

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Budaya dan Gangguan Jiwa

Budaya pertama kali didefinisikan oleh antropolog Inggris Tylor pada tahun 1871. Tylor menulis budaya atau peradaban yang diambil dalam arti etnografisnya yang luas adalah keseluruhan yang kompleks mencakup pengetahuan, keyakinan, seni, moral, hukum, adat-istiadat, dan kemampuan serta kebiasaan lain yang diakuisisi oleh manusia sebagai anggota masyarakat. Tylor berpendapat bahwa setiap kelompok berbeda dan unik karena mereka menciptakan cara hidup yang berbeda yang dipelajari dan dibagi. Tylor menjelaskan karakteristik budaya sebagai pengetahuan yang dipelajari dan dibagikan yang digunakan orang untuk menghasilkan perilaku dan

menafsirkan pengalaman (McCurdy *et al.*, 2005; Berenson, 2014).

Budaya memengaruhi kesehatan seseorang dalam membentuk persepsi, keyakinan, sikap terhadap gangguan jiwa dan pengobatannya. Seseorang memiliki pandangan yang berbeda mengenai etiologi gangguan jiwa dan perawatan atau pemeliharaan kesehatannya. Berdasarkan studi Alahmed *et al.*, (2018) mengungkapkan bahwa keyakinan budaya memengaruhi sikap masyarakat terhadap gangguan jiwa dan perilaku pencarian bantuan kesehatan. Hal serupa didukung juga penelitian Mannarini *et al.*, (2017) bahwa karakteristik budaya memiliki pengaruh yang signifikan pada keyakinan etiologi gangguan jiwa dan pengetahuan tentang gangguan jiwa dalam suatu populasi berdampak pada cara individu memandang gangguan tersebut. Budaya berperan penting dalam mengarahkan, membentuk, memodelkan perilaku sosial pada tingkat individu dan kelompok sehingga orang dengan gangguan

jiwa akan mendapatkan sebutan nama yang berbeda di masyarakat (Subudhi, 2014; Biswas *et al.*, 2016).

Konteks budaya penting ketika mempelajari keyakinan mengenai gangguan jiwa karena pemahaman kesehatan jiwa dan interpretasi bervariasi dari budaya ke budaya. Persepsi masyarakat tentang gangguan jiwa menjelaskan perilaku mencari bantuan (Selles *et al.*, 2015). Persepsi masyarakat bersifat dinamis dan cenderung berubah apabila kesadaran dan pendidikan berubah. Pendidikan dan media sosial adalah faktor utama yang menggerakkan persepsi masyarakat terhadap pandangan ilmiah mengenai gangguan jiwa (Kabir *et al.*, 2004; Vasiliou *et al.*, 2013; Ren *et al.*, 2016; Bedaso *et al.*, 2016).

Budaya memengaruhi stigma terhadap ODGJ. Orang dengan gangguan jiwa berjuang dengan gejala dan cacat juga ditantang oleh stereotip dan prasangka yang berasal dari kesalahpahaman tentang gangguan jiwa (Corrigan & Watson, 2002). Beberapa penelitian

menunjukkan bahwa keyakinan orang tentang gangguan jiwa juga merupakan faktor utama yang menyebabkan diskriminasi, stigmatisasi, pelabelan, penolakan, pengucilan sosial dan penelantaran (Hanafiah & Van Bortel, 2015; Tanaka *et al.*, 2018) yang berkontribusi terhadap proses pemulihan karena menghambat akses pelayanan perawatan medis yang tepat dan formal (Wu *et al.*, 2014; Andres *et al.*, 2018) bagi ODGJ yang hidup di masyarakat sehingga menimbulkan kekambuhan atau keparahan gejala yang berdampak terhadap kesejahteraan dan kualitas hidup secara keseluruhan (Chan & Mak, 2014; Ren *et al.*, 2016). Hasil studi Hanafiah & Van Bortel (2015) melaporkan bahwa pelaku utama perilaku diskriminatif berasal dari keluarga, teman, dan staf tempat bekerja. Kondisi ini dapat menjadi penghambat yang signifikan untuk hasil yang positif terhadap ODGJ (Athié *et al.*, 2016).

