

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini menemukan tema-tema yang dideskripsikan dari data yang diperoleh peneliti yang bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang keyakinan kesehatan dan persepsi masyarakat tentang gangguan jiwa. Penyajian hasil penelitian ini mencakup pemaparan gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik partisipan. Selanjutnya, pemaparan hasil penelitian berupa deskripsi keyakinan kesehatan dan persepsi masyarakat tentang gangguan jiwa di kabupaten Belu. Selain itu, peneliti juga menjelaskan keterbatasan dalam penelitian yang telah dilakukan.

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Belu merupakan salah satu kabupaten di provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) yang berbatasan langsung dengan negara Republik Demokratik Timor Leste

(RDTL). Ibukota kabupaten Belu adalah Atambua. Kata “Belu” berdasarkan penuturan para tetua adat bermakna “persahabatan” yang diterjemahkan secara harafiah dalam bahasa Indonesia berarti “teman” atau “sobat”. Hal ini menjadi makna simbol yang mendeskripsikan bahwa penghuni Belu memang hidup saling memperhatikan dan bersahabat antar sesama.

Corak utama kebudayaan di kabupaten Belu yaitu memiliki empat etnis besar yakni *Tetun*, *Marae*, *Kemak* dan *Dawan* yang kental dengan adat sesuai dengan ajaran tradisi Belu. Mayoritas penduduk di kabupaten Belu beragama Katholik. Setiap suku memiliki kepala suku dan tua-tua adat yang memiliki peran penting dalam suku tersebut.

Keempat suku tersebut mendiami wilayah kabupaten Belu secara aman dan damai karena memegang teguh nilai-nilai orang Timor dengan kearifan lokal yang masih dipegang erat sebagai penguat dan pembentuk karakter dalam menopang kehidupan bermasyarakat

mencakup sikap kebersamaan, kerukunan, kegotong royongan, tradisi maupun religiusitas masih di junjung tinggi. Suku-suku tersebut hingga saat ini memberikan pengaruh sosial dan budaya terhadap perkembangan masyarakat Belu.

Masyarakat Belu memiliki pandangan hidup yang meyakini bahwa terdapat hubungan erat antar individu, masyarakat, dan alam. Keterkaitan hubungan antara individu, masyarakat, dan alam dilambangkan melalui berbagai bentuk berupa tradisi melaksanakan upacara-upacara ritual atau adat. Hal ini tercermin dalam kehidupan masyarakat Belu pada umumnya mengadakan ritual-ritual adat berkaitan dengan awal kehidupan manusia sejak dalam kandungan ibu sampai manusia menghadap sang pencipta.

Kabupaten Belu memiliki sarana pelayanan kesehatan berupa 17 puskesmas yang tersebar luas di 12 kecamatan antara lain puskesmas Webora, puskesmas Rafea, puskesmas Halilulik, puskesmas Atapupu,

puskesmas Haliwen, puskesmas Ainiba, puskesmas Laktutus, puskesmas Kota Atambua, puskesmas Umanen, puskesmas Atambua Selatan, puskesmas Wedomu, puskesmas Silawan, puskesmas Haekesak, puskesmas Aululik, puskesmas Weluli, puskesmas Dilumil, dan puskesmas Nualain. Selain itu, terdapat sebuah rumah sakit umum daerah (RSUD); tiga buah rumah sakit swasta; puskesmas pembantu 21 unit; polindes 48 unit; pokesdes 23 unit; posyandu 389 unit; balai pengobatan swasta 5 unit (Bidang Data & Informasi, Dinas Kesehatan Kab.Belu Tahun 2014).

Gambaran ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di kabupaten Belu yakni belum tersedia rumah sakit jiwa dan profesional kesehatan jiwa seperti psikiater. Puskesmas sudah melakukan pelayanan kesehatan jiwa namun belum ditunjang dengan profesional kesehatan jiwa seperti perawat dan dokter spesialis jiwa.

2. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 19 informan yang terdiri dari 7 orang masyarakat, 6 orang tua-tua adat, dan 6 orang tenaga kesehatan. Peneliti menetapkan jumlah partisipan sebanyak 19 partisipan karena data wawancara telah jenuh dengan memiliki makna yang mirip atau sama.

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

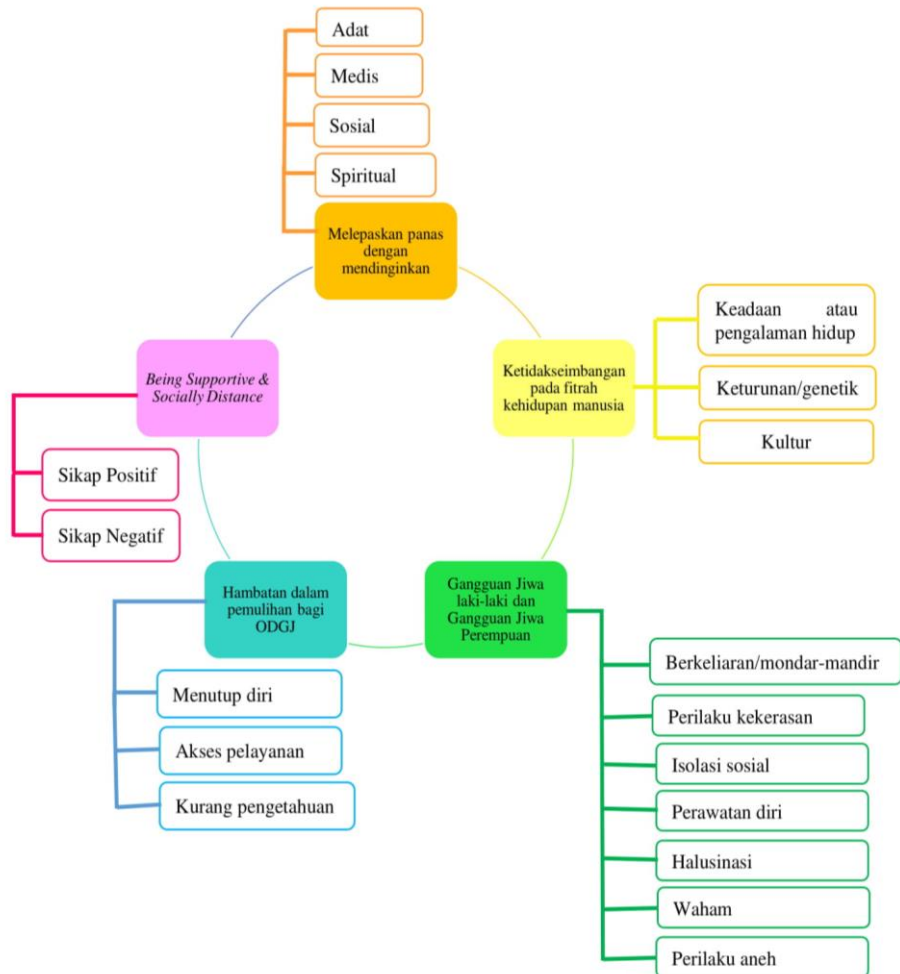
Partisipan	Karakteristik				
	Jenis kelamin	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Suku
Masyarakat					
P1 (IC1)	P	43 Tahun	SMP	IRT	Tetun
P2 (IC2)	L	29 Tahun	S1	Guru	Marae
P3 (IC3)	P	41 Tahun	SMA	IRT	Tetun
P4 (IC4)	P	58 Tahun	SMP	IRT	Tetun
P5 (IC5)	L	31 Tahun	S1	Guru	Dawan
P6 (IC6)	P	41 Tahun	SMP	IRT	Tetun
P7 (IC7)	L	53 Tahun	SMA	Guru	Kemak
Tua-Tua Adat					
P8 (ITE1)	P	86 Tahun	SD	IRT	Kemak
P9 (ITE2)	L	80 Tahun	SD	Petani	Kemak
P10 (ITE3)	L	64 Tahun	SMP	Polri	Kemak
P11 (ITE4)	L	76 Tahun	SD	Petani	Kemak
P12 (ITE5)	L	71 Tahun	SD	Petani	Kemak
P13 (ITE6)	L	87 Tahun	SD	Petani	Kemak
Tenaga Kesehatan					
P14 (IHW1)	P	31 Tahun	D-III	Perawat	Marae
P15 (IHW2)	P	30 Tahun	D-III	Perawat	Dawan
P16 (IHW3)	P	34 Tahun	S1	Perawat	Dawan
P17 (IHW4)	P	31 Tahun	D-III	Perawat	Tetun
P18 (IHW5)	P	31 Tahun	D-III	Perawat	Tetun
P19 (IHW6)	L	46 Tahun	D-III	Perawat	Tetun

Sumber : Data primer, 2019

Tabel 4.1. Menunjukkan bahwa sebagian besar partisipan berjenis kelamin perempuan, pendidikan tertinggi S1 dan terendah SD, usia tertinggi 87 tahun dan terendah 29 tahun, bekerja sebagai perawat, berasal dari suku Kemak dan Tetun.

3. Hasil Analisis Etnografi dengan Model Spradley

Hasil analisis etnografi mengidentifikasi 5 tema yaitu ketidakseimbangan pada fitrah kehidupan manusia; gangguan jiwa laki-laki dan gangguan jiwa perempuan; hambatan dalam pemulihan bagi ODGJ; *being supportive and socially distance*; melepaskan panas dengan mendinginkan. Tema ini dapat dilihat pada gambar 4.1



Gambar 4.1 *Culture Themes*

a. Ketidakseimbangan pada Fitrah Kehidupan Manusia

Ketidakseimbangan pada fitrah kehidupan manusia merupakan suatu penyebab dari perspektif kultur masyarakat Belu bahwa gangguan jiwa

disebabkan oleh 3 domain utama yaitu keadaan atau pengalaman hidup, faktor keturunan (genetik), dan kultur.

Domain Keadaan atau Pengalaman Hidup

Penyebab orang dengan gangguan jiwa dari domain keadaan atau pengalaman hidup tercakup dalam komponen stres, pikiran berlebihan, kehilangan, masalah rumah tangga, kegagalan, mekanisme koping tidak efektif, dan keadaan ekonomi.

Penelitian ini mengungkapkan bahwa *stress* sebagai pemicu seseorang mengalami gangguan jiwa. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan bahwa :

“...orang yang gangguan jiwa itu orang yang stres...”(IC2)

Selain stres sebagai penyebab gangguan jiwa, ada pula komponen lain penyebab gangguan jiwa yaitu pikiran berlebihan. Hal ini juga disampaikan oleh partisipan bahwa :

“...atmasa eru nua pede ua pikiran terlalu jadi dia gila e...”(ITE6)
 (orang gila itu karena dia pikiran berlebihan jadi dia gila) (ITE6)

Komponen lain penyebab gangguan jiwa adalah kehilangan. Kehilangan seseorang atau sesuatu yang terjadi secara mendadak atau tiba-tiba. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“...gana abe atau eru nua no sia hali pita ua san dia bali gru-gru a no sanu lako ua no pikiran no san soi akhirnya ua gana abe...”(ITE5)
 (gangguan jiwa itu atau gila itu salah satunya karena dia memiliki harta tiba-tiba hilang sehingga dia pikiran hartanya yang hilang akhirnya dia gangguan jiwa) (ITE5)
 “...ada salah satu dipengaruhi yaitu putus cinta atau patah hati dengan orang yang dia sayangi...”(IC2)

Masalah rumah tangga sebagai salah satu komponen penyebab gangguan jiwa seperti kekerasan dalam keluarga dan penekanan dari pasangan. Hal ini juga disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...dia itu kayaknya terisolasi dari dia punya suami, penekanan suaminya, kekerasan dalam keluarga, kekerasan suami...”(IHW3)

Komponen penyebab gangguan jiwa lainnya adalah kegagalan. Kegagalan sebagai dampak dari

ketidakberhasilan mencapai suatu cita-cita atau tujuan seperti tidak lulus tentara atau polisi. Hal ini disampaikan partisipan sebagai berikut :

“...keinginan mau menjadi tentara atau polisi tapi tes tidak gol, waktu umumkan tidak lulus...”(IHW6)

Selanjutnya, komponen penyebab gangguan jiwa adalah mekanisme koping tidak efektif. Mekanisme koping berperan dalam mengontrol seseorang ketika mengalami stres apabila mekanisme koping tidak efektif maka seseorang akan jatuh dalam suatu kondisi yang tidak normal. Seperti yang disampaikan oleh partisipan bahwa :

“...pokoknya kalau dia sudah stres kalau kopingnya tidak bagus dia akan kembali jatuh ke keadaan abnormal...”(IHW1)

Komponen lain penyebab gangguan jiwa adalah faktor ekonomi yaitu ketidakmampuan untuk membiayai kehidupan keluarga. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...faktor ekonomi ya dia tidak mampu membiayai dia punya keluarga, tidak mampu membiayai dia

punya diri sendiri sehingga bisa buat dia kepikiran ya dia bisa gangguan jiwa...”(IHW5)

Domain Genetik

Penyebab orang dengan gangguan jiwa dari domain genetik tercakup dalam komponen keturunan yang merujuk pada faktor gen dan secara turun-temurun diwariskan kepada anak cucu yang masih memiliki hubungan keluarga. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ada faktor keturunan itu adalah faktor gen mungkin dari turun-temurun mungkin ada salah satu mungkin kakeknya ada yang mengalami gangguan jiwa itu salah satunya anak cucunya pasti ada yang ikut itu...”(IC2)

“...*nua pede turunan dorang, roma odi* terus e mau tidak mau ada terus *roma eru nua...*”(ITE1)

(itu karena turunan sehingga mau tidak mau tetap ada yang membawa gangguan jiwa itu) (ITE1)

“...kita punya gangguan jiwa itu karena pertama faktor genetik setelah kita kaji ternyata dia punya nenek, dia punya bai (kakek), dia punya tante ada yang gangguan jiwa mereka masih hubungan keluarga...”(IHW5)

Domain Kultur

Penyebab orang dengan gangguan jiwa dari domain kultur tercakup dalam komponen arwah nenek moyang, melakukan kesalahan di rumah adat, roh

halus, diguna-guna, malaria, dan darah putih naik di kepala.

