STIGMA SOSIAL PADA KELUARGA MISKIN DARI PASIEN GANGGUAN JIWA

SOCIAL STIGMA ATTACHED TO POOR FAMILY OF PATIENT WITH MENTAL ILLNESS

Sukmawati Varamitha[1], Sukma Noor Akbar[2], Neka Erlyani[3]

Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat,
Jl. A. Yani Km. 36,00 Banjarbaru, Kalimantan Selatan, 70714, Indonesia
E-mail: s.varamitha@yahoo.com

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses terbentuknya stigma dan faktor-faktor penyebab munculnya stigma sosial pada keluarga miskin pasien gangguan jiwa. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Subyek penelitian ini berjumlah dua orang yang tinggal di sekitar tempat tinggal keluarga pasien. Teknik penggalian data dengan menggunakan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Berdasarkan hasil analisis data yang diperoleh, didapatkan bahwa stigma yang terbentuk pada subyek laki-laki dan subyek perempuan melalui proses isyarat, stereotip, dan prasangka. Pada analisis tentang faktor penyebab terbentuknya stigma didapatkan bahwa subyek laki-laki memiliki dua faktor dan subyek perempuan memiliki tiga faktor yang membentuk stigma. Penelitian ini menemukan tiga fakta baru yaitu subyek laki-laki dan subyek perempuan memiliki sikap positif terhadap kontak sosial dengan pasien dan tidak memunculkan diskriminasi, bersikap terbuka dan tidak menjauhi F beserta keluarganya, serta muncul sikap simpati dari masyarakat.

Kata kunci: Stigma Sosial, Keluarga Miskin, Gangguan Jiwa.

ABSTRACT

The focus of this study was to find out the process of the stigma formation and the factors leading to the emergence of social stigma attached to poor family of a mental patient. The approach used in this study was a qualitative approach with the case study method. The subjects were two people living in the neighborhood of a patient's family in Martapura, Banjar Regency. The data were collected by interviews, observation, and documentation. The results of data analysis showed that there was stigma formation on male and female subjects through process of cues, stereotypes, and prejudices. The analysis of the factors leading to the stigma formation indicated that the male subject had two factors and the female three factors. There were new findings in this study, namely the presence of a positive attitude in social contact to the patient and there was no discrimination, open attitude and not staying away from the patient and family, as well as the sympathy from the society.

Keywords: *social stigma*, *poor family*, *mental disorder.*

Gangguan jiwa seringkali memunculkan perilaku merugikan hingga menyebabkan adanya anggapan negatif. Tiga diagnosa umum terkait dengan gangguan jiwa yang merugikan ialah skizofrenia, depresi mayor, dan manik-depresi (Watson and Corrigan, 2006). Khususnya skizofrenia, merupakan sindrom klinis yang paling membingungkan, melumpuhkan dan paling berhubungan dengan pandangan popular tentang gila atau sakit mental (Nevid, Rathus, and Greene, 2005). Mubarta, Husin, dan Arifin (2013) menyebutkan terdapat peningkatan prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia sebesar 6,55% yang tergolong sedang dibanding negara lain dan data-data dari 33 rumah sakit jiwa (RSJ) di seluruh Indonesia menyebutkan hingga kini jumlah penderita gangguan jiwa berat mencapai 2,5 juta orang. Sebuah fakta tentang gangguan jiwa yang memunculkan anggapan negatif terlihat pada kasus seorang pasien yang dipasung oleh keluarganya agar tidak berkeliaran dan mengganggu orang lain (http://www.suarantb.com/).

Anggapan negatif pada pasien skizofrenia merupakan suatu fenomena sosial yang dianggap lazim, yang disebut sebagai stigma. Erving Goffman memberikan definisi dasar tentang stigma yaitu suatu atribut yang mendiskreditkan seseorang sebagai manusia yang "tidak sama seutuhnya" dengan manusia normal dan biasanya menuju ke hal yang negatif. Misalnya ditandai dengan warna kulit (etnis), fisiologi (gender), ukuran tubuh (obesitas), dan penampilan (tingkat ekonomi) yang diberikan stigma oleh masyarakat umum (dalam Larson and Corrigan, 2008). Definisi lanjutan dari Elliott (dalam Brohan, Slade, Clement, and Thornicroft, 2010) yaitu stigma sebagai bentuk penyimpangan penilaian suatu kelompok masyarakat terhadap individu yang salah dalam interaksi sosial.

