sendiri (*self-stigma*). Bentuk-bentuk dari stigma akan dibahas lebih rinci dalam tabel 2 dan 3.

Dampak dari stigma dirasakan oleh ODGJ dan anggota keluarganya. Stigma yang dirasakan oleh ODGJ

memengaruhi proses pemulihan atau pengobatan, emosi, pekerjaan, dan relasi sosial dari ODGJ tersebut. Sedangkan stigma yang dirasakan oleh anggota keluarga ODGJ akan berdampak terhadap proses pengobatan ODGJ yang meliputi jangka waktu kunjungan pada profesional kesehatan jiwa dan pemilihan jenis pengobatan terhadap ODGJ, selain itu stigma juga memengaruhi komitmen pembiayaan dan perawatan terhadap pemulihan ODGJ.

### Bentuk-bentuk Stigma Terhadap ODGJ dan Anggota Keluarga ODGJ

Tema utama dari hasil penelitian yang kedua adalah sumber atau penyebab stigma terhadap ODGJ dan anggota keluarganya. Berikut ini adalah tabel bentuk-bentuk stigma yang diterima oleh anggota keluarga ODGJ.

Tabel 2. Bentuk Stigma yang Diterima oleh Anggota Keluarga ODGJ

<b>Sumber Stigma</b>		
Masyarakat	ODGJ	Self-Stigma
Perawatan	Mengekang	Malu
Faktor keturunan	Kurang "care" Terbebani	Karma Tidak bisa sembuh Membebani Faktor "magis"

Berikut ini adalah tabel bentuk-bentuk stigma yang diterima oleh ODGJ.

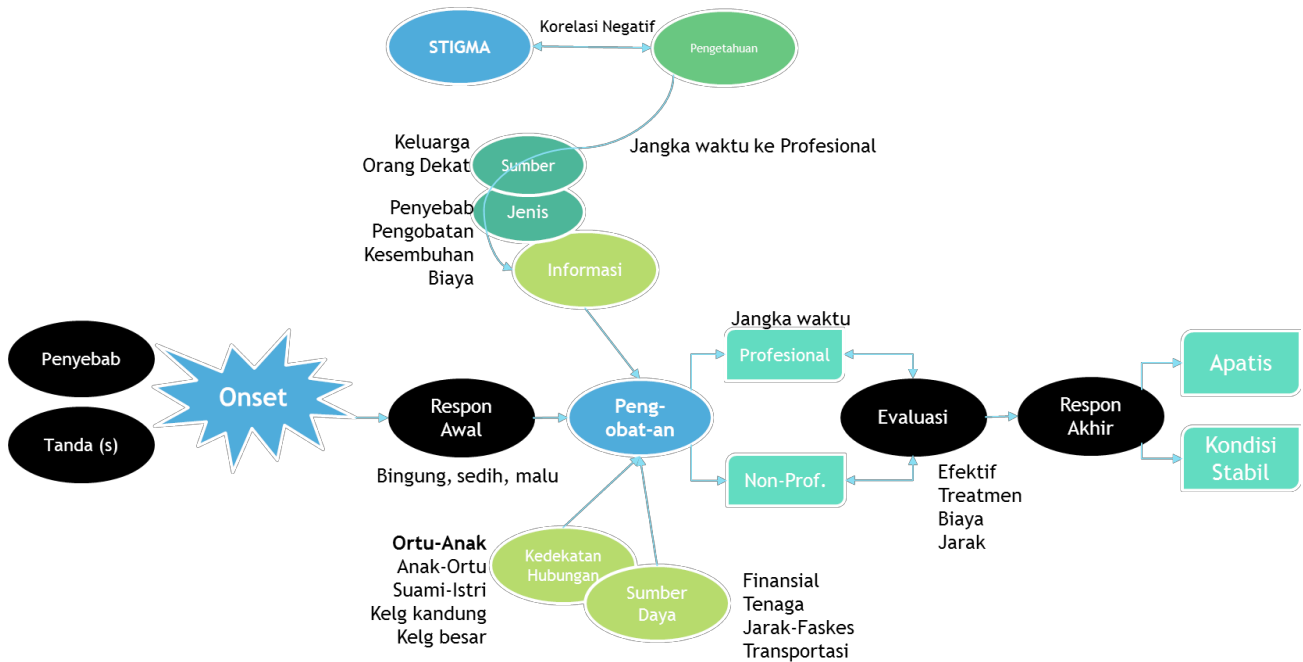
Tabel 3. Bentuk Stigma yang Diterima oleh ODGJ