Penelitian ini menemukan salah satu komponen penyebab gangguan jiwa adalah arwah nenek moyang. Hal ini mengungkapkan bahwa adanya gangguan dari arwah nenek moyang karena melakukan kesalahan kepada leluhur, dan ketidakpercayaan kepada arwah. Kondisi ini diyakini dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa sebagai berikut :

“...gana abe atau eru nua no sia karna tau sala da bria...”(ITE5)

(gangguan jiwa atau gila itu salah satunya melakukan kesalahan kepada arwah nenek moyang) (ITE5)

Komponen lain dari penyebab gangguan jiwa adalah kesalahan di rumah adat. Kesalahan di rumah adat merupakan suatu bentuk pelanggaran adat yang diyakini bisa menyebabkan gangguan jiwa karena ketidakpercayaan terhadap rumah pamali dan seseorang mengambil dan menjual tanpa izin barang

pamali. Barang pamali adalah pusaka di dalam rumah adat atau rumah pamali seperti uang, *plat emas*, *plat perak*, dan *sofren* sehingga rumah pamali akan menyelubungi jalan hidup seseorang dan bisa menjadi gangguan jiwa. Adapun contoh barang-barang pusaka terlampir pada lampiran (gambar 4.2). Berikut ungkapan partisipan :

“...masalahnya dengan rumah adat atau menjual barang-barang adat, barang-barang pusaka di rumah pamali seperti *plat emas*, *sofren*...”(ITE3)

Komponen dari penyebab gangguan jiwa adalah roh halus, setan, jin, iblis, roh jahat, dan siluman. Hal ini diyakini sebagai penyebab gangguan jiwa karena kuasa iblis atau setan telah merasuk ke dalam hati, jiwa, dan pikiran. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...gangguan yang lain karena kuasa iblis atau setan yang sudah merasuk hati, jiwa, pikiran mereka...”(IC7)

Komponen lain penyebab gangguan jiwa adalah diguna-guna. Diguna-guna merujuk pada

perbuatan gaib seseorang yang berusaha merusak orang lain secara sengaja. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ada juga yang dengan cara orang bikin kita dengan santet itu juga kita bisa gila...”(IC6)

Komponen penyebab gangguan jiwa adalah malaria. Penyakit malaria diyakini sebagai penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa karena suatu anggapan yang berawal dari kondisi demam yang tinggi dalam waktu yang lama sehingga malaria masuk ke dalam otak yang dapat menyebabkan seseorang juga bisa mengalami gangguan jiwa. Berikut ungkapan partisipan terkait dengan penyebab malaria :

“...sakit baru keluar gila, panas tinggi malaria masuk otak...”(IC3)

Komponen terakhir penyebab gangguan jiwa dari domain kultur adalah darah putih naik di kepala. Darah putih naik di kepala sebagai suatu kondisi ketika seorang wanita setelah melahirkan tidak

melakukan perawatan diri seperti mandi air panas, minum air panas, kondisi ini memicu darah putih naik sehingga menyebabkan gangguan pada otak yang berdampak pada gangguan jiwa. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...*ema bulak ne hasoru ramutin mak sae, ramutin ho oan laharis we manas, hemu we matak, nia kan ramutin sae akhirnya ita kakutak ne la los...*”(IC4)
(orang gila itu karena darah putih yang naik, darah putih naik karena setelah melahirkan tidak mandi air panas, tidak minum air panas sehingga darah putihnya naik akhirnya otak kita jadi gangguan)
(IC4)

b. Gangguan Jiwa Laki-Laki (*eru mane*) dan Gangguan Jiwa Perempuan (*eru hine*)

Gangguan jiwa laki-laki dan gangguan jiwa perempuan merujuk pada corak utama dari tanda dan gejala ODGJ sebagai hasil dari cara pandang masyarakat terhadap ODGJ yang terbagi dalam 7 domain mencakup berkeliaran/ mondar-mandir, perilaku kekerasan, isolasi sosial, perawatan diri, halusinasi, waham, dan perilaku aneh. Berikut uraian penjelasan 7 (tujuh) domain antara lain :

Domain Berkeliaran/Mondar-Mandir

Tanda dan gejala gangguan jiwa adalah berkeliaran atau mondar-mandir. Berkeliaran merujuk pada suatu perilaku seseorang yang tidak tenang di rumah, suka berada di luar, suka bepergian tanpa arah dan tujuan, mondar-mandir tiada henti menuju keramaian seperti pasar. Hasil observasi ODGJ yang berkeliaran terlampir pada lampiran (gambar 4.3). Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ua sole gala tujuan bai ua gala ta naran sole sai, hotu-hotu nua eru gala ta blabu du da basar lara nua sai jadi ua no muas gala pnua ua gala la mai-la mai...”(ITE5)

(dia jalan tanpa tujuan hanya jalan saja, semua orang gila mondar-mandir di dalam pasar, jadi hidupnya hanya seperti itu hanya datang dan pergi) (ITE5)

Domain Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merujuk pada suatu tindakan penyerangan baik secara fisik maupun verbal. Tindakan kekerasan secara fisik seperti

memukul. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“...*eru siaka/eru mane/gana abe mane* (laki-laki) *gala sembarang para ro, gila jahat tau atmasa te ra...*”(ITE1)
(gila jahat/gangguan jiwa laki-laki hanya sembarang memukul orang, gila jahat pukul orang hingga darah) (ITE1)

Tindakan kekerasan secara verbal seperti mengucapkan kata kasar dan makian. Perilaku kekerasan ini menyiratkan bahwa perilaku yang kasar, keras, ganas, dan jahat yang disebut oleh partisipan sebagai *eru mane* atau *eru siaka*. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebaga berikut :

“...dia bisa mencaci maki, *eru mane* (laki-laki) itu berat, kasar, jahat, keras, mudah tersinggung, dia kadang menganiaya kita...”(ITE3)
(dia bisa mencaci maki, gangguan jiwa laki-laki itu berat, kasar, jahat, keras, mudah tersinggung, dia kadang menganiaya kita) (ITE3)

Domain Isolasi Sosial

Isolasi sosial merujuk pada suatu perilaku pemisahan untuk memencilkan diri atau seseorang yang ditandai dengan perilaku berdiam diri, menyendiri, tidak suka berkomunikasi atau

beinteraksi dengan orang lain sekalipun banyak orang dia hanya duduk tenang dan berdiam diri, tidak berbicara. Isolasi sosial menyiratkan bahwa perilaku yang berdiam diri, menyendiri, dan menarik diri yang disebut oleh partisipan sebagai *eru hine* atau *eru mloi* (gangguan jiwa perempuan). Hal ini disampaikan partisipan sebagai berikut :

“...*eru mloi/eru hine mudu bali gala bobo ita ta riaka nogo ua tai sembarang dale ua gala mudu...*”(ITE5)

(gangguan jiwa perempuan itu gila yang ringan, baik, tenang walaupun duduk di tengah orang banyak dia tidak bicara, dia hanya duduk diam) (ITE5)

Domain Perawatan Diri

Perawatan diri mencakup kebersihan diri, berhias, berpakaian, dan makan. Perawatan diri yang kurang karena tidak bisa mengurus kebersihan diri dan perilaku hidup bersih seperti mandi. Perawatan diri yang kurang dalam berhias seperti tidak menyisir rambut, mengenakan pakaian kotor tanpa mengganti yang bersih, mengenakan pakaian hingga dua sampai

tiga pasang bahkan ada yang tidak mengenakan pakaian.

“...pokoknya bikin diri rambut donk tidak sisir, air kotor di luar juga dia minum, pakai kain yang terobek-terabik baju juga begitu, pakaian tidak ganti sampai hitam-hitam, pakaian di badan double sampai dua tiga pasang...”(IC3)

“...gila yang tidak enak pun sampai berpakaian pun kadang tidak...”(IC6)

“...*ua no kondisi tai blere*, dia kebersihannya kurang betul, *eru siaka nua paling soko*, dia tidak tahu bersih, dia mandi juga tidak tahu...”(ITE5)

(kondisinya tidak bersih, gila laki-laki atau gila yang jahat itu paling berat, dia tidak tahu bersih, dia mandi pun tidak tahu) (ITE5)

Domain Halusinasi

Perilaku halusinasi yang diungkapkan seperti berbicara, senyum, dan tertawa sendiri; bingung; disorientasi terhadap orang, tempat dan waktu ; mendengar sesuatu yang tidak jelas dan berbicara sendiri (halusinasi pendengaran). Hal ini disampaikan partisipan sebagai berikut :

“...*eru hine* itu dia suka senyum sendiri, suka tertawa sendiri...”(ITE3)

(gangguan jiwa perempuan itu dia suka senyum sendiri, suka tertawa sendiri) (ITE3)

Domain Waham

Waham merujuk pada suatu keyakinan yang salah dan tidak sesuai dengan realita seperti yang diungkapkan partisipan bahwa seseorang menganggap dirinya seorang pejabat. Kondisi ini menyiratkan bahwa tanda dan gejala waham tersebut termasuk dalam waham kebesaran. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...dadi gala sua ha’ata badu, huata pangkat gala dato bai-dato bai pede ua kase bote ta ua sai karna itu gila jabatan...”(ITE5)
 (jadi hanya seperti itu mengambil baju, ambil pangkat dan pasang seperti orang besar yang dia itu karna gila jabatan) (ITE5)

Domain Perilaku Aneh

Perilaku yang ditunjukkan sebagai sesuatu yang bukan lazim melainkan aneh. Hal ini dideskripsikan partisipan berupa perilaku yang menyerupai makhluk lain yaitu ular seperti menjulurkan lidah seperti ular, tubuh menyatu dan terbelit seperti ular. Perilaku aneh yang muncul ini

sebagai akibat dari gangguan roh halus atau siluman
(*tuan tanah/rai ubu/rai nain*).

“...dia jawab ini keluar datang ni kek bikin dia
pun diri ini kek ular, kasih keluar dia pun lidah
ini...”(IC3)

c. Hambatan dalam Pemulihan ODGJ

Hambatan dalam pemulihan ODGJ mencakup 3 domain yaitu menutup diri, akses pelayanan, dan kurang pengetahuan. Berikut uraian penjelasan mengenai ketiga domain tersebut.

Domain Menutup Diri

Menutup diri sebagai hambatan. Hal ini terjadi berawal dari rasa malu yang dihadapi oleh keluarga. Menutup diri terjadi karena keluarga tidak menyampaikan kepada puskesmas sehingga tidak ada komunikasi dan tindak lanjut dari fasilitas kesehatan walaupun di dalam keluarga sudah terdapat tanda-tanda gangguan jiwa justru keluarga tertutup. Hal ini juga diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...itu mesti laporan dari masyarakat sendiri, keluarga atau mungkin kelurahan karena keluarga memang sudah ada tanda-tanda tapi keluarga tertutup...”(IHW6)

Domain Akses Pelayanan

Hambatan akses pelayanan meliputi komponen ketersediaan pelayanan kesehatan di rumah sakit jiwa, ketersediaan jaminan kesehatan, ketidaktahuan informasi, ketersediaan sumber daya manusia (SDM) dalam pelayanan kesehatan, dan ketersediaan terapi (obat-obatan) bagi ODGJ. Berikut uraian penjelasan komponen hambatan akses pelayanan :

Komponen pertama hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan khususnya akses pelayanan adalah tidak tersedianya rumah sakit jiwa di kabupaten Belu. Hal ini diungkapkan oleh partisipan menunjukkan adanya keinginan untuk pengobatan ke rumah sakit jiwa namun terhalang oleh fasilitas kesehatan yang belum tersedia khususnya rumah sakit jiwa sehingga masyarakat

memilih tabib sebagai upaya untuk penyembuhan

ODGJ. Berikut ungkapan partisipan :

“...apalagi sekarang Atambua rumah sakit jiwa *hei bai* jadi kebanyakan karena rumah sakit jiwa *hei bai* ya mau tidak mau ya *kohe* untuk basa...”(ITE2)

(apalagi sekarang Atambua rumah sakit jiwa belum ada jadi kebanyakan karena rumah sakit jiwa belum ada ya mau tidak mau ya tabib untuk sembuhkan) (ITE2)

Komponen kedua sebagai salah satu hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan khususnya akses pelayanan adalah tidak memiliki jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan yang tidak dimiliki oleh keluarga dengan ODGJ karena ketidakmampuan keluarga dalam membiayai jaminan kesehatan. Hal ini berdampak pada proses pelayanan pengobatan lanjutan atau rujukan ke fasilitas kesehatan. Hal ini disampaikan oleh partisipan :

“...mereka juga tidak memiliki jaminan kesehatan, saya sudah pendekatan dengan keluarganya mereka mau dirujuk ke rumah sakit Naimata cuma karena kartunya tidak ada...”(IHW3)

Komponen ketiga sebagai hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan khususnya akses pelayanan adalah tidak tahu informasi tentang pelayanan kesehatan jiwa. Beranjak dari ketidaktahuan informasi pelayanan kesehatan jiwa berdampak pula kepada masyarakat yang melakukan upaya lain untuk pengobatan bagi ODGJ yaitu melakukan ritual-ritual dan berdoa ke tim doa tanpa mengakses layanan kesehatan di fasilitas kesehatan. Pencarian bantuan pengobatan selain kesehatan terus dilakukan kemana pun sehingga keterlambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan. Berikut ungkapan partisipan :

“...hambatan masyarakat itu karena mereka tidak tahu informasi tentang pelayanan kesehatan jiwa karena dari mereka tidak tahu pelayanan kesehatan jiwa itu jadi mereka tidak mengakses layanan kesehatan jiwa, mereka hanya di rumah saja, cari jalan lain selain pelayanan kesehatan misalnya ke tim doa, misalnya buat ritual-ritual itu...”(IHW5)

Komponen keempat sebagai hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan khususnya akses

pelayanan adalah ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang belum memadai. Hambatan ini berupa tenaga kesehatan yang tersedia belum memiliki dokter dan perawat spesialis jiwa. Selain itu, kendala yang dijumpai adalah perbedaan latar belakang budaya yaitu bahasa antara tenaga kesehatan dengan keluarga ODGJ sehingga memerlukan bantuan penerjemah untuk dapat memahami maksud yang disampaikan oleh keluarga atau masyarakat. Hal ini disampaikan partisipan sebagai berikut :

“...hambatan itu kurang dukungan lintas sektor dengan keluarga yang dukung ada yang tidak, jarak, SDM, ada beberapa tidak bisa berbahasa Indonesia tapi kader ikut membantu untuk penggunaan bahasa Indonesia jadi pas kita pergi tanya kan, saya orang Dawan jadi kerjanya disini Tetun berapa bahasa Tetun yang kalau saya tidak mengerti berarti itu kadernya bisa membantu atau teman-teman lain...”(IHW3)

Komponen kelima hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan khususnya akses pelayanan adalah ketersediaan terapi (obat-obatan) belum memadai. Keterbatasan terapi (obat-obatan) yang tersedia dengan kebutuhan pasien yang belum memadai

sehingga terapi *chlorpromazine* (CPZ) sebagai satu-satunya pilihan terapi pengobatan bagi ODGJ di Puskesmas. Berikut ungkapan partisipan :

“...kalau hambatan di sistem pelayanan kesehatan jiwa mungkin di pengobatan itu karena sekarang kita punya obat itu hanya adanya CPZ padahal kita punya pasien membutuhkan obat lain selain itu, jadi kita punya obat yang ada ini saja Chlorpromazine saja, kita punya obat yang masih kurang, kita punya CPZ saja satu-satunya...”(IHW5)

Domain Kurang Pengetahuan

Selain itu juga, salah satu hambatan dalam pencarian bantuan kesehatan adalah anggapan bahwa tidak ada pengobatan yang mampu menyembuhkan ODGJ. Anggapan tersebut berasal dari pengetahuan yang kurang sehingga membatasi akses pelayanan ke fasilitas kesehatan. Hal ini tersirat dalam ungkapan partisipan sebagai berikut :

“...orang gila nih tidak ada obat, itu yang mau minum obat apa...”(IC1)

d. *Being Supportive and Socially Distance*

Sikap masyarakat ini terbagi dalam 2 domain yaitu sikap positif dan sikap negatif.

