

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

*World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai suatu keadaan sejahtera bagi setiap individu dalam menyadari potensi diri untuk mengatasi tekanan kehidupan dan bekerja secara produktif serta dapat berkontribusi kepada komunitasnya maka WHO berupaya untuk meningkatkan kesehatan jiwa bagi individu dan masyarakat secara luas melalui promosi kesehatan jiwa, pencegahan gangguan jiwa, perlindungan hak asasi manusia dan perawatan bagi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) (WHO, 2014).

Dimensi positif dari kesehatan jiwa mengacu pada kesejahteraan yang komplet baik fisik, jiwa maupun sosial bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan. Jika seseorang mengalami perubahan yang abnormal pada pikiran,

emosi, perilaku dan interaksi dengan orang lain maka seseorang mengalami gangguan jiwa (WHO, 2014).

Masalah kesehatan jiwa adalah masalah yang menjadi perhatian utama di seluruh dunia baik negara maju maupun negara berkembang yang diperkirakan bahwa sekitar 450 juta orang menderita gangguan jiwa atau perilaku yang menempatkan gangguan jiwa sebagai penyebab utama masalah kesehatan dan kecacatan di seluruh dunia. Berdasarkan WHO (2015) beban penyakit global mencakup depresi, kecemasan, skizofrenia, epilepsi, penyalahgunaan narkoba dan alkohol (WHO, 2018).

Depresi sebagai penyumbang utama kematian akibat bunuh diri mencapai 800.000 per tahun yang menimbulkan 1 kematian setiap 40 detik dan kecacatan global sebesar 4.4% atau 322 juta orang. Gangguan kecemasan sebesar 3.6% atau 264 juta orang. Skizofrenia sebanyak 23 juta orang. Epilepsi sebanyak 50 juta orang. Penyalahgunaan narkoba sebesar 5.6% atau 275 juta orang dan penyalahgunaan alkohol sebanyak 3.3 juta orang (WHO, 2018).

Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia yang memengaruhi semua orang pada suatu waktu di semua tahapan kehidupan tanpa memandang usia, jenis kelamin, wilayah pedesaan atau perkotaan dan pendapatan. Gangguan jiwa juga menyebabkan morbiditas yang signifikan karena disertai pandemik lain yaitu stigma dan diskriminasi (Kabir *et al.*, 2004; Athié *et al.*, 2016; Padayachee & Laher, 2014; Crociata *et al.*, 2014; Chan & Mak, 2014; Hanafiah & Van Bortel, 2015; Bedaso *et al.*, 2016; Tanaka *et al.*, 2018). Secara global, ODGJ termasuk dalam kelompok yang paling rentan dan sering mengalami perlakuan tidak adil, ditelantarkan, diabaikan, tidak diterima di masyarakat yang berkontribusi terhadap proses pemulihan (Salve, 2013; Wu *et al.*, 2014; Bedaso *et al.*, 2016; Choudry *et al.*, 2016; Andres *et al.*, 2018).

Masalah gangguan jiwa di Indonesia masih cukup tinggi. Hal ini termasuk gangguan jiwa berat (skizofrenia) adalah 1.7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang. Selain itu, masih ada pemasangan baik di desa maupun kota

sebesar 14.3%. Pemasangan di pedesaan sebesar 18.2% lebih tinggi dari perkotaan sebesar 10.7%. Gangguan mental emosional (GME) dengan kategori usia lebih dari 15 tahun sebesar 6% atau sekitar 14 juta orang dengan provinsi tertinggi yang mengalami GME adalah Sulawesi Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, Daerah Istimewa Yogyakarta, Nusa Tenggara Timur (NTT) (Risksedas, 2013).

Prevalensi gangguan jiwa pada tahun 2018 berbasis rumah tangga ditemukan gangguan jiwa berat (skizofrenia) mencapai 7% per 1000 penduduk dengan angka pemasangan sebesar 14% walaupun pemasangan masih dilakukan di desa sebesar 17.7% dan kota sebesar 10.7%. Provinsi dengan GME tertinggi pada tahun 2018 adalah Sulawesi Tengah sebesar 19.8%, Gorontalo sebesar 15.6%, dan NTT sebesar 15% (Risksedas, 2018).