<b>Sumber Stigma</b>		
<b>Masyarakat</b>	<b>Keluarga</b>	<b>Self-Stigma</b>
Gila	Tidak bisa sembuh	Tidak bisa bekerja
Faktor keturunan	Berbahaya	Takut kecanduan obat
Tidak bisa sembuh		Kesulitan hub. sosial
Berbahaya		Sulit dpt pekerjaan
Dijauhi		

**Dinamika Stigma Terhadap Anggota Keluarga ODGJ dengan Proses Pengobatan ODGJ**

temuan dalam penelitian ini adalah dinamika stigma terhadap anggota keluarga ODGJ dengan proses pengobatan.

Tema yang terakhir yang menjadi



**Bagan 2. Dinamika Stigma Terhadap Anggota Keluarga ODGJ dengan Proses Pengobatan ODGJ**

Anggota keluarga ODGJ merupakan agen yang harus mencari pengobatan terhadap ODGJ, hal ini akan berbeda dengan jenis penyakit fisik, yang mengalami penyakit dapat mencari pengobatan secara mandiri. Saat onset terjadi, maka anggota keluarga akan mengalami respon awal yang didominasi oleh kebingungan, kesedihan, dan malu terhadap kondisi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Respon awal tersebut kemudian diatasi dengan koping awal yang berupa pencarian bantuan pengobatan terhadap ODGJ.

Proses mencari bantuan tersebut dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu informasi, kedekatan hubungan, dan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga ODGJ. Ketiga faktor tersebut memengaruhi keluarga ODGJ untuk membawa ODGJ ke tenaga profesional kesehatan jiwa (dokter umum, dokter spesialis jiwa, perawat jiwa, dan psikolog klinis) atau non-profesional (*balian*, dukun, tukang pijat, pemuka agama, orang pintar). Anggota keluarga ODGJ juga melakukan evaluasi terhadap pemberi layanan kesehatan jiwa tersebut yang berdasar atas keefektifan

penyembuhan, perlakuan terhadap ODGJ saat menjalankan teknik penyembuhan, biaya pengobatan, dan juga jarak layanan kesehatan tersebut dengan tempat tinggal. Proses selanjutnya adalah keluarga akan melakukan respon akhir yang dapat berupa kondisi medis yang stabil (pengobatan medis jangka panjang) atau sikap apatis terhadap ODGJ yang bisa saja berupa pembiaran ODGJ tanpa pengobatan medis yang memadai atau bahkan pemasangan selama bertahun-tahun.

## **PENUTUP**

Kesimpulan dari penelitian ini terbagi menjadi beberapa hal, yaitu yang pertama adalah penyebab munculnya stigma, kedua adalah bentuk dari stigma, ketiga adalah dampak dari stigma, dan yang terakhir adalah relasi antara pengetahuan dengan stigma dalam memprediksi jangka waktu kedatangan keluarga ODGJ ke tenaga profesional kesehatan jiwa.

Penyebab munculnya stigma terbagi menjadi kepercayaan, pengetahuan, informasi yang keliru, dan minimnya pengalaman. Kepercayaan yang berasal dari agama dan juga budaya membawa pengaruh terhadap munculnya stigma terhadap ODGJ. Pengetahuan yang minim tentang kesehatan jiwa membawa pengaruh munculnya stigma terhadap ODGJ. Informasi-informasi yang keliru terkait dengan kesehatan jiwa yang diterima oleh individu oleh lingkungannya juga memicu terjadinya stigma terhadap

ODGJ. Sedangkan pengalaman yang minim terhadap ODGJ juga menimbulkan munculnya stigma.