Orang dengan gangguan jiwa lebih berpotensi mengalami stigma dibandingkan masalah kesehatan

lainnya. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa pengetahuan umum masyarakat tentang gangguan jiwa sangat buruk walaupun ketersediaan informasi semakin meningkat (Mantovani *et al.*, 2016) dan perawatan telah tersedia tetapi hampir dua pertiga ODGJ yang diketahui tidak pernah mencari bantuan dari seorang profesional kesehatan (WHO, 2018) sehingga gangguan jiwa yang diabaikan terlalu lama berdampak pada kesejahteraan individu, keluarga, komunitas, masyarakat, dan negara namun di sebagian besar negara gangguan jiwa dan kesehatan jiwa tidak dianggap sama pentingnya dengan kesehatan fisik (Hanafiah & Van Bortel, 2015; Bedaso *et al.*, 2016; Mantovani *et al.*, 2016; Choudhry *et al.*, 2016; Tanaka *et al.*, 2018).

Orang dengan gangguan jiwa masih banyak yang hidup dalam kemiskinan melaporkan beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi dan membutuhkan pendekatan *multifaceted* (beraneka ragam) (Rudnick *et al.*, 2014). Hal ini disebabkan ODGJ selain harus menanggung

beban risiko mengalami gangguan jiwa di sisi lain ODGJ juga mengalami kesulitan ekonomi dan minimnya akses ke pengobatan (Fellmeth *et al.*, 2015; WHO, 2018). ODGJ juga terpapar terus-menerus terhadap kondisi dan kejadian yang berbahaya serta menegangkan, eksploitasi, kesehatan yang buruk secara umum, perjalanan penyakit semakin parah dan melemahkan. Hal ini mengarah ke lingkaran setan antara kemiskinan dan gangguan kesehatan jiwa (WHO, 2018). Hal ini didukung oleh penelitian Tanaka *et al.*, (2018) tentang pengalaman stigma pada ODGJ menunjukkan bahwa stigma mengurangi peluang jejaring sosial pada ODGJ dan mengancam kelangsungan hidup ekonomi yang memperburuk masalah kesehatan jiwa (Tanaka *et al.*, 2018).

2. Konsep Keyakinan Kesehatan (*Health Belief*)

Health Belief sebagai salah satu kerangka yang menyelidiki motivasi seseorang dalam mencari pengobatan untuk mengobati penyakit, dan keyakinan

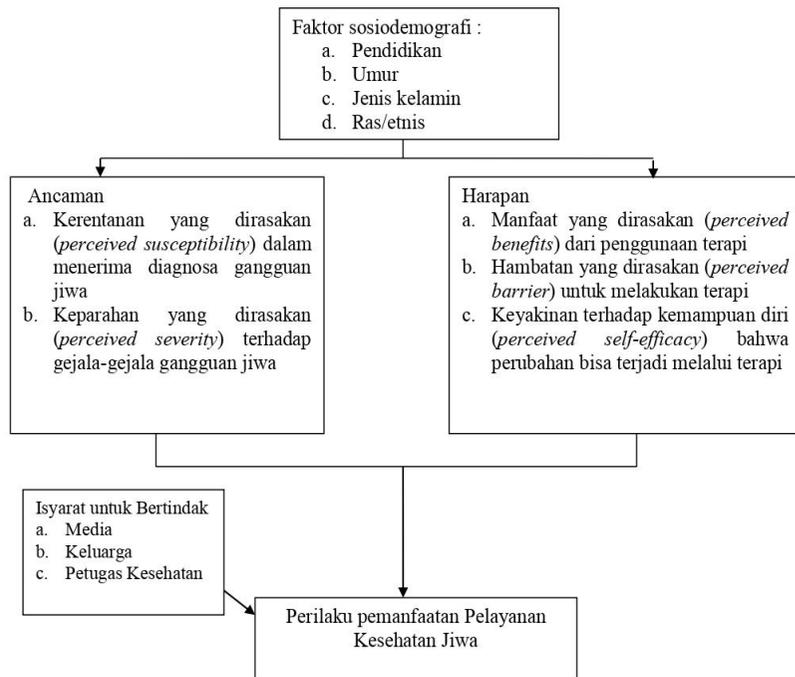
seseorang tentang efek mengambil tindakan. Konsep yang mendasari adalah bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh keyakinan pribadi atau persepsi tentang penyakit dan strategi yang tersedia untuk mengurangi dampak (Gipson & King, 2013). Persepsi dipengaruhi oleh dua jenis faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal mencakup kebutuhan dan keinginan; kepribadian; pengalaman dan pengetahuan. Faktor eksternal meliputi ukuran; intensitas; frekuensi/pengulangan; kontras; status; pergerakan (Khanka, 2006; Kenyon & Sen, 2015). Persepsi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor interpersonal mencakup pengetahuan, sikap, keyakinan, pengalaman, keterampilan, budaya, dan agama (Rosdahl & Kowalski, 2008; Andrews & Boyle, 2008; Hayden, 2017).