Stigmatisasi terbentuk melalui proses sosial-kognitif yaitu isyarat, stereotip, prasangka, dan diskriminasi (Corrigan, 2000; 2004; Scheffer, 2003; Stier and Hinshaw, 2007): (1) Isyarat, secara umum masyarakat menyimpulkan gangguan jiwa dari empat isyarat: gejala

gangguan jiwa, defisit keterampilan sosial, penampilan fisik, dan label. (2) Stereotip, struktur pengetahuan yang dipelajari masyarakat umum tentang suatu kelompok sosial yang ditandai. Stereotip dianggap lazim, karena hanya sebagai perwakilan dari anggapan masyarakat umum tentang suatu kelompok sosial. Biasanya stereotip pada orang-orang dengan gangguan jiwa muncul berupa kekerasan (orang dengan gangguan jiwa berbahaya), inkompetensi (mereka tidak mampu mandiri), dan menyalahkan (karakter pribadi yang lemah, mereka bertanggungjawab terhadap gangguan jiwa yang dialami) terhadap orang-orang dengan gangguan jiwa. (3) Prasangka, orang-orang yang berprasangka ialah mendukung stereotip negatif dan menghasilkan reaksi emosional negatif. Prasangka adalah keyakinan dan sikap merugikan yang melibatkan komponen evaluatif (umumnya negatif). Prasangka pada dasarnya merupakan suatu respon kognitif dan afektif, dan menuju diskriminasi dengan memunculkan perilaku. (4) Diskriminasi dimanifetasikan sebagai tindakan negatif terhadap orang-orang yang berada di luar kelompoknya. Diskriminasi *out-group* (luar kelompok) muncul sebagai penghindaran, tidak bergaul dengan orang-orang dari luar kelompok.

Ada beberapa faktor-faktor untuk memperjelas penyebab terbentuknya stigma (Scheffer, 2003): (1) Label gangguan jiwa, penampilan, dan gangguan perilaku terkait. Label tanpa adanya perilaku menyimpang, dapat berkontribusi lebih terhadap stigma. Individu dengan gangguan jiwa mendapat stigma karena gangguan perilaku yang terkait (seperti kecemasan, ketegangan) dan defisit keterampilan sosial (kontak mata yang buruk, kesulitan untuk tetap fokus pada topik). (2) Karakteristik pengobatan. Rawat inap, perawatan fisik, dan pengobatan individual adalah lebih mudah mendapat stigma. (3) Status sosial-ekonomi. Semakin rendah status sosial dan ekonomi seseorang, semakin besar kemungkinan dia dijauhi oleh orang lain. (4) Media penggambaran. Sebuah studi terbaru menemukan bahwa gangguan jiwa yang digambarkan di semua media cetak nasional didominasi oleh penggambaran negatif. Kartono (1981) juga menjelaskan stigma melalui teori demonologi yang menyebutkan bahwa gangguan jiwa itu didasarkan oleh kepercayaan akan adanya unsur mistis, gaib, dan setan-setan jahat yang menyebabkan timbulnya tingkah laku abnormal dan gangguan jiwa.

Penilaian negatif terjadi karena pasien gangguan jiwa tidak memiliki keterampilan atau kemampuan untuk berinteraksi dan bahaya yang mungkin dapat ditimbulkannya. Bentuk penyimpangan penilaian dan perilaku negatif dari masyarakat umum inilah yang dikenal sebagai stigma sosial (Michaels et al, 2012). Stigma sosial ialah stigma yang dipegang oleh kelompok besar dalam masyarakat dimana orang-orang yang diberi stigma berasal dari kelompok yang berbeda atau kelompok rendah Pada konteks ini, stigma yang tertanam dalam kerangka aktivitas sosial menciptakan inferioritas (Ahmedani, 2011). Mengikuti hasil penelitian dari sebelumnya, Kigozi, Lund, Kizza, and Okello (2009) menemukan bahwa stigma gangguan jiwa dikaitkan dengan kuatnya lingkaran setan antara kemiskinan dan gangguan jiwa. Stigma ini yang akhirnya digunakan untuk menggambarkan stigma yang terjadi pada keluarga miskin dari pasien gangguan jiwa.

Berdasarkan pemaparan tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti mengenai stigma sosial pada keluarga miskin dari pasien gangguan jiwa. Rumusan masalah dalam penelitian ini seperti adalah bagaimana proses terbentuknya stigma, apakah faktor-faktor penyebab terbentuknya stigma, dan bagaimana gambaran stigma sosial di masyarakat sekitar tempat tinggal keluarga miskin pasien gangguan jiwa?

Tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui secara mendalam proses-proses terbentuknya stigma, faktor-faktor penyebab terbentuknya stigma, dan gambaran stigma sosial pada masyarakat. Manfaat penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu teoritis dan praktis. Secara teoritis, penelitian ini diharapkan dapat dijadikan acuan tambahan bagi ilmu psikologi secara umum, khususnya bagi psikologi sosial. Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman baik bagi subyek, masyarakat, dan keluarga pasien gangguan jiwa dalam mengurangi berbagai stigma sosial bagi dirinya dan anggota keluarga lainnya, serta diharapkan dapat membangkitkan minat bagi peneliti selanjutnya tentang bahasan stigma gangguan jiwa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode studi kasus. Subyek penelitian dipilih berdasarkan kriteria tertentu menggunakan teknik *purposive sampling*, yakni subyek penelitian adalah orang-orang yang berada di sekitar tempat tinggal keluarga miskin dari pasien gangguan jiwa. Jumlah informan yang diambil sebanyak dua orang dan mengenal baik keluarga pasien, yakni seorang laki-laki dan seorang perempuan serta bertempat tinggal di sekitar rumah keluarga pasien sekurang-kurangnya selama lima tahun.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi non partisipan, wawancara (*in depth interview*) dengan pertanyaan terbuka, dan dokumentasi pada objek penelitian yaitu keluarga pasien.

Data yang dihasilkan dalam penelitian ini berupa transkrip verbatim wawancara yang kemudian dianalisa secara kualitatif. Transkrip verbatim disajikan secara kualitatif dengan melakukan koding dari Cresswell (2003), dikategorisasi, dan kemudian diinterpretasi.

Kredibilitas penelitian ini dicapai dengan menggunakan triangulasi waktu dan *member check*. Kredibilitas dilakukan untuk menguji keabsahan data (Sugiyono, 2012).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil wawancara yang dilakukan dengan kedua orang subyek yaitu SH dan M yang memunculkan stigma sosial pada pasien gangguan jiwa, F, dan keluarganya. SH dan M adalah tetangga yang tinggal sejak lahir di sekitar rumah keluarga pasien. SH berusia 47 tahun berprofesi sebagai lurah di desa setempat, sedangkan M berusia 47

tahun berprofesi sebagai guru Sekolah Menengah Pertama.

Stigma dapat muncul beragam tergantung pada karakteristik objek stigma yang dianggap berbeda atau tak normal. Terdapat perbedaan gambaran umum stigma antara SH dan M yang dapat dilihat dari penggunaan istilah untuk gangguan jiwa yang dialami F. SH menggunakan istilah "hilang akal", "sulit berkomunikasi", dan "tidak waras" untuk menyebutkan istilah gangguan jiwa. Pada M, menggunakan istilah "gila" karena menurutnya gangguan jiwa adalah bersifat jangka panjang dan jauh berbeda dengan stres.

Proses Terbentuknya Stigma

Proses terbentuknya stigma merupakan suatu proses yang panjang dan berkembang mengikuti seberapa banyak wawasan pengetahuan terhadap gangguan jiwa dan objek stigma yang dimulai dari dikenalnya isyarat-isyarat pada objek stigma, berkembangnya stereotip di masyarakat, sikap setuju pada stereotip yang memunculkan prasangka, hingga manifestasi prasangka melalui perilaku diskriminasi.

SH dan M mengenal isyarat pada objek stigma, didasarkan pengamatannya langsung terhadap perilaku dan penampilan fisik F. Kedua subyek mengemukakan hal yang serupa tentang isyarat-isyarat yang muncul. Isyarat dari penampilan fisik F yang tidak terawat terlihat dari cara berpakaian yang tidak beraturan dan tidak pernah mandi. Isyarat dari keterampilan sosial yang dimunculkan F dengan sering mengutil makanan di warung dan merespon menggertak anak-anak yang menyapanya. Isyarat dari gejala gangguan jiwa yang khas juga telah terlihat dari kepribadian yang penyendiri dan terlihat tidak pandai sejak masa kanak-kanak. Isyarat berupa label juga muncul pada kedua subyek yang menggunakan label berbeda-beda. SH menggunakan label "hilang akal" yang menurut pengamatannya didasarkan pada sulitnya F untuk diajak berkomunikasi, sikapnya yang tidak acuh dan tidak mampu bersosialisasi dengan masyarakat. Sementara M menggunakan label "gila" untuk menyebutkan gangguan jiwa, dikarenakan keadaan F yang semakin tidak terawat dan memburuk. M tidak menyerap label "stres" yang sering digunakan oleh masyarakat sekitar, karena menurutnya "stres" bersifat jangka pendek sementara "gila" adalah gangguan jiwa yang bersifat jangka panjang.