Domain Sikap Positif

Sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa tercakup dalam komponen sikap tidak ditelantarkan/dikucilkan, tidak dihindari/ditakuti, tidak mengganggu ODGJ, memuji, membujuk, menyapa, melakukan pendekatan, memberi solusi, tidak melakukan kekerasan, mengajak, diperhatikan, memotivasi, mengasihi, tidak membedakan, dan memberi arahan.

Penelitian ini menemukan komponen pertama dari domain sikap positif adalah sikap tidak ditelantarkan atau dikucilkan. Sikap tidak mengucilkan sebagai perwujudan dari sikap positif yang bertujuan untuk mendukung perawatan dan kesembuhan bagi orang dengan gangguan jiwa dengan cara melakukan pendekatan terus-menerus.

Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...menurut saya sih tidak perlu dikucilkan karena kalau kita pendekatan terus-menerus mereka pasti bersikapnya ramah...”(IHW3)

Salah satu komponen sikap terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah tidak dihindari atau ditakuti. Sikap tidak menjauhi sebagai perwujudan dari sikap positif bahwa ODGJ bukan seseorang yang dihindari atau ditakuti. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...sebagai tenaga kesehatan, ODGJ bukan seseorang yang dihindari atau ditakuti karena orang kesehatan tahu oh ini orang gangguan jiwa...”(IHW5)

Komponen sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah tidak mengganggu. Sikap tidak mengganggu ODGJ sebagai upaya untuk tidak memicu kekambuhan bagi orang dengan gangguan jiwa. Sikap tidak mengganggu ini perlu menilik pada situasi dan kondisi orang dengan gangguan jiwa seperti saat ODGJ sedang mengerjakan sesuatu maka tidak boleh mengganggu. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“...usaha lain hanya bilang ke orang-orang yang di sekitar rumah supaya ODGJ jangan terlalu ganggu-ganggu dia pas lagi buat sesuatu...”(IHW4)

Selanjutnya, komponen sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah memuji. Sikap ini bertujuan memberikan pujian kepada ODGJ sehingga memiliki kedekatan dengan orang lain. Berikut ungkapan partisipan :

“...perlu dihormati, perlu disanjung, perlu dijaga seperti orang yang biasa sehingga orang Kemak bilang *sramga bobo da ita* tinggal sama-sama dengan kita...”(ITE3) (orang Kemak bilang jiwanya bersama atau dekat dengan kita)

Komponen lain dari sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah membujuk. Sikap ini bertujuan untuk meyakinkan dan mendukung dalam keberhasilan suatu pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa. Berikut ungkapan partisipan :

“...sa bujuk *support* juga dia berhasil dengan obat-obatan dari rumah sakit...”(IHW6)

Selanjutnya, komponen dari sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah menyapa dengan cara yang baik dan tersentuh yaitu dengan memanggil nama maka akan menyentuh

orang dengan gangguan jiwa. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...sapaan yang membuat mereka itu bisa tersentuh seperti memanggil Amelia, Mbak, Dens, No ...”(IC7)

Komponen lain dari sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah pendekatan. Ketika melakukan pendekatan maka telah membangun atau menjalin suatu hubungan komunikasi yang baik terhadap orang dengan gangguan jiwa. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kita harus membangun suatu pendekatan mendekati diri dengan dia, mendekati diri baru membangun suatu komunikasi yang baik dengan orang gangguan jiwa...”(IC2)

Selanjutnya komponen sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah memberi solusi. Sikap ini menunjukkan suatu kepedulian kepada keluarga yaitu dengan mengkaji permasalahan yang dihadapi oleh keluarga sekaligus memberikan solusi

atau masukan bagi keluarga tersebut. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kita harus ketemu dia punya keluarga tanyakan permasalahannya seperti apa, kita harus kasih tahu juga tawarkan solusinya...”(IC5)

Komponen sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah tidak melakukan kekerasan yaitu tindakan yang memanusiawikan manusia tanpa melakukan kekerasan fisik terhadap orang dengan gangguan jiwa. Berikut ungkapan partisipan :

“...jika manusia waras melihat orang gangguan jiwa tolonglah jangan bermain fisik dengan mereka...”(IC2)

Komponen berikut salah satu sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah mengajak. Sikap mengajak untuk meminta kesediaan seseorang melakukan hal-hal yang bernuansa positif sebagai upaya untuk pemberdayaan dan pemulihan bagi orang dengan gangguan jiwa. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...pokoknya kita mendorong dia terus sa, pi mana satu ajak bawa dia, ajak dia bekerja macam kerja kegiatan di kantor desa punya kah...”(IC3)

Komponen sikap terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah diperhatikan. Sikap diperhatikan bertujuan membantu ODGJ menyesuaikan diri atau beradaptasi dan tidak tersisih atau terabaikan oleh masyarakat. Hal ini disampaikan oleh partisipan :

“...ada perasaan diperhatikan itu ada sehingga lambat laun dia bisa menyesuaikan diri dengan masyarakat yang baik ini sehingga tadinya yang dia tersisih dari masyarakat ini kembali normal dan bisa sembuh...”(ITE3)

Selanjutnya, komponen sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah memotivasi. Sikap memotivasi dengan menciptakan suasana yang akrab bagi keluarga dan pasien sehingga bisa menggalang ODGJ dalam proses pemulihan yaitu dengan memperhatikan kebersihan diri dan makan-minum. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kita paling memberikan motivasi pada keluarga dan si pasien sendiri harus mau kita paksa untuk harus sembuh dari penyakit ini, motivasi yang diberikan untuk memperhatikan kebersihannya, makan minum...”(IHW6)

Komponen dari sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah mengasihi. Mengasihi bukan hanya sekadar kata-kata tanpa makna tetapi mengasihi dengan tindakan merawat, merangkul, mendekatkan diri, dan sifat keterbukaan untuk mengasihi secara mendalam orang dengan gangguan jiwa. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...keluarga bisa merawatnya atau merangkul melalui pendekatan diri melihat dia dengan mata terbuka bahwa kita mengasihi dia...”(IC2)

Komponen sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah memberi arahan. Memberi arahan berawal dari menjalin komunikasi yang baik dengan memberi petunjuk kepada orang dengan gangguan jiwa tentang cara bekerja yang menarik. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...membangun komunikasi yang baik dengan cara kasih arahan atau menunjukkan cara bekerja dengan cara-cara yang menarik...”(IC2)

Komponen terakhir dari sikap positif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah tidak membedakan. Sikap tidak membedakan merujuk pada sifat dasar manusia yang secara fisik sama-sama sebagai seorang manusia yang memiliki hak yang sama termasuk hak untuk hidup yang layak dan kebebasan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...tidak boleh membeda-bedakan ditinjau dari fisik atau pun manusiawi kita kan sama-sama manusia jadi sebenarnya tidak boleh kita membeda-bedakan...”(IC2)

Domain Sikap Negatif

Sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa tercakup dalam komponen sikap pengabaian/penelantaran, pengucilan, penghindaran, rasa takut terhadap ODGJ, pelabelan, mengejek/mengolok, rasa malu, ikat dan pasung.

Penelitian ini menemukan salah satu komponen pertama sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah pengabaian atau penelantaran. Sikap ini terjadi ketika segala upaya penyembuhan yang telah dilakukan namun tidak membawa perubahan sehingga menimbulkan kejenuhan bagi keluarga yang berdampak pada pembiaran, pengabaian atau penelantaran. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ele tilu-ele tilu mos tai bisa sai gala lo’o bali sampe e gala mate esa nua sai...”(ITE5)
(sementara mencari-cari namun tidak bisa membaik maka biarkan saja sampai waktu dia meninggal) (ITE5)

Komponen lain dari sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah pengucilan. Bentuk sikap pengucilan yang diungkapkan oleh partisipan yaitu dikucilkan, tidak membina hubungan yang dekat dan tidak ingin berinteraksi karena adanya anggapan negatif bahwa perilaku kekerasan

yang dilakukan ODGJ. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ketika masyarakat melihat ya jangan dekat pokoknya mengucilkan seperti tidak mau berteman atau tidak mau berinteraksi secara langsung karena dia punya *imagenya* buruk itu pasti dilempar atau kah maki kita...”(IHW1)

Selanjutnya, komponen dari sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah penghindaran. Bentuk sikap penghindaran berawal dari adanya jarak pemisah untuk tidak mendekati atau menjauhi antara masyarakat dengan ODGJ yang berakar dari rasa takut. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kalau saya sih lihat orang gangguan jiwa saya tuh rasanya saya takut dan saya tidak mau dekat dengan orang tersebut, saya harus menghindar...”(IC6)

Komponen dari sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah rasa takut terhadap ODGJ. Rasa takut merupakan akar dari jarak sosial yang berusaha menjauhi dan memisahkan ODGJ karena anggapan adanya penyerangan dalam bentuk

kekerasan seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...ema bulak harus ita hatauk, ema hatauk keta tasala nunia atau nodi tudik tae no nia kah, tae rohan nunia kah akhirnya natauk eh...”(IC4)
(orang gila kita takut, orang takutnya seperti membawa pisau atau memukul kita) (IC4)

Komponen lain dari sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah pelabelan. Suatu anggapan negatif yang menilai ODGJ berpotensi membahayakan atau mencederai orang lain dengan penyerangan dalam bentuk kekerasan. Berikut ungkapan partisipan :

“...dalam satu sisi mereka berbahaya, berbahaya itu karena orang gila yang ini nih tidak kontrol...”(IC6)

Selain itu, komponen dari sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah mengejek atau mengolok. Sikap olokan atau ejekan justru dilakukan oleh anak-anak usia sekolah. Ejekan yang menempatkan ODGJ dengan sebutan kata yang kasar (gila). Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...anak kecil donk, anak sekolah donk suka ganggu mereka di jalan *weh, bulak !...*”(IC3)
(anak kecil donk, anak sekolah donk suka ganggu mereka di jalan *weh, gila !*)

Selanjutnya, komponen lain dari sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa adalah rasa malu. Rasa malu yang diungkapkan oleh partisipan berasal dari keluarga. Rasa malu yang muncul karena memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa disertai adanya perasaan yang timbul akan pertanyaan-pertanyaan dari masyarakat terhadap keluarga ODGJ sehingga berdampak pada ODGJ adalah keluarga mengisolasi ODGJ dari dunia luar. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...*ita moe eh ina, orsida ema nak nasa nia oan bele bulak ne...*”(IC4)
(kita malu, nanti apa kata orang anaknya bisa gila seperti ini ?) (IC4)

Komponen terakhir dari sikap negatif yaitu yaitu ikat dan pasung. Ikat dan pasung yang dilakukan menggunakan rantai dan mengunci ODGJ dalam rumah. Ikat dan pasung dilakukan oleh

keluarga sendiri dengan alasan bahwa ODGJ dapat melakukan penyerangan dalam bentuk kekerasan yang berdampak bagi diri sendiri dan orang lain. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...diikat karena dia kek su di luar kendali toh mau sembarang pegang barang tajam jadi ikat pasung...”(IC6)

“...jadi kemarin ada kita punya tiga orang pasien yang dipasung itu, satu yang dipasung itu karena setiap hari dia jalan tanpa tujuan pokoknya dia mau jalan kemana, jalan sampai pagi kembali baru datang, kadang juga dia tidak pulang rumah, terus satu lagi yang dipasung karena dia suka pukul orang, jalannya memang tidak mau berpakaian, telanjang, yang satu lagi dipasung karena malah yang menyakiti dia itu masyarakat karena masyarakat yang sering pukul dia, sering mengolok-olok dia jadi keluarga tu pasung dia supaya dia jangan keluar-keluar...”(IHW5)

e. Melepaskan Panas dengan Mendinginkan

Melepaskan panas dengan mendinginkan merupakan suatu upaya penyembuhan bagi ODGJ yang terbagi dalam 4 domain yaitu adat, medis, sosial, dan spiritual.

Domain Adat

Domain adat tercakup dalam komponen ritual adat, dukun, tim doa, tokoh agama, kombinasi medis, tradisional dan alternatif.