Health Belief Model (HBM) terdiri dari enam konstruksi atau komponen yang memprediksi kesiapan individu untuk berubah yaitu kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), tingkat keparahan (*perceived*

seriousness/severity), manfaat (*perceived benefits*), hambatan (*perceived barriers*), *self-efficacy*, dan isyarat untuk bertindak (*cues to action*) (Rosdahl & Kowalski, 2008; Andrews & Boyle, 2008; Hayden, 2017).

Kerentanan yang dirasakan mengacu pada keyakinan tentang kemungkinan setiap individu memiliki peluang mengalami penyakit /menjadi sakit yang muncul ketika seseorang berisiko terhadap masalah kesehatan atau terkait hasil negatif. Tingkat keparahan dirasakan tinggi bagi seorang individu untuk mencari pengobatan atau mengambil tindakan yang disarankan mengacu pada perasaan, penilaian mengenai keseriusan/keparahan dan konsekuensi mengalami penyakit atau meninggalkannya tanpa perawatan merupakan evaluasi dari setiap konsekuensi medis dan klinis (misalnya, kematian, kecacatan, dan rasa sakit) dan konsekuensi potensial sosial (seperti efek pekerjaan, kehidupan rumah tangga, dan hubungan sosial). Komponen kerentanan dan keparahan yang dirasakan dikonseptualisasikan sebagai

suatu ancaman yang dirasakan secara keseluruhan (Gipson & King, 2013).



Gambar 2.1 *Health Belief Model* (Gipson & King, 2013)

Komponen pada tahap ini seorang individu cenderung disajikan dengan berbagai pilihan atau rekomendasi untuk pencegahan atau intervensi. Bagi seorang individu untuk mematuhi rekomendasi, didasari oleh rasa percaya bahwa hal tersebut akan bermanfaat. Manfaat yang dirasakan fokus pada efektivitas perilaku

yang sehat dari aspek positif dalam mengurangi kondisi yang mengancam atau berisiko sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan, maka seseorang juga mempertimbangkan kemungkinan hambatan, menimbang pro dan kontra dalam analisis antara biaya-manfaat. Analisis biaya-manfaat terjadi ketika individu mengetahui hambatan yang dirasakan lebih besar daripada manfaat yang dirasakan maka individu akan melakukan tindakan dengan penyaringan (Rosdahl & Kowalski, 2008; Andrews & Boyle, 2008; Gipson & King, 2013; Hayden, 2017).

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). Kesiapan untuk mengubah individu mencapai keputusan tentang keterlibatan dalam

perubahan perilaku, seperti pengobatan lanjutan atau kepatuhan. Seorang individu juga membuat penilaian tentang kemampuan (*self-efficacy*) untuk melaksanakan rekomendasi yang diberikan (Mo *et al.*, 2016; Zare *et al.*, 2016; Davishpour *et al.*, 2018).

Health Belief 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 memiliki persepsi penyakit negatif akan 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).

Manfaat akan dirasakan apabila didasari oleh pemahaman yang lebih baik tentang gangguan jiwa di masyarakat sehingga dapat menghilangkan ketakutan dan ketidakpercayaan tentang gangguan jiwa di masyarakat

serta mengurangi stigmatisasi terhadap ODGJ (Kabir *et al.*, 2004). Hal ini dapat berkontribusi pada perilaku kesehatan jiwa yang positif yaitu kurangnya stigma, sikap dan keinginan mencari bantuan perawatan yang positif dengan menggunakan metode mandiri dalam menangani masalah kesehatan jiwa seperti latihan fisik dan relaksasi (Selles *et al.*, 2015). Pencarian bantuan awal yang tepat dapat memperoleh hasil jangka panjang yang lebih baik bagi orang dengan gangguan jiwa (Chong *et al.*, 2016).

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).