Konsep tentang gangguan jiwa bervariasi di seluruh budaya karena budaya membentuk ekspresi, persepsi dan preferensi pengobatannya (Padayachee & Laher, 2014; Choudry *et al.*, 2016) sehingga setiap budaya memiliki cara

tersendiri untuk menjelaskan gangguan jiwa yang didasarkan pada serangkaian keyakinan dan praktik (Subudhi, 2014) dalam menentukan penyebab, perilaku pencarian bantuan kesehatan (*health-seeking behavior*) dan pilihan pengobatan atau perawatan (Alahmed *et al.*, 2018).

Budaya memengaruhi persepsi tentang penyebab gangguan jiwa. Misalnya, di Singapura menganggap bahwa penyebab gangguan jiwa adalah psikososial, kepribadian, dan fisik (Pang *et al.*, 2017). Hal ini berbeda di wilayah perbatasan Thailand-Myanmar bahwa penyebab utama adalah kesulitan ekonomi dan keluarga (Fellmet *et al.*, 2015) sedangkan di Arab Saudi menunjukkan bahwa penyebab gangguan jiwa adalah sosial, *psychobiological*, takhayul, dan pengucilan sosial (Alahmed *et al.*, 2018).

Budaya juga memengaruhi preferensi pengobatan. Misalnya, di Sabah, Malaysia masih memilih pengobatan spiritual dengan alasan lebih memberi makna pada gejala, kurang stigmatisasi, dan menawarkan harapan penyembuhan (Shoesmith *et al.*, 2017). Beberapa ahli juga menjelaskan

pilihan pengobatan yang dilakukan adalah klinik dan intervensi sosial, bercerita kepada orang terdekat (keluarga dan teman) sebagai sarana bagi ODGJ (Fellmeth *et al.*, 2015; Alahmed *et al.*, 2018). Berbeda dengan penelitian Peltzer *et al.*, (2016) menemukan bahwa penyedia yang sering berkonsultasi adalah dukun.

Pandangan yang berbeda di masyarakat tentang gangguan jiwa karena masyarakat cenderung memiliki keyakinan kuat tentang gangguan jiwa yang didasarkan pada sistem kepercayaan lokal yang berlaku dan norma-norma budaya yang memengaruhi keputusan individu untuk mencari dan menindaklanjuti pengobatan (Gipson & King, 2013). Hal ini dapat berdampak negatif terhadap kepatuhan pencarian pengobatan dan perawatan (Kabir *et al.*, 2004; Mantovani *et al.*, 2016; Kelemen *et al.*, 2017; Fernandes *et al.*, 2018).

Keyakinan kesehatan juga sebagai kerangka untuk memahami persepsi tentang gangguan jiwa karena faktor-faktor tersebut memengaruhi perilaku pencarian bantuan (Nobiling & Maykrantz, 2017; Mo *et al.*, 2016). Seseorang

yang memiliki persepsi penyakit negatif dapat menimbulkan reaksi emosional negatif sehingga konsekuensi penyakit yang dirasakan semakin membebani status penyakit dan berdampak pada kualitas mental dan fisik yang rendah dan memicu keparahan gejala somatik (Wu *et al.*, 2014). Kondisi ini semakin parah ketika masyarakat juga memandang secara negatif terhadap ODGJ dengan perasaan takut, diskriminasi, dan stigma (Kabir *et al.*, 2004; Hanafiah & Van Bortel, 2015). Hal ini memperburuk masalah kesehatan jiwa seperti kekambuhan atau keparahan gejala yang berdampak pada kesejahteraan dan kualitas hidup secara keseluruhan (Chan & Mak, 2014; Ren *et al.*, 2016).