Komponen pertama dari upaya adat adalah dukun/tabib. Salah satu upaya yang dilakukan untuk penyembuhan ODGJ melalui bantuan dukun (*kohe*, *makdok*, *meo*) yang didasari keyakinan dan kebiasaan masyarakat bahwa hanya dukun yang dapat menyembuhkan ODGJ. Berikut ungkapan partisipan :

“...uluk kan ne ema fiar mak Dukun, Makdok deit ema oin nalai berarti Dukun deit...”(IC4)
(sejak dahulu orang percaya pada dukun, dukun saja untuk orang gangguan jiwa) (IC4)

Adanya keyakinan bahwa pilihan pengobatan awal dimulai dengan pencarian tabib (*Kohe*) dan rumah sakit setelah pencarian awal dukun. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...cari pengobatan tetap mulai *dase ele Kohe...*”(ITE5) (cari pengobatan tetap mulai dari mencari tabib) (ITE5)

Komponen kedua, upaya yang dilakukan untuk penyembuhan ODGJ melalui bantuan tim doa. Tim doa merupakan orang yang memperoleh dan dikaruniai karismatik yang memiliki kemampuan untuk *discernment* (membeda-bedakan) roh. Tim doa juga sebagai salah satu pilihan untuk penyembuhan ODGJ. Keluarga dan masyarakat memilih tim doa untuk mencari penyebab gangguan jiwa tersebut. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...sa su pengalaman di ini satu sampai berdoa Tim Doa panggil tim doa yang mau berdoa untuk kesembuhan kita panggil...”(IC1)

Selain itu juga, saat peneliti melakukan observasi di rumah doa bersama tim doa (terlampir pada lampiran gambar 4.4). Berikut uraian *fieldtrip* :

“...Peneliti menjumpai orang dengan gangguan jiwa sebanyak 4 orang terdiri dari 2 orang perempuan dan 2 orang laki-laki mereka dibawa dan didampingi oleh keluarganya selama proses penyembuhan melalui tim doa di rumah doa. Keluarga dan ODGJ tersebut telah tinggal selama 1 (satu) bulan di rumah doa. Keluarga menyampaikan alasan keluarga membawa keluarganya ke tim doa karena diganggu oleh ular. Keluarga menyampaikan belum pernah membawa ke fasilitas kesehatan karena selama ini mendengar pelayanan bagi gangguan jiwa yaitu di rumah doa. Keluarga

menceritakan sebelum dibawa ke rumah doa, kondisi putranya sering teriak ketakutan di rumah bahkan saat mengikuti pelajaran di kelas, sering berdiam diri, dan mencakar wajah dan tubuhnya hingga luka. Saat peneliti mengamati tampak bekas luka cakar pada area wajah, leher, tangan, dan kaki. Keluarga menyampaikan juga bahwa setelah sebulan berada di rumah doa ada perubahan yang dirasakan seperti putranya menjadi lebih tenang, tidak mencakar wajah dan tubuhnya, aktif dan interaksi dengan teman yang lain bahkan saat peneliti hadir, kita mulai berinteraksi dengan berkenalan satu sama lain didampingi oleh ibunya sementara kakinya masih terpasang rantai dia pun mulai menyanyi diiringi piano yang dimainkan oleh temannya. (*Fieldtrip*, 20 April 2019, halaman 1, *line* 1-15)

Beberapa upaya proses penyembuhan bagi orang dengan gangguan jiwa melalui tim doa.

Berikut uraian *fieldtrip* :

“...upaya penyembuhan yang dilakukan tim doa melalui beberapa proses. Pertama, pencurahan roh melalui penjamahan sekaligus pencabutan beban sakit. Kedua, menyanyikan lagu-lagu rohani sedih yang menyentuh hati untuk melepaskan beban masa lalu yang berat dan terpendam dalam hati karena mengalami luka bathin. Menyanyikan puji-pujian dan lagu-lagu rohani yang sedih dirasakan dan diyakini bahwa semua luka bathin sembuh. (*Fieldtrip*, 20 April 2019, halaman 2, *line* 16-20)

Komponen ketiga, upaya yang dilakukan untuk penyembuhan ODGJ melalui bantuan tokoh agama (pastor, romo, suster, pendeta, ustaz/kiai)

sesuai dengan agama. Salah satu penyembuhan melalui tokoh agama yaitu pastor yang memiliki karisma untuk melakukan penjamahan kesembuhan bagi ODGJ. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kita punya pastor paroki itu memang karena dia punya karisma untuk itu juga jadi dia biasanya orang yang seperti itu sampai di romo itu akhirnya sembuh...”(IC5)

Komponen keempat, upaya penyembuhan bagi ODGJ adalah ritual adat. Berdasarkan hasil *fieldtrip* langkah pertama dalam proses ritual adat yang dilakukan adalah pengkajian. Proses pengkajian dapat dilakukan menggunakan pedang, sirih dan pinang, air dan beras untuk mengetahui penyebab gangguan jiwa. Setelah pengkajian dan menemukan penyebab masalah gangguan jiwa seperti melakukan kesalahan di rumah adat, melakukan kesalahan terhadap arwah nenek moyang, dan gangguan siluman/setan/roh halus maka intervensi yang dilakukan selanjutnya adalah pemisahan dan

pelepasan beban penyakit sesuai dengan penyebab tersebut. Upacara pemisahan pun ada perbedaan sesuai dengan penyebab (*ele bula*).

“...pertama, menyiapkan sirih pinang untuk mencari tahu penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa yang disebut *ele bula* atau *cari jalan* supaya jalan itu menunjukkan penyebab seseorang mengalami gangguan jiwa, lalu *kohe* akan melihat dari *bula* itu dan melakukan upacara sesuai *bula* (penyebab). Setelah itu, *kohe* dan keluarga akan membakar ayam atau babi disertai dengan uang lepas beban sesuai dari permintaan tabib. (*Fieldtrip*, 23 Maret 2019, halaman 3, line 37-40)

Kemudian dilakukan pemisahan atau pelepasan (*supu, dase mdeda, haketak, anpolen maputu*) beban penyakit berdasarkan penyebab tersebut seperti melakukan kesalahan di rumah adat dan gangguan roh halus. Prosesi pelepasan atau pemisahan ini dilakukan oleh *kohe* (tabib) bersama orang dengan gangguan jiwa didampingi oleh keluarga. Prosesi pemisahan berdasarkan atas suatu pertimbangan tertentu seperti waktu, tempat, dan pantangan bagi ODGJ. Berikut upacara pemisahan (*anpolen maputu*) :

“...waktu pelepasan atau pemisahan melihat pada kondisi bulan sabit (*fulan namton*) yang bertujuan untuk melepaskan beban atau panas yang akan dilakukan di sungai yang mengalir, menggunakan lidi daun lontar yang dibagi menjadi 2 bagian untuk dipisahkan pada jalan pertigaan dengan syarat tidak boleh berbicara atau menoleh ke belakang selama melakukan ritual adat tersebut. Apabila yang bersangkutan menoleh ke belakang maka roh halus yang telah dilepaskan atau dipisahkan akan kembali lagi kepada yang bersangkutan. Prosesi ini juga dilengkapi dengan sirih dan pinang, uang 100 perak berjumlah sembilan keping dalam jumlah yang harus ganjil. (*Fieldtrip*, 11 April 2019, halaman 6, *line* 91-97)

Ritual adat yang dilakukan selanjutnya apabila melakukan kesalahan dengan arwah nenek moyang dan melakukan kesalahan di rumah adat yaitu dengan memanggil *kohe* (dukun/tabib) untuk menampar (*basa*). Ritual ini dengan cara mengganti yang sudah diambil (*dani bali*) dengan bicara secara baik-baik (*tou hlolo*) kepada rumah adat dan arwah seperti memohon pengampunan.

Upacara pelepasan beban (*dase mdeda*) dilakukan dengan cara memberikan persembahan berupa hewan, uang, perak, dan emas. Upacara pelepasan bertujuan untuk melepaskan atau

mengeluarkan beban penyakit (*dase mdeda*) yang sudah diketahui penyebabnya melalui proses cari jalan (*buka dalam/ele bula*) (terlampir pada lampiran gambar 4.5). Berikut proses pelepasan beban :

“...ritual adat yang dilakukan pertama yaitu menyiapkan daun sirih, pinang, segenggam beras dalam sebuah wadah (*taka san pusi*) untuk mencari penyebab gangguan jiwa (*ele bula*). Setelah *cari jalan (ele bula)* atau cari penyebab dan menemukan penyebabnya maka *kohe* (tabib/dukun) melihat dari *bula* itu untuk melakukan upacara adat dengan menyembelih atau membakar ayam. Tabib (*kohe*) menyembelih seekor ayam jantan putih dan mengambil bulu ayam tersebut dan diletakkan bersama dengan daun sirih dan pinang pada sebuah wadah. Wadah tersebut berisi 5 (lima) lembar daun sirih dan 4 (empat) biji pinang, beras, bulu ayam, dan gelang perak (*keke*) yang digunakan untuk melepas beban sakit (*dase mdeda*). Sebelum menyembelih ayam jantan putih, tabib (*kohe*) mengucapkan kata-kata dengan menyebut para arwah dan leluhur untuk memberkati dan menyembuhkan (*tou hlolo da bria*). Selanjutnya, ayam tersebut dibakar dan dimakan bersama oleh tabib (*kohe*), tua-tua adat, dan keluarga. sejumlah uang yang diberikan juga dalam jumlah yang ganjil berkisar 7x7 (tujuh kali tujuh) atau 9x9 (sembilan kali sembilan) yang apabila dinominalkan dalam rupiah misalkan 7x7 maka 7.777 (tujuh ribu tujuh ratus tujuh puluh tujuh).(*Fieldtrip*, 25 April 2019, halaman 1, *line* 1-5)

Hal inilah yang disampaikan oleh tenaga kesehatan bahwa sebelum masyarakat mengakses pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan,

masyarakat masih melakukan ritual-ritual tertentu seperti ritual kepada arwah di kuburan dan ritual ke rumah adat. Berikut ungkapan partisipan :

“...kita tanya Dukun, Bapak minta maaf ! Kami mau tanya disini sudah buat apa untuk kesembuhan mama ? waktu itu ada satu mama di ujung sana yang gangguan jiwa, ini ya ibu dokter saya tidak buat apa-apa, saya hanya buat pamali saja, buat pamali untuk arwah donk pakai sirih pinang terus makan sirih pinang habis disembur ke pasien gangguan jiwa, semburkan ke badan semua itu yang dibuat sebelum dibawa ke puskesmas...”(IHW5)

Komponen terakhir bahwa upaya yang dilakukan keluarga dan masyarakat dalam pencarian pengobatan yaitu adanya kombinasi antara medis, tradisional dan alternatif. Pencarian bantuan pengobatan melalui dukun dan tim doa disebut oleh partisipan sebagai pengobatan tradisional dan alternatif. Kombinasi pengobatan yang dimaksudkan mencakup gabungan dari akses layanan kesehatan, dukun, dan tim doa. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“...tapi ya biasanya kan kalau misalnya medis sudah tidak ini maka ada yang istilahnya pakai alternatif, pengobatan alternatif ya karena itu masuk dukun atau ya masuk tokoh agama yang alternatif sebenarnya...”(IC5)

Kombinasi pengobatan dari akses layanan kesehatan, dukun, dan tim doa dimaksudkan agar pengobatannya tepat dan bisa menyembuhkan seperti memisahkan penyebab yang dilakukan oleh *kohe* (dukun) sehingga saat pengobatan di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit) obat yang diberikan oleh dokter pun tepat dan sembuh. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“...*pede* puskesmas atau *umoras odila ita no* keluarga *tai bisa malo bali* supaya *aitaha nua* bisa *sole, ita musti ele Kohe* supaya *dia pa spa sia Kohe* pisahkan *samberga nua no ita atmasa la pede* dokter *ne aitaha mos'o bisa mola...*”(ITE5)

(seperti dibawa ke puskesmas atau rumah sakit, keluarga kita harus cari tabib supaya penyebabnya apa tabib pisahkan penyakitnya seperti dokter berikan obat juga bisa sembuh) (ITE5)

Kombinasi pengobatan ini berlangsung ketika adanya kegagalan pada upaya pengobatan yang dilakukan sebelumnya sehingga keluarga dan masyarakat akan terus mencari berbagai cara pengobatan selain medis seperti dukun dan tim doa.

Upaya pengobatan yang dilakukan oleh dukun pertama apabila gagal menyembuhkan maka

akan mencari lagi dukun yang berbeda untuk menyembuhkan bahkan mencari dukun lebih dari satu orang begitu juga upaya pencarian pengobatan melalui tim doa namun tidak ada perubahan yang dirasakan oleh keluarga. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...pengobatan dulu menggunakan orang pintar namun tidak berhasil, mereka cari orang pintar itu lebih dari satu, satu tidak berhasil pergi lagi di satu sampai tidak berhasil lagi ya sudah, su tidak ada jalan lain lagi dibiarkan...”(IHW4)

Hal ini juga mengungkapkan bahwa pemberhentian pencarian dukun ketika menemukan dukun yang cocok dan bisa menyembuhkan ODGJ dan pemberhentian pencarian bantuan pengobatan ketika segala upaya yang dilakukan tidak menunjukkan adanya keberhasilan atau perubahan bagi keluarga dan masyarakat. Hal ini disampaikan oleh partisipan :

“...sebelumnya itu *Kohe* duluan kalau *Kohe* duluan sudah tidak bisa sembuh, tidak ada perubahan cari lagi datang sama akhirnya satu-satu jalan harus ke puskesmas mungkin dari medisnya, cari *Kohe* itu kalau cocok langsung

sembuh dan selesai sudah tidak cari lagi, kalau belum sembuh makanya cari lagi yang lebih cocok *Kohe* itu yang lebih cocok yang mana baru bisa pemberhentian pencariannya...”(ITE3)

Domain Penanganan Medis

Domain penanganan medis bagi ODGJ di Puskesmas tercakup dalam komponen terapi *chlorpromazine* (CPZ), kunjungan rumah, pendekatan keluarga, rujukan, dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) antara lain :

Komponen pertama dalam upaya penanganan medis yang dilakukan berupa terapi CPZ sebagai satu-satunya terapi yang digunakan dalam pengobatan bagi orang dengan gangguan jiwa di Puskesmas. Pemberian terapi CPZ ini sesuai dengan anfrah obat dan terapi yang diberikan dokter berdasarkan diagnosa yang tegakkan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kebetulan kan kita anfrah obat yang CPZ *Chlorpromazine* kan dari dinas kesehatan jadi kita memberikan sesuai dengan terapi yang diberikan dokter, diagnosa yang diberikan, CPZ sebagai satu-satunya pengobatan disini yang lain tidak ada...”(IHW3)

Komponen kedua dari upaya penanganan medis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu melalui kunjungan rumah (*home visit*). Kunjungan rumah (*home visit*) sebagai salah satu program pendampingan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di puskesmas. Program pendampingan ini tercakup dalam kunjungan rumah. Saat kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan (dokter dan perawat) melakukan pengkajian, memberikan motivasi, memberikan edukasi bagi keluarga dan pengobatan bagi ODGJ.

Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...pasien disini hanya sebatas pendampingan, pendampingan itu berarti perawatnya melakukan kunjungan rumah atau *homevisit*...”(IHW1)

Komponen ketiga dari upaya penanganan medis yang dilakukan adalah pendekatan keluarga karena melalui pendekatan keluarga dapat menghubungkan antara tenaga kesehatan, orang dengan gangguan jiwa termasuk keluarga sebagai elemen utama dalam perawatan dan pengobatan.