3. Konsep Gangguan Jiwa

a. Definisi

Gangguan jiwa sebagai kondisi gangguan mental yang dapat didiagnosis dan ditandai dengan kelainan pada kognisi, emosi, atau suasana hati, atau aspek perilaku integratif tertinggi, seperti interaksi sosial atau perencanaan kegiatan di masa depan (Jones *et al.*, 2017). Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan seseorang yang dicirikan oleh beberapa kombinasi pikiran abnormal, emosi, perilaku dan hubungan dengan orang lain. Misalnya skizofrenia, depresi, retardasi mental dan gangguan karena penyalahgunaan narkoba (WHO,2018).

b. Etiologi Gangguan Jiwa

Penyalahgunaan narkoba termasuk alkohol, ganja, dan obat-obatan; hukuman atau kemarahan

ilahi/kehendak Tuhan; kepemilikan sihir/roh; kepercayaan pada setan; kesulitan keuangan/kemiskinan (Kabir *et al.*, 2004; Padayachee & Laher, 2014); masalah psikososial, kualitas hidup yang rendah, dan komorbiditas klinis (Athié *et al.*, 2016); stigma seputar masalah kesehatan jiwa (Athié *et al.*, 2016); tingkat pengangguran (Crocata *et al.*, 2014). Gangguan jiwa dapat dikaitkan dengan faktor genetik, psikologis, sosial dan budaya (Subudhi, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian Kishore (2011) penyebab gangguan jiwa adalah kehilangan air mani/sekresi vagina, kurang hasrat seksual, masturbasi berlebihan, hukuman Tuhan atas dosa masa lalu, pencemaran udara, kesedihan dan ketidakbahagiaan. Berdasarkan penelitian Alahmed *et al* (2018), menghasilkan empat dimensi sebagai penyebab gangguan jiwa seperti sosial,

psikobiologis, takhayul, dan tidak diinginkan secara sosial.

Berdasarkan Shah *et al.*, (2017) penyebab gangguan jiwa terdiri dari penyebab intrinsik dan ekstrinsik. Penyebab intrinsik terkait dengan kegagalan yang melekat dari kelemahan atau kekurangan dalam diri seseorang seperti kelemahan konstitusi, orang yang terlalu banyak berpikir, kehilangan emosi atau orang yang membuat pilihan buruk sebagai dampak negatif dari pilihan individu. Penyebab ekstrinsik gangguan jiwa mencakup penyalahgunaan narkoba; penyakit menular seperti HIV/AIDS; penyebab spiritual seperti kemarahan/hukuman Allah, kekuatan setan, kutukan; penyebab sosial ekonomi mencakup kemiskinan dan ketidakharmonisan keluarga.

c. Manifestasi Gangguan Jiwa

Gejala umum dari gangguan jiwa mencakup agresi/destruktif, kelesuan/kelemahan, perilaku eksentrik (aneh atau tidak wajar), berkeliaran atau mondar-mandir (Kabir *et al.*, 2004). Konflik dengan orangtua, kurang percaya diri (Adriansee *et al.*, 2016).

d. Faktor yang Memengaruhi Perilaku Pencarian Kesehatan

Perilaku pencarian bantuan bersifat kompleks yang terdiri dari banyak faktor yang berinteraksi satu sama lain. Faktor penting yang memengaruhi perilaku pencarian kesehatan adalah keaksaraan kesehatan jiwa atau tingkat literasi kesehatan jiwa. Istilah literasi kesehatan jiwa diperkenalkan oleh Jorm (2000) yang mendefinisikannya sebagai suatu pengetahuan dan keyakinan tentang gangguan jiwa yang dapat membantu dalam penilaian, manajemen atau pencegahan (Chong *et al.*, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian Mantovani *et al* (2016) bahwa faktor-faktor yang memengaruhi perilaku pencarian bantuan adalah keyakinan mengenai penyebab gangguan jiwa, adanya pembungkaman gangguan jiwa karena stigma di tingkat komunitas. Berdasarkan hasil penelitian Kishore (2011) bahwa 7.9% profesional percaya bahwa gangguan jiwa tidak dapat diobati, adanya rasa takut dan stigma mencegah klien mencari bantuan dari psikolog yang kompeten secara budaya (Kabir *et al.*, 2004); hambatan persepsi dalam pengobatan menjadi masalah moderat dalam upaya mendapatkan perawatan (Selles *et al.*, 2015). Berdasarkan hasil penelitian Shoemith *et al* (2017) menemukan bahwa *health-seeking behavior* melalui 4 tahapan mencakup memperhatikan gejala dan pelabelan awal; pengambilan keputusan bersama; diagnosis dan pengobatan spiritual; diagnosis dan pengobatan psikiatri (Shoemith *et al.*, 2017).

e. Pilihan Pengobatan/Perawatan

Secara umum pilihan pengobatan berupa rute pengobatan klinis dan intervensi sosial (Alahmed *et al.*, 2018). Rute klinis seseorang dapat mencari bantuan profesional untuk pengobatan gangguan psikologis (Padayachee & Laher, 2014); konsul kepada psikiater ; psikoterapi akan mendapatkan pelayanan berupa tingkat stigma yang lebih rendah dan sikap mencari pertolongan yang lebih positif (Kishore, 2011; Selles *et al.*, 2015); pengobatan dan rawat inap (Fellmeth *et al.*, 2015).