Masyarakat Belu memiliki empat suku besar antara lain *Tetun*, *Marae*, *Kemak*, dan *Dawan*. Mayoritas penduduk adalah suku *Tetun*. Setiap suku memiliki tua-tua adat (*traditional elders*) dan rumah adat (McWilliam & Traube, 2011; Damaledo, 2018). Kepercayaan lokal mengenai gangguan jiwa di kabupaten Belu dalam bahasa Tetun menyebut gangguan jiwa dengan sebutan “*Bulak*”; bahasa

Dawan “*Amaunut*”; bahasa Marae “*En Lilak*”; bahasa Kemak sebutan halus “*Gana Abe*” dan sebutan kasar “*Eru*”. Penyebab gangguan jiwa “*Rai Ubu Blate/Usuku*” yang berarti kemasukan roh-roh halus yang mengganggu seseorang dan “*Tilu Rai Ubu*” yang berarti berselingkuh dengan roh halus sehingga menyebabkan seseorang bicara dan tertawa sendiri.

Kondisi ini semakin memburuk ketika “*Hula Heu*” atau yang disebut pergantian bulan baru seperti bulan sabit maka ODGJ akan mengalami kekambuhan seperti bicara sembarangan, lari keliling, keluar dari rumah berhari-hari tanpa tujuan yang jelas. Penanganan yang dilakukan adalah dengan ritual adat menggunakan sirih dan pinang yang dimakan oleh tua-tua adat (*traditional elders*) kemudian dilakukan “*kaba*” (dioleskan) di dahi pada orang yang mengalami gangguan jiwa disertai dengan ucapan doa-doa dari tua adat yang dipercaya dapat menyembuhkan orang dengan gangguan jiwa.

Kondisi gangguan jiwa di Kabupaten Belu, Provinsi NTT perlu mendapatkan perhatian baik dari masyarakat,



petugas kesehatan, pemerintah maupun media. Hal ini disebabkan, ODGJ masih ada yang berkeliaran di jalanan tanpa perawatan atau pengobatan. Selain itu, tidak ada fasilitas pelayanan kesehatan jiwa khusus seperti rumah sakit jiwa dan belum optimalnya program pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas karena kurangnya pengetahuan petugas kesehatan dalam mengidentifikasi gangguan jiwa, pengobatan, dan stigma yang mengakar di masyarakat. Media pemberitaan baik media cetak maupun elektronik pada warta berita masih menyebut ODGJ dengan sebutan orang gila.

Penanganan gangguan jiwa di masyarakat masih ada pemasangan dan menggunakan cara tradisional berupa adat/ritual setempat oleh kepala suku/tua adat sehingga menimbulkan keterlambatan dalam mengakses ke pelayanan kesehatan. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Belu (2016) kasus gangguan jiwa sebanyak 76 pasien dengan 10 besar kasus gangguan jiwa terdiri dari insomnia, psikosa/skizofrenia, skizofrenia paranoid, depresi berat, psikosomatis, schizoprenia akut, gangguan psikotik,

gangguan ekstrapiramidal/tremor, schizofrenia tak terinci, dan retardasi mental.

Beberapa penelitian telah dilakukan dan dipublikasikan di Indonesia mengenai persepsi dan sikap terhadap ODGJ namun masih terbatas dari sudut pandang konsep budaya khususnya di provinsi NTT belum ada penelitian terkait dengan topik penelitian ini “Eksplorasi Keyakinan Kesehatan dan Persepsi Masyarakat tentang Gangguan Jiwa”. Oleh karena itu, penelitian ini diharapkan memiliki kontribusi besar dalam literasi kesehatan jiwa dan pengembangan strategi kesehatan jiwa bagi para pemangku kepentingan lainnya karena penelitian ini menggambarkan keyakinan kesehatan dan persepsi yang mengakar dalam masyarakat mengenai gangguan jiwa di kabupaten Belu, provinsi Nusa Tenggara Timur.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah “Bagaimana keyakinan kesehatan (*health belief*) dan persepsi masyarakat tentang gangguan jiwa di Kabupaten Belu, provinsi Nusa Tenggara Timur ?

## **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi keyakinan kesehatan (*health belief*) dan persepsi masyarakat tentang gangguan jiwa di Kabupaten Belu, Provinsi Nusa Tenggara Timur.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat teoritis**

Penelitian ini memberikan pemahaman awal tentang gangguan jiwa dan metode pendekatan perawatan atau pengobatan pada ODGJ berbasis budaya.