Intervensi yang dilakukan saat melakukan pendekatan keluarga adalah memberikan sosialisasi, informasi dan edukasi. Berikut ungkapan partisipan :

“...pendekatan keluarga, kolaborasi dengan dokter pemberian terapi, kita kasih sosialisasi, kita kasih informasi, edukasi untuk keluarga ya sejauh ini sih untuk keluarga...”(IHW2)

Komponen keempat, upaya penanganan medis yang dilakukan adalah rujukan. Rujukan yang dilakukan dari pelayanan dasar yaitu puskesmas menuju rumah sakit umum dan lebih lanjut menuju rumah sakit jiwa yang berada di Kupang. Rujukan dimaksudkan untuk pengobatan lanjutan sesuai dengan diagnosa dan terapi yang diberikan.

“...sebagian mereka ke rumah sakit ambil rujukan dari sini ambil ke rumah sakit, sebagian ada ambil ke Kupang di rumah sakit Kupang itu hanya satu orang di rumah sakit jiwa Naimata, ada beberapa orang yang berobat ke Naimata setelah pulang mereka ambil obatnya disana ada yang ambilnya di rumah sakit jiwa...”(IHW6)

Komponen kelima, upaya penanganan medis melalui komunikasi, informasi dan edukasi (KIE). Pelayanan KIE yang diberikan oleh tenaga kesehatan

mencakup penyebab, tanda dan gejala, cara merawat ODGJ, dan cara mencegah kekambuhan pada ODGJ, bebas pasung bagi ODGJ. Selain itu, memberikan motivasi bagi keluarga dalam menunjang *personal hygiene* dan makan-minum ODGJ sehingga membantu proses pemulihan. Hal ini diungkapkan partisipan sebagai berikut :

“...kita sampaikan pertama itu omong dengan keluarga tentang perbedaan orang yang sehat jiwanya dengan orang yang sakit jiwanya, orang yang sakit jiwa dengan orang yang sakit fisik itu perbedaannya apa antara keduanya, kedua kita kasih tahu orang yang sakit jiwa ini karena apa sampai sakit jiwa, seseorang yang sakit jiwa itu tandatandanya seperti apa, pengobatannya bagaimana supaya orang jangan sakit jiwa harus buat apa, nah yang sudah terlanjur sakit jiwa kita kasih tau keluarga harus buat apa supaya jangan sampai dia punya kondisi lebih buruk tapi kalau bisa ya dia kembali membaik atau bisa membantu supaya jangan dikucilkan dari keluarga sendiri maupun masyarakat...”(IHW5)

Domain Intervensi Sosial

Upaya penanganan dari sisi sosial tercakup dalam komponen melakukan aktivitas, melatih keterampilan, bersosialisasi, membentuk kelompok, dan dukungan sosial antara lain :

Komponen pertama dari upaya penyembuhan secara sosial yaitu melalui kegiatan atau aktivitas. Intervensi sosial yang dilakukan melalui kegiatan atau aktivitas sesuai dengan minat. Kegiatan yang dilakukan oleh ODGJ bisa membantu ODGJ menjadi lebih produktif untuk bekerja. Kegiatan yang dilakukan oleh ODGJ bertujuan untuk mencegah kekambuhan melalui rutinitas kegiatan tersebut. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...dia masih waras mungkin dia tofa rumput atau berkebun, jadi pekerjaan-pekerjaan yang sering dia lakukan yang diminati seperti itu...”(IC2)

Komponen kedua dari upaya penanganan secara sosial yaitu dengan melatih keterampilan. Pelatihan keterampilan yang dilakukan juga merujuk pada kemampuan seseorang dalam suatu bidang. Pelatihan keterampilan dapat dilakukan dengan melihat potensi atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini bertujuan untuk mengasah keterampilan dan keahlian dan menstabilkan keadaan ODGJ sehingga

menjadi lebih tenang. Bentuk keterampilan berupa kerajinan tangan, keterampilan menyanyi dan memainkan musik. Hal ini disampaikan oleh partisipan sebagai berikut :

“...mengajarkan keterampilan-keterampilan sih bisa juga supaya donk lebih tenang begitu...”(IC6)

Komponen ketiga dari upaya penanganan secara sosial yaitu dengan bersosialisasi. Bersosialisasi merupakan suatu proses untuk mengenal masyarakat di lingkungannya. Hal ini disampaikan oleh partisipan :

“...menerima diri sendiri dan kembali bersosialisasi dengan keluarga dan masyarakat...”(IHW5)

Komponen keempat, upaya penanganan secara sosial yaitu dengan membentuk kelompok. Pembentukan kelompok solidaritas untuk menghimpun ODGJ sebagai upaya untuk pemulihan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...bikin sebuah kelompok atau solidaritas kekeluargaan...”(IC2)

Komponen kelima, salah satu upaya penanganan secara sosial yaitu melalui dukungan sosial. Dukungan sosial berasal dari keluarga, tetangga, teman, masyarakat, dan tenaga kesehatan.

Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...yang pertama dari keluarga bisa merawatnya, mungkin dari teman dekatnya, rumah sakit artinya dokter-dokter yang di bidang spesial mungkin profesinya di gangguan jiwa, perawat, staf-staf rumah sakit mungkin bisa membantu ya tenaga kesehatan...”(IC2)

“...orang yang lain keluarga donk dukung, orang dukung semua, dia pun tetangga...”(IC3)

Dukungan sosial yang istimewa berasal dari salah satu anggota masyarakat. Dukungan yang diberikan berupa pelayanan doa penyembuhan bagi ODGJ dan fasilitas bagi ODGJ (terlampir pada lampiran gambar 4.6). Berikut hasil dari *fieldtrip* :

“...Pelayanan Kelompok Doa Karismatik bagi orang dengan gangguan jiwa. Bentuk pelayanan yang diberikan berupa pelayanan doa bagi keluarga dan ODGJ, menyediakan fasilitas seperti rumah doa, kamar inap berjumlah 2 buah bagi keluarga dan ODGJ. Tim doa ini telah terdaftar dan mendapat entitas dari pemerintah sebagai penyehat tradisional yang disahkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Belu pada tahun 2018 hingga 2020 dengan klasifikasi penyehat tradisional adalah keterampilan (energi) ajaran agama. Fasilitas penunjang lainnya

yang tersedia dalam rumah doa adalah sebuah alat musik piano dan mikrofon. Salah satu tokoh masyarakat ini terpanggil dalam pelayanan doa karismatik sejak tahun 2004 dan memiliki anggota berjumlah 50 orang serta telah memiliki cabang pelayanan doa di Timor Leste (Hatulia). Kelompok doa ini melakukan pelayanan bersama-sama bagi ODGJ dengan cara doa bersama keluarga ODGJ, memotivasi keluarga dan ODGJ yang datang ke rumah doa. Selain itu juga, upaya yang dilakukan adalah melakukan aktivitas dan keterampilan sesuai dengan bakat yang dimiliki oleh ODGJ. Aktivitas yang dilakukan ODGJ selama berada di rumah doa ini seperti mencuci, memasak, menyiram bunga dan mengepel sedangkan melatih keterampilan seperti menyanyi dan memainkan musik bersama kelompok masyarakat yang berada di sekitar rumah doa. (*Fieldtrip*, 20 April 2019, halaman 1 line 1-7)

Domain Spiritual

Domain spiritual menunjukkan bahwa selain usaha yang telah dilakukan sebagai seorang manusia yang beriman maka perlu pendekatan diri dengan Tuhan. Tuhan sebagai sandaran utama dan penyembuh abadi, dokter ilahi. Pendekatan diri kepada Tuhan melalui doa dengan iman. Hal ini juga mengungkapkan bahwa keyakinan partisipan bahwa selain usaha, Tuhan juga yang menyembuhkan. Berikut ungkapan partisipan :

“...kita harus mendekatkan diri dengan Tuhan, kita sebagai manusia yang beriman ya kita berdoa, tidak ada yang mustahil bagi Tuhan...”(IC2)

“...di saat sandaran utama kita kepada Tuhan yang penyembuh abadi, dokter ilahi, keluarga kita harus serahkan kepada Tuhan iman kepada Allah sehingga roh Allah untuk menjamah, mengurapi, menyembuhkan, memperbaiki, melepaskan...”(IC7)

“...di dalam injil (Lukas 17 : 6) kalau sekiranya kamu mempunyai iman sebesar biji sesawi saja, kamu dapat berkata kepada pohon ara ini : terbantunlah engkau dan tertanamlah di dalam laut, dan ia akan taat kepadamu) ini dari segi iman akan sembuh...”(IC7)

B. Pembahasan

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan etnografi model Spradley. Penelitian ini menghasilkan 5 (lima) tema budaya antara lain ketidakseimbangan pada fitrah kehidupan manusia; gangguan jiwa laki-laki dan gangguan jiwa perempuan; hambatan dalam pemulihan bagi ODGJ; *being supportive and socially distance*; melepaskan panas dengan mendinginkan. Tema pertama, ketidakseimbangan pada fitrah kehidupan manusia terdiri dari 3 (tiga) domain yaitu keadaan atau pengalaman hidup, genetik (keturunan), dan kultur.

Tema kedua, gangguan jiwa laki-laki dan gangguan jiwa perempuan merupakan corak utama tanda dan gejala gangguan jiwa yang terdiri dari 7 (tujuh) domain yaitu berkeliaran/mondar-mandir, perilaku kekerasan, isolasi sosial, perawatan diri, halusinasi, waham, dan perilaku aneh. Tema ketiga, hambatan dalam pemulihan ODGJ terdiri dari 3 (tiga) domain yaitu menutup diri, akses pelayanan, dan kurang pengetahuan. Tema keempat, *being supportive and socially*

distance terdiri dari 2 (dua) domain yaitu sikap positif dan sikap negatif. Tema kelima, melepaskan panas dengan mendinginkan terdiri dari 4 (empat) domain yaitu adat, medis, sosial, dan spiritual.

1. Ketidakseimbangan pada Fitrah Kehidupan Manusia

Masyarakat Belu di dalam segala aktivitas dan rutinitas tidak bisa luput dari kebudayaan. Kebudayaan ibarat sebagai suatu nafas kehidupan bagi masyarakat Belu. Hal ini tampak pada universalitas hidup masyarakat Belu yang masih menjunjung tinggi kebudayaan dalam segala aspek kehidupan. Salah satu peran penting ini yang menyebabkan kebudayaan Belu diwariskan dari generasi ke generasi yang akan datang termasuk keyakinan mengenai penyebab orang dengan gangguan jiwa. Merujuk pada hasil penelitian yang peneliti sajikan pada sub bab sebelumnya pada gambar 4.1 *culture themes* bahwa masyarakat masih mendukung penyebab gangguan jiwa yang diterima secara budaya atau dari sisi kultur seperti

arwah nenek moyang, kesalahan di rumah adat, roh halus, diguna-guna, malaria, dan darah putih naik di kepala.

Temuan penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh Kimotho (2018); Agau & Bodilsen (2017); Ikwuka (2016); Shah *et al.*, (2017) di Afrika yang menyatakan bahwa penyebab gangguan jiwa terkait dengan kepercayaan budaya diidentifikasi kutukan, sihir/diguna-guna, pelanggaran budaya, kepemilikan oleh roh atau setan, dan masalah keluarga (keyakinan bahwa gangguan jiwa adalah masalah yang diturunkan sehingga disebut sebagai masalah keluarga). Kepemilikan roh atau setan dinyatakan sebagai penyebab supernatural (Ikwuka, 2016; Agau & Bodilsen, 2017) dan dinyatakan sebagai penyebab ekstrinsik yakni mencakup penyebab spiritual (kekuatan setan dan diguna-guna) (Shah *et al.*,2017).

Persamaan penyebab dengan temuan sebelumnya terkait dengan konteks area penelitian di daerah terpencil sehingga memiliki nilai-nilai budaya yang terkait erat satu

sama lain dan melekat sebagai warisan yang diturunkan dari satu generasi ke generasi. Keyakinan penyebab dan nilai-nilai di daerah terpencil dapat membantu memahami masalah kesehatan jiwa dan pemahaman para profesional kesehatan dalam penyediaan perawatan kesehatan yang sesuai dan dapat diterima penduduk pedesaan serta penyampaian program kesehatan kolaboratif di daerah terpencil.

Temuan penelitian ini juga menunjukkan bahwa malaria dan darah putih naik di kepala diyakini sebagai penyebab gangguan jiwa. Hal ini juga didukung dengan temuan penelitian Shah *et al.*, (2017) dan Jenkins *et al.*, (2018) di Afrika bahwa penyebab ekstrinsik gangguan jiwa mencakup penyakit infeksi (Malaria). Orang dengan malaria memiliki tingkat IL-10 yang lebih tinggi dan tingkat TNF- α yang lebih rendah sedangkan orang dengan gangguan mental umum (*common mental disorder*) memiliki tingkat IL-8 dan IL-10 yang lebih tinggi. Gejala psikotik adanya peningkatan kadar IL-6, IL-8, dan IL-10

dan tingkat IL-1 β yang lebih rendah. Temuan menunjukkan bahwa TNF- α dapat memediasi hubungan antara malaria dan gangguan mental umum (*common mental disorder*) (Jenkins *et al.*, 2018). Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah peneliti tidak melihat dan menilai secara rinci dan komprehensif terkait pathogenesis infeksi malaria yang berkaitan dengan interleukin-10 yang merupakan sitokin anti-inflamasi yang berperan dalam regulasi respon imun yang dapat menghambat pelepasan mediator pro-inflamasi dari monosit atau makrofag serta menghambat sekresi TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-8, G-CSF, dan GM-CSF tetapi temuan dalam penelitian ini merupakan bagian dari persepsi masyarakat.

Temuan penelitian juga mengungkapkan bahwa darah putih naik (meningkat) di kepala diyakini sebagai penyebab gangguan jiwa. Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian Köhler *et al.*, (2017) bahwa setiap deviasi sel darah putih $1.0 \times 10^9/L$ inventarisasi

gejala bipolar secara keseluruhan skala keparahan meningkat secara signifikan di antara pria tetapi tidak di antara wanita. Selanjutnya, dalam temuan Shafiee *et al.*, (2017) yang bertujuan untuk menguji hubungan antara gejala depresi atau kecemasan dan penanda inflamasi hematologis termasuk *white blood cells* (WBC) dan *red cell distribution width* (RDW) menemukan bahwa jumlah WBC rata-rata meningkat dengan meningkatnya keparahan gejala depresi dan kecemasan di kalangan pria. Skor depresi dan kecemasan lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan keadaan inflamasi sebagaimana dinilai oleh penanda inflamasi hematologis yang lebih tinggi termasuk WBC dan RDW. Perbedaan dengan temuan sebelumnya adalah peningkatan darah putih berkaitan dengan angka atau jumlah sel darah putih bukan pada lokasi atau area, dan dialami terutama pada wanita yang tidak melakukan perawatan diri.