Pilihan pengobatan rute intervensi sosial adalah menjaga puasa atau penyembuh iman dapat menyembuhkan gangguan jiwa; bercerita kepada orang terdekat (keluarga atau teman) ketika merasa sedih dan cemas (Kishore, 2011; Fellmeth *et al.*, 2015); penyembuhan spiritual (Shoosmith *et al.*, 2017). Penyembuh spiritual yang menggunakan pengetahuan dan kekuatan penyembuhan dewa,

untuk membantu orang yang menderita. Hal ini umumnya menggunakan *aarti* (melambaikan nampan lampu), *vibbuthi* (abu suci), cengkeh dan kapur dalam pengobatan individu "sakit". Berbagai mantra, *bhajan* (himne) dan frase suci dan kata-kata seperti "*Om*" dan "*Shanti*" digunakan untuk meningkatkan kekuatan penyembuh. Melalui proses ini, penyembuh dapat sepenuhnya menyembuhkan mereka yang dipengaruhi oleh entitas supranatural, terutama penyihir dan kepemilikan roh, atau menunjukkan ritual dan praktik tertentu yang harus dilakukan untuk menyembuhkan orang tersebut sedangkan perawatan mata jahat tidak memerlukan bantuan tabib tradisional atau penyembuh spiritual tetapi seorang ibu dan seorang perempuan sama-sama mampu mengusir "kejahatan" menggunakan air dalam *chumboo* (vas kuningan kecil), cabe, garam, tawas atau limau; memutar barang-barang tersebut tiga atau tujuh kali di sekitar kepala orang dan

kemudian membuang substansi tanpa melihatnya namun masih ada kemungkinan bahwa individu memilih terapi alternatif (Padayachee & Laher, 2014).

Penelitian Shah *et al.*, (2017) intervensi yang dilakukan terbagi atas 2 bagian yaitu intervensi medis dan intervensi non medis. Intervensi medis berupa rawat inap, obat-obatan, dan pemanfaatan pekerja layanan kesehatan. Intervensi non-medis mencakup doa, tabib tradisional, dan resolusi konflik keluarga atau pribadi (Shah *et al.*, 2017).

f. Persepsi Masyarakat terhadap Gangguan Jiwa

Masyarakat memandang secara negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa dengan perasaan takut, penghindaran, penolakan dan diskriminasi. Sikap negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dipicu oleh kurangnya pengetahuan sebaliknya masyarakat yang telah mengerti dan memahami terhadap kondisi ODGJ 7

kali lebih menunjukkan perasaan positif. Orang yang memiliki hubungan atau interaksi sebelumnya dengan ODGJ memiliki pandangan informasi yang jelas (Kabir *et al.*, 2004) sedangkan orang yang memahami dan memiliki pengetahuan tentang gangguan jiwa lebih menunjukkan perasaan positif terhadap ODGJ.

Pemahaman yang lebih baik tentang gangguan jiwa di masyarakat dapat menghilangkan ketakutan dan ketidakpercayaan tentang gangguan jiwa di masyarakat serta mengurangi stigmatisasi terhadap orang dengan gangguan jiwa (Kabir *et al.*, 2004). Berdasarkan hasil penelitian Selles *et al* (2015) menjelaskan bahwa perilaku kesehatan jiwa yang positif yaitu kurangnya stigma, sikap dan keinginan mencari bantuan perawatan yang positif; menggunakan metode mandiri dalam menangani masalah kesehatan mental seperti kumpul bersama, latihan fisik, dan relaksasi (Selles *et al.*, 2015).

Persepsi penyakit yang negatif dikaitkan dengan status kesehatan yang buruk. Berdasarkan hasil penelitian Wu *et al* (2014) bahwa persepsi penyakit negatif menyebabkan reaksi emosional negatif, konsekuensi penyakit yang dirasakan semakin membebani status penyakit, identitas penyakit yang kuat berhubungan dengan tekanan emosional yang tinggi sehingga berdampak pada kualitas mental dan fisik yang rendah dan memicu keparahan gejala somatik. Masyarakat juga memandang bahwa ODGJ memiliki kinerja kerja yang buruk. Berdasarkan hasil penelitian Lexén *et al* (2013) pekerjaan dianggap memiliki dampak positif bagi ODGJ dalam kehidupan sehari-hari meskipun pekerjaan awal dianggap sebagai tantangan dan gangguan jiwa memengaruhi kinerja kerja.