### **2. Manfaat praktis**

Hasil penelitian ini bermanfaat untuk merancang dan menerapkan strategi pencegahan untuk mengurangi

gangguan jiwa dengan pelayanan kesehatan masyarakat melalui pendekatan budaya serta dapat dijadikan panduan dalam memberikan perawatan/pengobatan yang kompeten secara budaya pada ODGJ baik bagi profesional kesehatan dan perawatan sosial sehingga meningkatkan penyampaian dan efektivitas perawatan untuk semua orang maupun dapat membina kolaborasi budaya yang kompeten antara pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan guna mengoptimalkan pelayanan kesehatan jiwa. Program peningkatan budaya ditargetkan pada kelompok penyakit tertentu sebagai bentuk pencegahan inovatif.

## E. Penelitian Terkait

**Tabel 1.1 Penelitian Terkait**

Pengarang (tahun)	Tujuan	Metode	Hasil
Kabir, <i>et al</i> (2004)	Menguji pengetahuan, sikap dan keyakinan tentang penyebab, manifestasi dan pengobatan penyakit mental pada orang dewasa di komunitas pedesaan Nigeria Utara	Desain penelitian <i>cross sectional</i> dengan instrument kuesioner semi-terstruktur	Gejala umum gangguan jiwa adalah agresi/destruktif, kelemahan, perilaku eksentrik, pengembaraan. Selanjutnya penyebab utama gangguan jiwa adalah kemarahan ilahi/kehendak Tuhan, kepemilikan sihir/roh, penyalahgunaan narkoba, ganja, dan alkohol. Pilihan pengobatan/perawatan berupa perawatan medis ortodoks yang lebih condong pada penyembuhan spiritual, dan memendam perasaan negatif yang dirasakan
Kishore, <i>et al</i> (2011)	Menilai mitos, keyakinan dan persepsi tentang gangguan mental dan perilaku pencarian kesehatan pada populasi umum dan profesional medis di India.	<i>Cross sectional</i> dengan instrumen yang digunakan adalah kuesioner.	Gangguan jiwa dianggap karena kehilangan air mani/sekresi vagina, kurang hasrat seksual, masturbasi berlebihan, hukuman Tuhan atas dosa masa lalu, pencemaran udara, banyak orang tinggal bersama keluarga daripada keluarga inti percaya bahwa kesedihan dan ketidakbahagiaan menyebabkan gangguan mental, percaya bahwa gangguan jiwa tidak dapat diobati, percaya bahwa psikiater bersifat eksentrik cenderung tidak tahu apa-apa dan tidak melakukan apa pun. Adapun perilaku pencarian kesehatan yang dilakukan bahwa menjaga puasa atau

Pengarang (tahun)	Tujuan	Metode	Hasil
Salve, <i>et al</i> (2013)	Mempelajari persepsi dan sikap masyarakat mengenai penyakit mental	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>cross sectional</i> dengan instrumen yang digunakan adalah kuesioner.	penyembuh iman dapat menyembuhkan gangguan jiwa, bercerita kepada orang terdekat yang dapat mendengarkan masalah ketika sedih dan cemas, dan pergi ke psikiater apabila individu/anggota keluarga menderita penyakit mental
Padayachee & Laher (2014)	Memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang dampak keyakinan agama dengan konseptualisasi penyakit mental	Metode penelitian yang dilakukan menggunakan sampel <i>non-probability</i> dan <i>snowball sampling</i> dengan wawancara semi-terstruktur pada	Indikator status mental yang sehat adalah hidup tanpa ketegangan dan kepuasan dalam kehidupan rutin. Gejala gangguan jiwa yang umum adalah perubahan perilaku. Penyebab gangguan jiwa paling umum adalah stress, adanya roh jahat. Langkah-langkah pencegahan yang penting dari gangguan jiwa adalah menjaga lingkungan yang ramah dan berbagi masalah dengan orang lain. Gangguan jiwa dapat diobati. Pilihan pengobatan yang dilakukan adalah <i>Tantrik/Ojha</i> . Sikap yang ditunjukkan oleh komunitas bersikap negatif untuk <i>stereotyping</i> , restriksi