Selain penyebab dari kultur, temuan penelitian ini juga menunjukkan bahwa keadaan atau pengalaman hidup

seperti stres, pikiran berlebihan, faktor ekonomi, masalah rumah tangga, kegagalan, dan kehilangan tiba-tiba sebagai penyebab gangguan jiwa. Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa kesulitan ekonomi dan keluarga (Fellmeth *et al.*, 2015), kemiskinan dan ketidakharmonisan keluarga yang dinyatakan sebagai penyebab ekstrinsik sosial ekonomi sedangkan kelemahan pribadi seperti kegagalan dan pikiran berlebihan dinyatakan sebagai penyebab intrinsik (Shah *et al.*, 2017; Zever, 2017). Keadaan atau pengalaman hidup adalah bagian dari masalah yang dialami sehari-hari oleh setiap individu dalam setiap rentang kehidupan. Masalah yang muncul melibatkan penggunaan keterampilan, akumulasi pengetahuan, dan sumber daya. Masalah sehari-hari pun bervariasi tergantung pada tuntutan situasi yang kontekstual.

Kehilangan dan kesedihan adalah hal mendasar bagi kehidupan manusia. Kesedihan sebagai respon

terhadap hilangnya seluruh totalitas termasuk manifestasi fisik, emosional, kognitif, perilaku, dan spiritual. Kesedihan sebagai konsekuensi alami dari pembentukan ikatan emosional kepada orang, pekerjaan dan harta. Misalnya kehilangan orang yang dicintai. Kaplow & Layne (2014) menemukan bahwa hubungan yang signifikan antara kematian yang tidak terduga dan risiko untuk berbagai diagnosa psikiatrik. Kematian yang tidak terduga dikaitkan dengan timbulnya *post-traumatic stress disorder* (PTSD), gangguan panik, dan depresi. Hal serupa yang ditemukan oleh Keyes *et al.*, (2014) menyatakan bahwa kematian yang tidak terduga adalah pengalaman traumatis yang paling umum dan terburuk terlepas dari pengalaman traumatis lainnya. Persamaan dengan penelitian ini adalah proses kehilangan yang terjadi secara tiba-tiba atau tidak terduga lebih berisiko terhadap gangguan jiwa.

2. Gangguan Jiwa Laki-Laki dan Gangguan Jiwa Perempuan

Manusia pada hakikatnya selalu hidup di tengah masyarakat yang tidak terlepas dari pengaruh lingkungan kebudayaan karena budaya suatu bangsa merupakan hal yang membedakan dari masyarakat manusia lainnya yang dapat memengaruhi cakrawala pandangan masyarakat mengenai tanda dan gejala gangguan jiwa. Pandangan mengenai gangguan jiwa mengacu pada suatu isyarat yang dapat memungkinkan seseorang untuk mengidentifikasi orang dengan gangguan jiwa.

Temuan paling mencolok dan paling signifikan yang muncul dalam penelitian ini adalah perbedaan pria-wanita dalam gangguan jiwa yang teridentifikasi sebagai pola khas gangguan yang dibedakan berdasarkan jenis kelamin. Pandangan mengenai gangguan jiwa menghadirkan suatu stereotip yaitu stereotip gender. Stereotip gender yang memengaruhi keyakinan tentang perbedaan antara pria dan wanita. Stereotip gender pada

penelitian ini adalah gangguan jiwa laki-laki (*eru mane*) dan gangguan jiwa perempuan (*eru hine*). Gangguan jiwa laki-laki (*eru mane*) merujuk pada sifat yang kasar, kejam, perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri sedangkan gangguan jiwa perempuan (*eru hine*) termasuk dalam sifat yang diam, tenang, isolasi sosial (berdiam diri, menarik diri, dan menyendiri) dan halusinasi (bicara dan tertawa sendiri). Selain itu juga, gangguan jiwa laki-laki (*eru mane/eru siaka*) termasuk dalam gangguan jiwa berat dan gangguan jiwa perempuan (*eru hine/eru mloi*) termasuk dalam gangguan jiwa ringan. Hasil penelitian ini mengungkapkan bahwa budaya memengaruhi kepercayaan terhadap stereotip negatif dan perbedaan gender ini berakar pada kepercayaan yang dipegang secara luas dan tanpa disadari dalam peran gender tradisional di masyarakat.

Perbedaan gender dalam gangguan jiwa laki-laki dan perempuan untuk mengeksploitasi gejala eksternalisasi dan internalisasi. Umumnya, gejala eksternalisasi melibatkan gangguan dalam perilaku, dan gejala

internalisasi melibatkan gangguan dalam perasaan. Wanita cenderung menunjukkan gangguan pada sisi internalisasi spektrum seperti kecemasan dan gangguan *mood* dan pria cenderung menunjukkan gangguan pada sisi eksternalisasi spektrum seperti kepribadian antisosial dan gangguan penggunaan zat (Eaton *et al.*, 2012; Hoertel *et al.*, 2015).

Selain perbedaan jenis kelamin yang nyata dalam prevalensi gejala internalisasi dan eksternalisasi, stereotip orang tentang pria dan wanita mencerminkan pola yang sama. Penelitian sebelumnya tentang stereotip gender menunjukkan bahwa orang menganggap pria secara psikologis sebagai agresif, aktif, tangguh, mandiri, tidak emosional, stabil, dan tidak peduli dengan penampilan (Busfield, 2017; Drake *et al.*, 2018; Rippon, 2019). Sebaliknya, orang menganggap wanita secara psikologis sebagai orang yang banyak bicara, lembut, ekspresif, sensitif, dan peduli dengan penampilan. Meskipun ada perubahan budaya dalam anggapan perilaku yang pantas untuk pria dan wanita, stereotip jenis kelamin yang

mendasarinya tetap konsisten secara umum (Busfield, 2017; Rippon, 2019).

Selain itu, dalam hal stereotip gender yang spesifik untuk emosi, orang menganggap perempuan relatif terhadap laki-laki, mengalami lebih banyak tekanan, malu, takut, bersalah, sedih, dan malu (Busfield, 2017; Rippon, 2019). Sebaliknya, orang-orang percaya bahwa satu-satunya emosi yang dialami pria lebih dari wanita adalah kemarahan. Hal ini konsisten dengan tidak adanya gejala internalisasi di antara laki-laki dan peningkatan tingkat gejala eksternalisasi tertentu. Secara bersama-sama, stereotip gender cocok dengan perbedaan internalisasi-eksternalisasi yang diketahui memengaruhi kesehatan mental pria dan wanita namun, tidak diketahui anggapan orang melihat gangguan jiwa tertentu sebagai stereotip maskulin atau feminin (Hoertel *et al.*, 2015; Busfield, 2017; Rippon, 2019).

Salah satu teori psikologi gender yang kategorisasi lebih populer adalah teori skema gender (*gender schema*

theory) yang berfokus pada faktor-faktor dalam diri seseorang (Starr & Zurbriggen, 2017). Teori skema gender memberikan analisis deskriptif mengenai perilaku untuk memahami perbedaan interpersonal dan skema gender melalui penggambaran perilaku secara stereotip berasimilasi sebagai maskulin dan feminin (Starr & Zurbriggen, 2017). Jadi, stereotip perilaku ini mewakili konsep diri yang tertanam menghasilkan klasifikasi gender maskulinitas, feminitas, androgogi, dan *undifferentiated* (Whatley *et al.*, 2019).

Penelitian tentang gender menunjukkan bahwa perbedaan ini memiliki implikasi untuk kesehatan jiwa. Hal ini terkait dengan klasifikasi gender bahwa maskulinitas secara stereotip dikaitkan dengan stres, depresi, dan fungsi sosial yang negatif (Wong *et al.*, 2017). Feminitas di sisi lain secara stereotip dikaitkan dengan gangguan kepribadian *dysmorphic* dan *histrionic* (Busfield, 2017). Penelitian sebelumnya telah menemukan bahwa laki-laki lebih sering terlibat dengan perilaku

antisosial, penyalahgunaan alkohol dan narkoba sedangkan wanita lebih menderita depresi, kecemasan, dan gangguan panik (Busfield, 2017; Boysen *et al.*, 2014).

Individu yang diklasifikasikan sebagai androgogi didefinisikan memiliki tingkat maskulinitas dan feminitas yang tinggi cenderung menunjukkan tingkat kesehatan jiwa yang optimal lebih tinggi (Whatley *et al.*, 2019). Individu yang tidak berbeda (*undifferentiated*) didefinisikan memiliki tingkat maskulinitas dan feminitas yang rendah seperti tidak beradaptasi dengan norma sosial (Juster *et al.*, 2016) karena kurangnya ciri-ciri khas yang akan memudahkan cocok dengan tradisional kelompok gender. Penelitian telah menunjukkan hal itu tidak berbeda individu melaporkan harga diri yang lebih rendah, emosional, psikologis, dan kesejahteraan sosial, rendahnya dukungan sosial yang dirasakan dan lebih tinggi skor depresi dibandingkan dengan individu berdasarkan jenis kelamin dan androgogi (Whatley *et al.*, 2019; Juster *et al.*, 2016).

Pemaparan hasil penelitian yang dilakukan oleh Boysen (2017) mengenai hubungan antara maskulinitas dan stigma terhadap gangguan jiwa bahwa gangguan maskulin lebih dominan dengan emosi negatif mencakup kemarahan, agresif, ketakutan, dan menyalahkan sedangkan gangguan feminin termasuk dalam gangguan makan, gangguan *dysmorphic* tubuh, gangguan kepribadian *borderline*, gangguan kepribadian *histrionic*, gangguan kepribadian dependen, dan gangguan orgasme.

Beranjak dari beberapa temuan penelitian yang sejalan seperti telah dipaparkan sebelumnya terdapat perbedaan dengan yang peneliti lakukan yaitu gangguan jiwa laki-laki/*eru mane* (maskulinitas) selain dianggap sebagai lebih dominan dengan emosi negatif seperti agresif, tidak dapat diprediksi (Kabir *et al.*, 2004; Boysen, 2017; Kimotho, 2018) dan perilaku kekerasan sehingga menjadi antisosial juga adanya defisit dalam perawatan diri atau tidak memperhatikan penampilan. Gangguan jiwa laki-laki/*eru mane* juga termasuk dalam kategori gangguan

jiwa berat sedangkan gangguan jiwa perempuan/*eru hine* selain diidentifikasi dengan kepribadian yang diam, tenang, dan suka menyendiri atau menarik diri dari orang lain atau termasuk kepribadian *avoidant* (Busfield, 2017; Rippon, 2019). Gangguan jiwa perempuan/*eru hine* termasuk dalam gangguan jiwa ringan.

3. Hambatan dalam Pemulihan ODGJ

Gangguan jiwa tersebar luas tetapi mayoritas orang dengan gangguan jiwa tidak menerima perawatan. Hal ini sesuai dengan angka *treatment gap* yang tidak diimbangi dengan kapasitas layanan kesehatan jiwa yang memadai walaupun telah memasukkan layanan kesehatan jiwa ke pelayanan primer seperti Puskesmas.

Salah satu alasannya adalah orang tidak menerima perawatan untuk gangguan jiwa karena mereka tidak mencari bantuan (Savage *et al.*, 2015). Penelitian ini mengungkapkan beberapa faktor-faktor penghambat dalam pencarian bantuan kesehatan dalam penelitian ini terdiri

dari 3 (tiga) domain yaitu menutup diri, akses pelayanan, dan kurang pengetahuan. Menutup diri yang berasal dari keluarga karena keluarga tertutup dengan tenaga kesehatan walaupun sudah tampak tanda dan gejala. Hal ini didasari pada anggapan yang muncul dari masyarakat kepada keluarga yang berdampak pada rasa malu dan kehormatan keluarga. Menutup diri terkait dengan gangguan jiwa karena stigma di masyarakat (Mantovani *et al.*, 2016).

Stigma telah dianggap sebagai hambatan paling penting untuk perawatan dan rehabilitasi yang tepat bagi orang dengan gangguan jiwa (Gaebel *et al.*, 2016). Hal ini juga didukung oleh penelitian Fripp & Carlson (2017) yang menguji hubungan antara sikap, stigma, dan perilaku mencari bantuan mengungkapkan bahwa sikap adalah prediktor unik dalam keputusan seseorang untuk mencari konseling yang dipengaruhi oleh adanya stigma.

Hambatan dari akses pelayanan dalam penelitian ini tercakup dalam komponen ketersediaan pelayanan kesehatan di rumah sakit jiwa, ketersediaan jaminan

kesehatan, ketidaktahuan informasi, ketersediaan sumber daya manusia (SDM) dalam pelayanan kesehatan, dan ketersediaan terapi (obat-obatan) bagi ODGJ. Akses pelayanan sebagai hambatan struktural dan sistemik seperti infrastruktur perawatan kesehatan yang tidak memadai, jumlah spesialis kesehatan jiwa yang tidak memadai, dan kurangnya akses ke semua tingkat perawatan sehingga menyebabkan gangguan jiwa menjadi suatu masalah kesehatan yang diabaikan dan semakin membebani semua segmen populasi (Ellis & Alexander, 2016; Planey *et al.*, 2019).

Rendahnya jumlah spesialis di bidang kejiwaan membuat diagnosis dan pengobatan gangguan jiwa sulit. Banyak keluarga memiliki pandangan tradisional tentang gangguan jiwa yang mengakibatkan stigmatisasi dan sikap negatif yang dapat menunda pengobatan dan menyebabkan hasil yang lebih buruk karena diturunkan dari generasi ke generasi terlepas dari penjelasan modern yang tersedia (Ikwuka, 2016; Mwale & Mselle, 2017). Orang dengan

gangguan jiwa yang mencari bantuan profesional hanya sepertiga. Alasan tidak mencari bantuan profesional didasari pada anggapan bahwa masalah sebagai sesuatu normal atau tidak cocok untuk bantuan profesional, harapan negatif dari bantuan profesional, percaya strategi informal sudah cukup, takut akan distigma karena memiliki gangguan jiwa, persepsi diri kuat dan/atau mandiri (Savage *et al.*, 2015).

Orang dengan gangguan jiwa tidak pernah menerima bantuan dari profesional kesehatan karena dipengaruhi oleh pengetahuan tentang kesehatan jiwa, persepsi tentang penyebab gangguan jiwa dan pengaruh jaringan informal seseorang yang menentukan sikap pencarian bantuan (Wong & Li, 2014). Keyakinan kausal tentang gangguan jiwa penting untuk perawatan karena memengaruhi perilaku yang berhubungan dengan penyakit. Hambatan untuk mengakses layanan kesehatan mental juga secara signifikan dirasakan dengan hambatan

ideologis secara signifikan lebih dirasakan daripada hambatan instrumental (Ikwuka, 2016).