Stereotip yang berkembang di masyarakat sekitar tempat tinggal kedua subyek bersifat kepercayaan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh hal-hal gaib dan faktor keturunan, serta dapat menimbulkan bahaya. Kedua subyek menyatakan bahwa gangguan jiwa adalah berbahaya dan perlu menjaga jarak sosial. Hal ini bertujuan agar perilaku berbahaya yang sewaktu-waktu dapat dimunculkan oleh pasien dapat dihindari.

Prasangka berkembang berdasarkan stereotip yang muncul, tetapi tidak semua stereotip menimbulkan prasangka. Pada kedua subyek, prasangka yang muncul ialah dengan menyetujui bahwa perlu untuk menjaga jarak dengan F karena perilakunya yang tidak dapat diterka. Kedua subyek juga meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa F sebagian disebabkan oleh hal-hal gaib. Kedua subyek menilai, hal ini terlihat dari perilaku F yang sering menyendiri di hutan sehingga mendapatkan gangguan makhluk halus dan memunculkan perilaku-perilaku tidak lazim.

Perilaku diskriminasi pada kedua subyek tidak muncul. Kedua subyek menunjukkan sikap kepeduliannya pada F sejak ditelantarkan oleh keluarganya.

Faktor-faktor Penyebab Munculnya Stigma

Stigma dapat muncul jika terdapat suatu kondisi yang dianggap berbeda atau tidak sesuai dengan standar normalitas suatu tempat.

Pertama, faktor label gangguan jiwa, penampilan, dan gangguan perilaku terkait. Berdasarkan hasil temuan, kedua subyek memiliki penilaian yang sama terhadap penampilan dan gangguan perilaku terkait. Kedua subyek telah memaklumi tentang gangguan jiwa yang dialami F dan memakluminya sebagai bentuk pengabaian dari keluarganya. Pada penampilan dan gangguan perilaku, kedua subyek memiliki kesamaan dalam pola pengamatannya. Penampilan F sangat tidak terawat dengan cara berpakaian yang tidak beraturan dan perilaku mengutil dan meminta makanan ataupun rokok di warung-warung tetangga. Perilaku dan penampilan F ini digambarkan oleh SH:

> *"...Apa keinginannya dia ya mau makan itu ke warung orang. Mampir dia, menunggu, jika ada dia minta. Jika tidak ada orang bisa langsul mengambil. Tidak izin-izin. Dianggapnya itu milik sendiri.(tertawa)"*

Kedua, karakteristik pengobatan. Berdasarkan hasil temuan data, SH menuturkan bahwa ia pernah menyarankan agar F diberikan *ruqyah* yakni bertujuan untuk membersihkan kejiwaan F yang menurut SH mungkin terdapat hal-hal negatif di dalamnya. SH tidak memberikan penilaian negatif apapun terhadap bentuk pengobatan selama F berada di RSJ Sambang Lihum. Sementara pada M, ia mengaku tidak pernah menyarankan berobat pada keluarga F dan hanya mengungkapkan sarannya kepada sesama teman berkumpul saja.

> *"Ya ke Sambang Lihum. Jika dia bersih, mungkin bisa ya diruqyah? (bertanya ke istri) Untuk membersihkan yang di badannya ini..."*

Ketiga, status sosial-ekonomi. Kedua subyek memiliki pendapat yang sama bahwa keluarga kandung F telah merasa malu dengan keadaan F sehingga memilih menelantarkan dan menganggapnya tidak ada. Saudara seibu ini juga dijauhi oleh saudara kandung F meskipun ia adalah yang paling banyak merawat F menurut kedua subyek. Pada M meskipun menurutnya keluarga menelantarkan F, ia mengaku tidak ada jarak dengan keluarganya dalam pergaulan. SH menggambarkan sikapnya terhadap keluarga F:

"Sudah dicoba. Ya begitulah tanggapannya, saudara seibu dimusuhi. Ainah kan saudara seibu keluarga mereka. Padahal banyak merawat pasien si Ainah ini daripada saudaranya sekandung."