Pengarang (tahun)	Tujuan	Metode	Hasil
		enam psikolog Hindu di sekitar wilayah Johannesburg, Afrika Selatan	
Go´mez, <i>et al</i> (2015)	Menganalisis efek kehidupan masyarakat pada orang dengan penyakit mental di sekitar tempat tinggal di Buenos Aires, Argentina.	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>cross sectional</i> dengan instrumen yang digunakan kuesioner.	Tetangga yang hidup dengan ODGJ memiliki tingkat penerimaan yang tinggi dan tetangga memiliki kohesi sosial dan tingkat penerimaan yang tinggi terhadap penyakit mental. Hidup dekat ODGJ dikaitkan dengan penerimaan yang lebih baik terhadap ODGJ
Subudhi (2014)	Mengeksplorasi bagaimana budaya India memengaruhi ekspresi, prevalensi dan praktik pengobatan pada penyakit mental.	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>cross sectional</i> . Instrumen yang digunakan adalah kuesioner semi terstruktur.	Gangguan jiwa dianggap sebagai rasa malu, tabu, dan stigma. Praktik kesehatan jiwa sepenuhnya didominasi oleh budaya dengan metode tradisional dan penyembuhan iman
Choudhry, <i>et al</i> (2016)	Memahami pandangan yang berbeda mengenai masalah gangguan	Metode penelitian yang digunakan adalah tinjauan sistematis dan	Empat tema kategori utama yaitu gejala masalah kesehatan jiwa; deskripsi masalah kesehatan jiwa; penyebab yang dirasakan; dan perawatan yang disukai dan perilaku mencari bantuan

<b>Pengarang (tahun)</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Metode</b>	<b>Hasil</b>
	mental serta mengisi kesenjangan dalam literatur yang diterbitkan dengan berfokus hanya pada sistem kepercayaan dan persepsi masalah kesehatan mental di kalangan masyarakat	metode meta-sintesis yang mencakup sintesis studi kualitatif yang berfokus pada persepsi dan keyakinan mengenai kesehatan mental	
Hampton (2017)	Mengeksplorasi hubungan antara ras, individualisme, kolektivisme, dan sikap terhadap penyakit mental	Penelitian ini menggunakan metode analisis varians dan regresi berganda	Menunjukkan kolektivisme vertikal mengacu pada orientasi budaya dan individu cenderung mengidentifikasi dengan kelompok di dalam dan bersedia mengorbankan kepentingan diri sendiri jika diperlukan otoritas dari grup. Selain itu, terdapat perbedaan sikap yang otoriter terhadap gangguan jiwa. Kolektivisme horizontal mengacu pada orientasi budaya dan individu melihat diri sebagai aspek dari kelompok dalam serta semua anggota kelompok setara dalam status sosial. Lebih lanjut, sikap kurang stigma dan individualisme vertikal mengacu pada orientasi budaya yang menekankan hirarki dalam status sosial, prestasi individu, dan persaingan yang berkorelasi dengan sikap lebih stigmatisasi terhadap penyakit mental setelah pengaruh ras dikendalikan



<b>Pengarang (tahun)</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Metode</b>	<b>Hasil</b>
Mannarini <i>et al.</i> , (2017)	Membandingkan dua budaya dalam hal keyakinan sebab-akibat penyakit mental dan peran seperti keterikatan yang aman, empatik, dan stress dalam keyakinan etiologi di antara mahasiswa psikologi Italia dan Israel	Metode penelitian yang digunakan berdasarkan analisis <i>Many Facet Rasch Model</i> (MFRM) yang diaplikasikan dalam perspektif lintas budaya untuk menganalisis fungsi diferensial dari keyakinan etiologi tertentu	Kedua budaya memiliki penjelasan yang berbeda tentang etiologi gangguan jiwa yaitu biogenetik dan psikososial. Mahasiswa Israel mendukung model keyakinan penyebab gangguan jiwa adalah biogenetik. Keterikatan lebih aman adalah religius
Alahmed <i>et al.</i> , (2018)	Mengeksplorasi persepsi penyakit mental dan perilaku pencarian bantuan di antara mahasiswa kesehatan	<i>Cross-sectional</i> dengan instrument yang digunakan adalah kuesioner	Empat dimensi penyebab gangguan jiwa meliputi : sosial; psikobiologis; takhayul; pengucilan sosial. Selanjutnya ada dua rute pencarian pengobatan yaitu klinis dan intervensi sosial.