Hambatan (*perceived barriers*) sebagai salah satu konstruksi keyakinan kesehatan (*health belief*). Hambatan yang dialami adalah aspek negatif potensial dari perilaku kesehatan tertentu yang menghentikan seseorang dalam mengadopsi perilaku baru untuk mengurangi risiko. Hambatan-hambatan ini dapat menyebabkan seseorang menjauh dari tindakan yang sehat (Mo *et al.*, 2016; Zare *et al.*, 2016; Davishpour *et al.*, 2018).

Hambatan yang sering terjadi dalam pencarian perawatan dan pengobatan adalah kegagalan dalam mengenali tanda dan gejala yang dipicu oleh pengetahuan umum masyarakat tentang gangguan jiwa yang sangat buruk, adanya stigma dan diskriminasi dari masyarakat, keluarga, teman, dan staf tempat bekerja (Hanafiah & Van Bortel, 2015; Chong *et al.*, 2016); hidup dalam kemiskinan (kesulitan ekonomi) menyebabkan minimnya ke akses pengobatan (Fellmeth *et al.*, 2015; WHO, 2018).

Hambatan juga bersifat internal dan eksternal disertai keyakinan bahwa intervensi tidak akan membantu mengurangi gejala negatif (kurangnya manfaat dirasakan) (Jones *et al.*, 2017).

Orang dengan gangguan jiwa datang ke fasilitas perawatan primer (puskesmas) dan ditangani oleh dokter umum dan keluarga. Praktisi umum melihat orang dengan gejala presentasi yang lebih ringan, tidak spesifik, *subsyndromal*, dan beragam sering berkelompok di sekitar ambang kasus yang berkaitan dengan kesulitan psikosial. Dokter keluarga juga mengakui pentingnya kondisi psikososial (stress, sumber daya pribadi, koping, dukungan sosial, dan budaya) dan dampaknya terhadap kesehatan jiwa dan merasa sulit untuk menggunakan diagnosis berdasarkan konteks jumlah gejala. Praktisi umum berpendapat bahwa pasien mencari bantuan medis ketika merasa terganggu atau tertekan, kesakitan atau khawatir tentang implikasi dari gejala yang dirasakan (Jacob, 2017). Pada penelitian ini akses pelayanan bagi ODGJ masih

ditangani oleh dokter umum di Puskesmas, belum tersedia spesialis jiwa dalam menunjang pelayanan.

4. *Being supportive and Socially Distance*

Sikap terhadap orang dengan gangguan jiwa dapat memengaruhi kesediaan masyarakat untuk berinteraksi dengan ODGJ. Penelitian ini mengungkapkan 2 (dua) domain sikap yaitu sikap positif dan sikap negatif. Sikap positif sebagai *being supportive* tercakup dalam komponen sikap tidak ditelantarkan atau dikucilkan, tidak dihindari atau ditakuti, tidak mengganggu ODGJ, memuji, membujuk, menyapa, melakukan pendekatan, memberi solusi, tidak melakukan kekerasan, mengajak, diperhatikan, memotivasi, mengasihi, memberi arahan, dan tidak membedakan. Temuan penelitian telah menunjukkan bahwa sikap positif dan toleran terhadap ODGJ menjadi suatu sistem pendukung yang efektif dalam bidang kesehatan jiwa melalui integrasi ODGJ kembali ke

masyarakat dan peningkatan kualitas hidup ODGJ (Agau & Bodilsen, 2017; Rasulov, 2018).

Sikap negatif dalam penelitian ini tercakup dalam komponen pengabaian atau penelantaran, pengucilan, penghindaran, rasa takut terhadap ODGJ, pelabelan, mengejek/mengolok, dan rasa malu. Sikap negatif ini berakar dari rasa takut karena anggapan bahwa orang dengan gangguan jiwa berbahaya yang berpotensi melakukan penyerangan dalam bentuk kekerasan. Hal ini didukung oleh penelitian Ikwuka (2016) bahwa adanya potensi ancaman sosial mencerminkan suatu pandangan bahwa ODGJ memiliki perilaku yang tidak dapat diprediksi dan berbahaya bagi orang lain. Konsekuensi ini adalah keyakinan sehingga ODGJ terisolasi oleh masyarakat (Ikwuka, 2016; Rasulov, 2018).

Jarak sosial sebagian besar dipengaruhi oleh stereotip tentang bahaya dan ketidakpastian karena rasa takut akan agresi menyebabkan penghindaran orang dengan gangguan jiwa. Masyarakat menilai beratnya

gangguan jiwa atas dasar perilaku agresi/destruktif yang memuncaki gejala gangguan jiwa yang dirasakan (Kabir *et al.*, 2004). Gangguan jiwa dikaitkan dengan perilaku yang mengganggu dan tidak terduga yang diungkapkan dalam jarak sosial dan dukungan sosial (Kimotho, 2018). Jarak sosial juga dapat digerakkan oleh stigma asosiatif bahwa gangguan jiwa dianggap sebagai rasa malu, tabu, dan stigma (Subudhi, 2014). Jarak sosial yang mencerminkan stigma asosiatif melibatkan suatu upaya dalam menyembunyikan status kerabat dan perawatan (Ikwuka *et al.*, 2016).

Sikap menjadi lebih berarti ketika pengetahuan teoritis dilengkapi dengan pengetahuan pengalaman yaitu melalui kontak dengan ODGJ dalam suasana keakraban. Temuan menunjukkan bahwa orang dengan informasi lebih banyak pada pengalaman tentang gangguan jiwa seperti kerabat ODGJ, kurang prasangka, kurang kritis, dan lebih toleran terhadap ODGJ (Fripp & Carlson, 2017). Hal ini dikuatkan dalam penelitian bahwa orang yang tidak

akrab terhadap orang dengan gangguan jiwa lebih otoriter dan menginginkan jarak sosial yang lebih daripada orang yang akrab dengan ODGJ. Kontak mengurangi sikap negatif yaitu melalui pendekatan, motivasi, dan tidak melakukan kekerasan pada ODGJ seperti yang dipaparkan oleh Ikwuka *et al.*,(2016) bahwa kontak menguntungkan pribadi, intensif, luas, setara, sukarela dalam konteks dukungan yang bermakna.

Temuan lain menunjukkan karakteristik sosiodemografi seperti pendidikan menunjukkan bahwa sikap positif terhadap ODGJ terkait dengan peran pendidikan. Pendidikan tinggi lebih baik dalam menyikapi ODGJ (Jalali *et al.*, 2018). Hal ini juga dikuatkan oleh penelitian Ikwuka *et al.*, (2016) bahwa pendidikan rendah, jenis kelamin laki-laki, usia yang lebih tua dan tidak akrab dengan orang dengan gangguan jiwa memprediksi sikap yang lebih negatif.

Pendidikan tinggi memprediksi sikap pro-komunitas yang positif sedangkan pendidikan rendah

memprediksi sebagian besar sikap negatif termasuk otoriterisme, pembatasan sosial, dan jarak sosial. Usia yang lebih tua dikaitkan dengan lebih banyak hambatan sosial, perawatan yang kurang pro-komunitas, dan kurang kebajikan karena sebagai penjaga tradisi yang lama dikaitkan dengan pandangan kausal yang lebih bersifat *prescientific* dan supernatural yang telah dikaitkan dengan sikap negatif terhadap gangguan jiwa (Ikwuka, 2016; Li *et al.*, 2018). Penelitian yang dilakukan oleh peneliti sebagian besar partisipan berusia dewasa, dan memiliki pendidikan menengah, dan kurang terpapar informasi pelayanan kesehatan jiwa sehingga turut berperan sebagai mediator sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa.

Laki-laki lebih membatasi secara sosial dan kurang peduli terhadap masyarakat daripada perempuan (Ikwuka *et al.*, 2016). Perbedaan gender dalam pola hubungan dapat memberikan wawasan alasan perempuan menunjukkan sikap yang lebih positif kepada orang dengan gangguan jiwa. Tench *et al.*, (2017) menunjukkan bahwa perbedaan

dalam gaya komunikasi antara pria dan wanita. Perempuan lebih suka keintiman dan membangun hubungan yang mendorong kesetaraan dan keakraban yang lebih besar sehingga membuat interaksi terus berlanjut sedangkan laki-laki cenderung menunjukkan pola membangun yang menghambat pasangan atau menyebabkan pasangan menarik diri, dan mempersingkat atau mengakhiri interaksi. Oleh karena itu, perempuan lebih bersedia untuk mendorong interaksi sosial dengan ODGJ dan mendukung integrasi dalam masyarakat (Ikwuka *et al.*, 2016; Rasulov, 2018). Penelitian ini didominasi oleh partisipan perempuan karena perempuan dianggap lebih peduli, lembut, dan memiliki empati yang tinggi sehingga cenderung membina dan membangun hubungan yang lebih positif terhadap orang dengan gangguan jiwa seperti memberi makanan dan pakaian kepada ODGJ.

Sikap yang terkait dengan gangguan jiwa dapat dikonseptualisasikan sebagai masalah yang berhubungan dengan pengetahuan kesehatan jiwa yang buruk dapat

berkontribusi terhadap ketidaktahuan atau informasi yang salah (Ikwuka *et al.*, 2016). Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa sikap dapat berkontribusi terhadap prasangka dan perilaku berkontribusi terhadap diskriminasi bahkan konsekuensi yang luas bagi ODGJ berawal dari penghindaran dan berujung dengan membatasi atau menghalangi ODGJ untuk terlibat dalam hubungan sosial dan menerima perawatan kesehatan yang sesuai. Temuan lain melaporkan bahwa kontak sosial memiliki dampak positif sebagai sikap kurang menstigmatisasi dikaitkan dengan berkurangnya penghindaran dan diskriminasi (Frías *et al.*, 2018). Pengetahuan yang lebih luas dan kontak juga berkaitan dengan pengobatan positif (Rossetto *et al.*, 2019). Penelitian ini beberapa partisipan menunjukkan sikap yang lebih positif dengan melakukan pendekatan terhadap orang dengan gangguan jiwa sebagai upaya untuk mengurangi stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa.

5. Melepaskan Panas dengan Mendinginkan

Upaya pencarian bantuan pengobatan bersifat kompleks yang terdiri dari banyak faktor yang berinteraksi satu sama lain. Faktor penting yang memengaruhi perilaku pencarian kesehatan adalah keaksaraan atau tingkat literasi kesehatan jiwa. Istilah literasi kesehatan jiwa yang diperkenalkan oleh Jorm (2000) merujuk pada suatu pengetahuan dan keyakinan tentang gangguan jiwa yang dapat membantu dalam penilaian, manajemen atau pencegahan (Chong *et al.*, 2016). Penelitian ini mengungkapkan 4 (empat) domain upaya penyembuhan yang dilakukan untuk pemulihan ODGJ yaitu adat, medis, sosial, dan spiritual. Penanganan yang dilakukan secara adat seperti menggunakan *kohe/makdok/meo* (dukun).

Pemilihan dukun sebagai penyembuh ODGJ didasari oleh keyakinan kausal budaya. Budaya membentuk ekspresi, persepsi dan preferensi pengobatan (Padayachee & Laher, 2014 ; Choudry *et al.*, 2016). Keyakinan kausal gangguan jiwa berkaitan dengan

preferensi pengobatan seperti keyakinan adanya gangguan arwah nenek moyang, kesalahan di rumah adat, roh halus, dan diguna-guna sehingga *kohe* (dukun) dipanggil untuk menyembuhkan orang dengan gangguan jiwa. Dukun dipilih sebagai penyembuh ODGJ juga tak luput dari budaya yang dipegang teguh oleh masyarakat Belu yang didasari oleh suatu keyakinan yang melekat dari nenek moyang dahulu kala bahwa berbuat sesuatu harus cari jalan (cari penyebab). Setelah cari jalan dan menemukan penyebab kemudian *kohe* (dukun) akan melihat tanda-tanda dan cara penyembuhan yang akan dilakukan melalui ritual adat sesuai dengan penyebab.

Kohe (dukun) diyakini oleh masyarakat seperti tenaga kesehatan karena *kohe* mencari penyebab gangguan jiwa, melihat tanda dan gejala gangguan jiwa, dan memberi ramuan atau pengobatan sesuai dengan penyebab yang dijumpai melalui proses awal cari jalan atau cari penyebab (*ele bula/buka dalan*). Keyakinan yang dipegang teguh oleh masyarakat berasal dari leluhur yang

diwariskan turun-temurun. Selain sebagai suatu tradisi dari nenek moyang alasan lain pemilihan dukun adalah keyakinan bahwa dukun bisa menyembuhkan ODGJ dibandingkan medis, dan tidak tersedianya rumah sakit jiwa sehingga dukun menjadi pilihan pertama dalam upaya penyembuhan ODGJ. Temuan ini sejalan dengan penelitian Peltzer *et al.*, (2016) menemukan bahwa penyedia yang sering berkonsultasi adalah dukun. Kondisi ini berkaitan dengan faktor budaya sehingga dalam konteks tersebut diyakini bahwa penyembuh tradisional (tabib) relevan untuk meningkatkan kesehatan dalam pencarian pengobatan (Idriss *et al.*, 2018).

Selain pemilihan dukun sebagai penyembuh ODGJ, di sisi lain adanya daya tarik penyembuhan gangguan jiwa melalui penyembuh iman (tim doa) yang merawat orang dengan gangguan jiwa hingga saat ini di Belu. Penyembuh iman (Tim Doa) ini sudah terdaftar sebagai penyehat tradisional oleh Dinas Kesehatan kabupaten Belu pada tahun 2018 dengan klasifikasi penyehat tradisional adalah

keterampilan (energi) ajaran agama. Tim Doa adalah seseorang yang memperoleh dan dikaruniai karismatik yang memiliki kemampuan untuk *discernment* (membedakan) roh. Keluarga dan masyarakat memilih tim doa untuk mencari penyebab gangguan jiwa tersebut.

Penyembuhan tradisional adalah bentuk tertua dari pengobatan terstruktur yaitu pengobatan yang memiliki seperangkat prinsip mendasar yang dipraktikkan (Idriss *et al.*, 2018). Penyembuhan tradisional pada awalnya merupakan bagian integral dari masyarakat suku semi-nomadik dan pertanian, meskipun bukti arkeologis untuk keberadaannya sekitar 14.000 SM, asal-usulnya diyakini jauh lebih jauh ke belakang dan mungkin mendahului zaman es terakhir (Dewin, 2019). Penyembuhan tradisional tidak memiliki dasar filosofis karena praktiknya sepenuhnya bertumpu pada ilmu penyembuhan yang telah terakumulasi ribuan tahun dan berdasarkan pengalaman pribadi penyembuh termasuk kesadarannya dan rasa persatuan dengan dunia alami serta pemahaman tentang

berbagai tingkat kesadaran dalam jiwa manusia (Dewin, 2019).