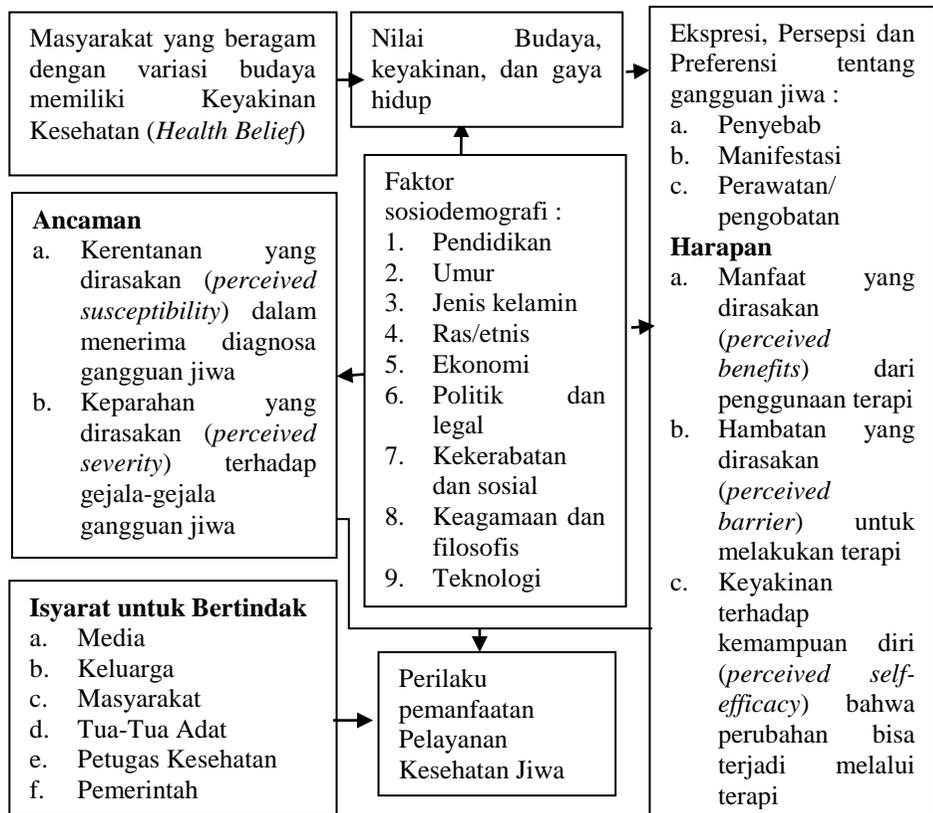
Masyarakat awam kurang tepat dalam mengenali gangguan jiwa dan sering menghubungkan gangguan jiwa dengan stress

psikososial daripada gangguan medis sehingga memengaruhi pencarian bantuan awal yang tepat. Pencarian bantuan awal yang tepat dapat memperoleh hasil jangka panjang yang lebih baik bagi ODGJ. Sebaliknya kegagalan mengenali tanda dan gejala menyebabkan keterlambatan dalam pencarian bantuan (Chong *et al.*, 2016). Pemahaman publik tentang gangguan jiwa dan sikap terhadap ODGJ memainkan peran penting dalam pencegahan dan pengobatan serta rehabilitasi terhadap orang dengan gangguan jiwa (Bedaso *et al.*, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian Bedaso *et al* (2016) bahwa petani memiliki pandangan yang lebih terbatas karena kurang mendapatkan informasi kesehatan jiwa dan memiliki pandangan yang kurang humanistik terhadap orang dengan gangguan jiwa serta kurang interaksi sosial sedangkan pandangan dari tingkat universitas/perguruan tinggi terhadap gangguan jiwa lebih membatasi secara sosial.

Berdasarkan temuan Go'mez *et al* (2015) bahwa masyarakat yang hidup berdampingan dengan ODGJ memiliki tingkat penerimaan yang tinggi terhadap ODGJ serta memiliki hubungan sosial yang erat terhadap orang dengan gangguan jiwa.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Gipson & King, 2013; Padayachee & Laher, 2014; Choudry *et al.*, 2016)