Bentuk dari stigma dibagi menjadi dua bagian berdasarkan subjek yang mengalami stigma, yaitu ODGJ dan keluarga ODGJ. Bagi ODGJ, stigma yang muncul berasal dari masyarakat, keluarga ODGJ, dan juga ODGJ itu sendiri (*self stigma*). Sedangkan bagi keluarga ODGJ, stigma bisa muncul dari masyarakat, ODGJ, dan diri sendiri (*self-stigma*).

Dampak stigma juga dibagi menjadi dua bagian berdasarkan dampak yang dirasakan oleh ODGJ dan anggota keluarga ODGJ. Keduanya berdampak terhadap pengobatan ODGJ itu sendiri, semakin tinggi stigma yang dialami, maka proses pemulihan ODGJ akan semakin terganggu, yang dapat berbentuk perlakuan pembiaran ODGJ tanpa pengobatan medis, bahkan menyebabkan tindakan pemasangan yang dilakukan oleh anggota keluarga ODGJ itu sendiri.

Temuan yang keempat terkait dengan relasi antara variabel tingkat stigma terhadap ODGJ dan keluarga ODGJ dengan variabel pengetahuan tentang kesehatan jiwa yang akan memengaruhi kecepatan waktu kedatangan anggota keluarga yang membawa ODGJ-nya kepada profesional kesehatan jiwa.

Saran bagi penelitian selanjutnya, perlu adanya pembuktian kuantitatif terkait dengan relasi variabel stigma, pengetahuan, dan jangka waktu kedatangan keluarga ke profesioanl

kesehatan jiwa. Dengan adanya penelitian tersebut, maka didapatkan bukti kuat terkait dengan pentingnya mempromosikan kesehatan jiwa kepada masyarakat untuk memastikan pemulihan ODGJ di Indonesia. Selain itu juga perlu

adanya penelitian-penelitian kualitatif untuk menggali jenis-jenis pengetahuan yang dibutuhkan untuk memastikan kecepatan kunjungan keluarga ke tenaga profesional kesehatan jiwa.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Anggreni, N. W. Y., & Herdiyanto, Y.K. (2017). Pengaruh stigma terhadap self esteem pada remaja perempuan yang mengikuti ekstrakurikuler tari Bali di SMAN 2 Denpasar. *Jurnal Psikologi Udayana*, 4 (1), 208-221.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 65-72.
- Kementerian Kesehatan. (2014). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa*. Diakses dari [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/rancangan\\_produk\\_hukum/UU\\_No.\\_18\\_Th\\_2014\\_ttg\\_Kesehatan\\_Jiwa\\_.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/rancangan_produk_hukum/UU_No._18_Th_2014_ttg_Kesehatan_Jiwa_.pdf) pada 7 November 2017.
- Kumbara, A.N. (2017). *Fungsi dan makna ritual melukat dalam penyembuhan gangguan jiwa di Bali*. Diakses dari <http://phdi.or.id/artikel/fungsi-dan-makna-ritual-melukat-dalam-penyembuhan-gangguan-jiwa-di-bali> pada 7 November 2017.
- Lestari, W., & Wardhani, Y. F. (2014). Stigma dan penanganan penderita gangguan jiwa berat yang dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17 (2), 157-166. Moleong, L. J. (2014). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Orb, A. E. L., & Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96.
- Patton, M.Q. (2009). *Metode evaluasi kualitatif*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar,
- Setiawati, E. M. (2012). Studi kualitatif tentang sikap keluarga terhadap pasien gangguan jiwa di wilayah kecamatan Sukoharjo. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Subandi & Utami, M. S. (1996). Pola perilaku mencari bantuan pada keluarga pasien gangguan jiwa. *Jurnal Psikologi*, 2, 1-10
- Suela, B., & Herdiyanto, Y. (2016). Gambaran kualitas hidup pada individu yang mengalami kerauhan. *Jurnal Psikologi Udayana*. 3(3), 529-541.
- Straus, A., & Corbin, J. (2013). *Dasar-dasar penelitian kualitatif: Tata langkah dan teknik-teknik teoritisasi data*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.