Tabib tradisional di Belu seperti *Kohe* (dukun/tabib) telah melakukan banyak layanan berharga dan manfaat sosial bagi masyarakat namun demikian penyembuhan tradisional tidak dilembagakan secara formal karena tidak ada entitas pemerintah yang bertanggung jawab yang memandu dan mengawasi pemberian layanan penyembuhan tradisional. Selain itu juga, tabib tradisional menyatakan ketidakpercayaan pada tenaga kesehatan dan percaya bahwa perawatan tradisional lebih baik daripada terapi medis bagi ODGJ. Tabib tradisional menyatakan keinginan untuk bekerja sama dengan tenaga kesehatan namun tabib meyakini bahwa tenaga kesehatan menolak dan tidak ingin bekerja sama. Hal ini sejalan dengan penelitian Akol *et al.*, (2018) bahwa tabib tradisional tidak percaya pada sistem kesehatan biomedis karena meyakini bahwa perawatannya lebih baik daripada terapi medis dalam mengurangi penderitaan

mental, adanya keinginan untuk bekerja sama dengan penyedia biomedis tetapi tabib tradisional percaya dokter mengabaikan dan tidak mau berkolaborasi dengan tabib tradisional.

Tabib tradisional memiliki metode dan teknik yang rahasia yang dijaga oleh tabib tradisional. Hal ini dibentuk oleh faktor-faktor agama, spiritual dan budaya dari berbagai kelompok populasi etnis. Praktik ini biasa terjadi di populasi perkotaan maupun pedesaan. Tabib tradisional mungkin menghambat ODGJ yang dapat mencegah deteksi dini penyakit dan intervensi medis dini oleh tenaga kesehatan profesional (Planey *et al.*, 2019). ODGJ yang menderita gangguan jiwa di Belu sering menghubungkan penyebab dengan faktor internal budaya sebagai penyebab kausal budaya. Keyakinan dalam penyembuhan tradisional terkait erat dengan budaya dan latar belakang agama dan memiliki implikasi perawatan kesehatan yang mendalam. Orang yang mengalami gangguan jiwa tidak mematuhi pengobatan karena mereka percaya bahwa intervensi medis

tidak dapat meningkatkan kesehatan mereka (Savage *et al.*, 2015).

Upaya lain yang dilakukan sebagai bentuk pemberdayaan bagi ODGJ adalah dengan intervensi sosial. Aktivitas yang dilakukan seperti memasak, mencuci, mengepel, menyiram bunga, berkebun, dan bercocok tanam dianggap dapat membantu pemulihan ODGJ. Temuan Hargreaves & Pringle (2019) menyoroti bahwa aktivitas fisik untuk orang dengan gangguan jiwa telah terbukti memiliki banyak manfaat termasuk meningkatkan kesehatan jiwa, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan pemulihan dan meningkatkan kesehatan fisik. Aktivitas fisik memberikan pengalaman menyenangkan, strategi pengendalian diri muncul yang membantu untuk melakukan tindakan keterlibatan, kepercayaan memberikan pengetahuan dan keterampilan serta perasaan memiliki dan tanggung jawab.

Intervensi sosial lain dalam penelitian ini adalah membentuk kelompok solidaritas. Boucher *et al.*, (2019)

temuannya menunjukkan bahwa makna budaya kekeluargaan dan pribadi untuk menciptakan penyembuhan dan pemulihan. Teman sebaya adalah orang yang pernah hidup dengan gangguan jiwa. Dukungan sebaya adalah intervensi yang efektif yakni teman sebaya menawarkan dukungan kepada orang lain dengan gangguan jiwa. Teman sebaya adalah sumber daya yang kurang digunakan dalam kesehatan jiwa global. Dukungan sebaya secara aktif melibatkan dan memberdayakan pengguna layanan dan menanamkan keterpusatan pasien, orientasi pemulihan, pendekatan hak asasi manusia, dan partisipasi masyarakat ke dalam layanan (Gillard, 2019; Puschner *et al.*, 2019).

Temuan Mahlke *et al.*, (2017) menunjukkan bahwa dukungan sebaya satu per satu yang diberikan oleh pendukung sebaya yang terlatih dapat meningkatkan efikasi diri orang dengan gangguan jiwa yang parah selama periode satu tahun. Dukungan satu lawan satu (*one-to-one*) dianggap sebagai intervensi yang efektif. Pilihan

pengobatan melalui intervensi sosial lainnya yaitu bercerita kepada orang terdekat (keluarga dan teman) ketika merasa sedih dan cemas (Kishore, 2011; Fellmeth *et al.*, 2015), hidup bersama dengan ODGJ dan mendukung ODGJ menjadi bagian dari komunitas adalah cara yang baik untuk membantu ODGJ (Agau & Bodilsen, 2017).

Penelitian ini juga menemukan preferensi perawatan kombinasi medis, tradisional dan alternatif. Kombinasi perawatan dan pengobatan yang dimaksudkan mencakup gabungan dari akses layanan kesehatan, dukun, ritual adat, dan tim doa. Kombinasi pengobatan ini berlangsung ketika adanya kegagalan pada upaya pengobatan yang dilakukan sebelumnya sehingga keluarga dan masyarakat akan terus mencari berbagai cara pengobatan selain medis seperti dukun dan tim doa. Studi yang dilakukan oleh Ikwuka (2016) juga menemukan preferensi perawatan campuran dengan perawatan psikiatris formal secara signifikan lebih disukai daripada

jalur spiritual yang pada gilirannya secara signifikan lebih disukai daripada jalur tradisional.

Asosiasi sistematis ditemukan antara kepercayaan kausal dan preferensi pengobatan. Keyakinan kausal supernatural memperkirakan preferensi untuk jalur pengobatan spiritual dan tradisional sedangkan keyakinan kausal psikososial memprediksi preferensi untuk perawatan psikiatri formal dan jalur perawatan tradisional. Atribusi kausal campuran dan preferensi pengobatan mencerminkan pandangan holistik kesehatan dan penyembuhan serta panggilan untuk evolusi model perawatan komplementer yang akan menggabungkan kebutuhan spiritual dan budaya masyarakat. Prospek didukung dalam keyakinan kausal psikososial yang dikaitkan dengan preferensi untuk jalur pengobatan tradisional. Korelasi demografis, kepercayaan kausal, sikap negatif, preferensi jalur dan hambatan untuk mengakses perawatan kesehatan mental formal ditentukan untuk menentukan intervensi (Ikwuka, 2016).

Hasil studi *systematic review* yang dilakukan oleh Van der watt *et al.*,(2018) membuktikan bahwa pemangku kepentingan menganggap penyembuhan tradisional dan/atau iman efektif dalam mengobati gangguan jiwa terutama jika digunakan dalam kombinasi dengan pengobatan biomedis. ODGJ akan terus mencari pengobatan dari penyembuh tradisional dan/atau iman untuk gangguan jiwa jika mereka menganggapnya efektif terlepas dari bukti biomedis alternatif. Hal ini juga dapat memberikan peluang kolaborasi untuk mengatasi kelangkaan sumber daya di negara berpenghasilan rendah hingga menengah (Van der watt *et al.*, 2018).

Penyembuh tradisional dan iman (*traditional and faith healers*). Penyembuh tradisional dalam penelitian ini adalah tabib (*Kohe*) dan penyembuh iman (Tim Doa) merupakan bagian penting dari sistem perawatan kesehatan jiwa khususnya di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah sebab orang dengan gangguan jiwa parah tidak menerima perawatan psikiatrik formal atau

menerima perawatan yang tidak optimal karena kegagalan sistem perawatan medis dan psikiatris *World Health Organization* (WHO) memperkirakan sekitar 80% dari populasi di negara berkembang bergantung pada penyembuh tradisional dan iman untuk kebutuhan perawatan kesehatan mereka (WHO, 2019). Hal ini dipengaruhi oleh kelangkaan dan distribusi formal tidak merata sumber daya perawatan kesehatan dengan lebih sedikit tenaga kesehatan di pedesaan daripada di perkotaan sehingga penyembuh tradisional dan iman berfungsi sebagai yang pertama atau titik kontak alternatif untuk sebagian besar populasi (Ellis & Alexander, 2016; Li *et al.*, 2018; Planey *et al.*, 2019)

Penyembuh tradisional dan iman dianggap oleh masyarakat lebih mudah diakses dan terjangkau daripada penyedia layanan kesehatan formal. Selain itu, kadang-kadang dikonsultasikan setelah ODGJ pergi ke rumah sakit sehingga penyembuh tradisional dan iman memberikan penjelasan yang relevan secara budaya tentang penyebab

penyakitnya. Penyembuh tradisional dan iman berbagi sistem kepercayaan budaya di komunitas. Temuan ini seperti yang diungkapkan oleh Kpobi & Swartz (2018) bahwa sistem kepercayaan ini memengaruhi praktik diagnosis dan perawatan dan memberikan penyebab yang jelas mengenai penyakit kepada ODGJ dan keluarga serta persepsi tentang kesesuaian dan efektivitas perawatan (Kpobi & Swartz, 2018).

Beranjak dari ulasan-alasan ini bahwa dirasakan efektivitas (*perceived effectiveness*) yang memengaruhi preferensi modalitas pengobatan. Intervensi penyembuhan tradisional dan iman untuk gangguan jiwa dianggap efektif bahkan jenis intervensi yang dicari juga sangat tergantung pada kedua kontekstual dan keyakinan budaya yang berkaitan dengan penyebab penyakit. Penyembuh tradisional dan iman (Nortje *et al.*, 2016) merupakan tabib yang secara eksplisit menarik bagi spiritual, penjelasan magis, atau agama untuk penyakit dan kesusahan. Definisi ini termasuk para tabib yang biasanya menggunakan ritual

sakral, upacara, jimat, ramalan, dan doa untuk mengobati gangguan jiwa.

Metode penyembuhan tradisional dianggap penting dalam perawatan kesehatan jiwa karena dianggap lebih mudah diakses, lebih terjangkau dan umumnya menganggap kepercayaan kausal yang serupa dengan yang dimiliki pasien namun tidak banyak yang diketahui tentang karya tabib tradisional karena metode mereka diselimuti mistisisme dan kerahasiaan sehingga perlu untuk memahami ideologi dan kepercayaan penyembuh tradisional terhadap gangguan jiwa termasuk pengetahuan tentang praktik dalam perawatan kesehatan jiwa (Kpobi & Swartz, 2018).

Tabib tradisional menarik karena mereka berbagi perspektif umum dengan klien dan memanfaatkan pengetahuan, kepercayaan, dan praktik asli ke budaya lokal. Di negara-negara berkembang khususnya Indonesia memiliki beragam suku bangsa dengan keunikan budaya masing-masing yang menjadikan Indonesia sebagai negara

yang kaya akan budaya. Selain itu pula, ada keyakinan bersama biasanya mencakup spiritual dan agama model penyebab penyakit yang memengaruhi pola mencari bantuan. Di daerah-daerah dimana layanan psikiatris formal langka atau tidak dapat dipercaya. Tabib tradisional terutama digunakan dengan baik dan memberikan potensi berharga sumber perawatan kesehatan jiwa (Gureje *et al.*, 2015; Akol *et al.*, 2018)

Selain itu juga, orang dengan gangguan jiwa yang parah atau berat di negara-negara berkembang jarang menerima psikiatris pengobatan formal maka tabib tradisional akan terus memiliki peran substansial dalam pemberian perawatan kesehatan jiwa. Meskipun perdebatan mengenai legitimasi dan status penyembuh tradisional dalam sistem kesehatan yang ada berkelanjutan, banyak negara mengakui potensi tersebut khasiat tabib tradisional untuk mengobati masalah kesehatan jiwa dan berusaha untuk bergabung penyembuh ini ke dalam sistem perawatan kesehatan formal mereka sendiri (Nortje *et al.*,

2016). Meskipun telah banyak digunakan efektivitas penyembuh tradisional dalam mengobati gangguan jiwa namun tidak pernah ada penelaahan atau peninjauan secara sistematis. Efektivitas sering kali diasumsikan secara diam-diam.

Perawatan yang digunakan oleh penyedia sistem pengobatan tradisional dan komplementer terutama penyembuh tradisional dan kepercayaan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah kadang-kadang gagal untuk memenuhi pemahaman luas tentang hak asasi manusia dan perawatan manusia namun demikian keterlibatan kolaboratif antara sistem pengobatan tradisional dan komplementer dan biomedis konvensional dimungkinkan dalam perawatan orang dengan gangguan jiwa (Gureje *et al.*, 2015).

Upaya lain dalam penelitian ini yang diyakini dapat menyembuhkan orang dengan gangguan jiwa adalah melakukan pendekatan diri dengan Tuhan. Pendekatan diri dengan Tuhan sebagai suatu keyakinan bahwa Tuhan adalah sandaran utama, Tuhan penyembuh abadi melalui doa yang penuh iman kepada

Tuhan. Suatu ungkapan iman melalui sabda Tuhan yang memiliki kekuatan penyembuh. Penyembuh spiritual yang meyakini kekuatan penyembuhan Tuhan untuk membantu orang yang menderita seperti yang diungkapkan dalam penelitian (Shoosmith *et al.*, 2017) bahwa salah satu upaya penyembuhan adalah spiritual dan menggunakan kekuatan penyembuhan Tuhan atau dewa (Padayache & Laher, 2014).

Selain itu, penyebab gangguan jiwa juga dianggap memerlukan intervensi non-medis yang tidak disediakan oleh rumah sakit. Beberapa dari perawatan ini difokuskan pada penyelesaian faktor ekstrinsik dan intrinsik yang diyakini berkontribusi terhadap gangguan jiwa. Intervensi non medis termasuk termasuk doa (Shah *et al.*, 2017). Pendekatan diri dengan Tuhan melalui berdoa kepada Tuhan yang diyakini dan dirasakan sebagai cara terbaik untuk mengurangi masalah gangguan jiwa (Agau & Bodilsen, 2017).

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti belum sempat mengikuti acara atau ritual pelepasan beban penyakit (*dase mdeda*) karena proses pelepasan tersebut masih menunggu waktu yang lama dan tepat berdasarkan keputusan keluarga dan tua-tua adat.