Keempat, media penggambaran. Kedua subyek memiliki opini yang sama yakni penderita gangguan jiwa benar berbahaya dan perlu untuk menjaga jarak. Terdapat perbedaan alasan, SH menyatakan meskipun penderita gangguan jiwa berbahaya tetapi media massa juga harus menyertakan informasi tentang cara memperlakukan orang dengan gangguan jiwa yang beretika kepada masyarakat. Sementara subyek M lebih memilih menjaga jarak jika ia mengetahui bahwa penderita gangguan jiwa memiliki riwayat mengamuk dan mengganggu orang lain, tetapi menurutnya tergantung penyebab gangguan jiwa. Kedua subyek memiliki pandangan yang sama bahwa F tidak pernah mengganggu orang lain sehingga disimpulkan bahwa media penggambaran tidak mempengaruhi kedua subyek untuk memberikan penilaian negatif.

"Kalau menurutku tergantung penyebabnya apa gilanya. Bisa karna trauma, melihat orang tertentu jadi diganggunya. Seperti F ini pikiran mengganggu tidak ada, karna gangguan dari kecil kan…"

Kelima, teori demonologi. Kedua subyek memiliki keyakinan yang berbeda terhadap hal-hal gaib. SH meragukan penyebab gangguan jiwa F dikarenakan hal-hal gaib, karena F tidak memiliki riwayat yang berkaitan dengan hal-hal gaib. M menyatakan hal yang berbeda bahwa gangguan jiwa yang dialami F disebabkan karena kebiasaan berdiam diri di tempat sunyi dan mengalami *kesambet* (terkena gangguan jin). Menurut M, F sejak kecil memang sering bermain di hutan yang jauh dari keramaian dan menyendiri disana.

"Kalau 'kepuhunan' itu bisa saja, karna dia suka menyendiri di hutan yang sepi. (tertawa) Mungkin kalau bahasa jawanya kesambet. (tertawa)..."

Stigma Sosial

Stigma sosial adalah sikap masyarakat umum terhadap suatu kelompok yang dibedakan atau dianggap abnormal. Terdapat beberapa perbedaan penggunaan label pada kedua subyek. SH menggunakan label "kegilaan" atau seperti gila untuk menyebut gangguan jiwa. Sementara istilah yang digunakan masyarakat menurutnya ialah "gila", "tidak waras", dan sulit diajak berkomunikasi. Sementara itu, M lebih sering menggunakan istilah "stres" yang diambilnya dari kebiasaan masyarakat sekitar untuk menyebutkan gangguan jiwa dan ia tidak setuju dengan penggunaan istilah tersebut. M masih menggunakan istilah "stres" dan "gila" secara bergantian.

"Stres lah seperti kebanyakan orang bilang.
"Stres. Tapi kadang gila juga menyebutnya …."

Muncul tiga fakta lanjutan mengenai stigma sosial dari kedua subyek. *Pertama*, kedua subyek menjelaskan bahwa masyarakat bersikap menyalahkan keluarga F karena menelantarkannya. Menurut SH, keluarga kandung merasa malu terhadap penilaian masyarakat yang menyalahkan sehingga memilih untuk mengabaikan F sama sekali. Sementara menurut M, keluarga seibu F tidak memiliki hambatan dalam bergaul dengan orang-orang sekitar karena menganggap masyarakat Pasayangan sebagai bagian dari keluarganya juga.

"…Sedikit banyak tetap ada rasa malu. Tetapi baik dia seperti itu bergaul. Lagipua orang sini ibaratnya tidak membedakan juga, sudah memahami jika ada diberikan. Kan di Pasayangan ini memahami juga masyarakatnya. Jadi seperti F ini orang sudah paham."

Kedua, pada kedua subyek sama-sama menjeaskan bahwa penelantaran ini berupa tidak adanya kesadaran bertanggungjawab dalam menghidupi F dan memberikan kasih sayang sebagai kebutuhan dasar manusia. F tidak diberikan kesempatan memenuhi kebutuhan dasarnya yaitu makan, minum, dan tempat tinggal. Selain itu kasih sayang dari seluruh keluarganya tidak didapatkan oleh F.

"Tidak cukup."
"…Dari segi perhatian, pakaian. Sandang pangannya itu."

Ketiga, SH menuturkan kurangnya kesadaran dan ketidakpedulian pihak keluarga untuk merawat F sehingga SH pernah merasa kesal dan enggan untuk membantu. Menurutnya, meski demikian ia dan masyarakat tetap bersedia memberikan bantuan untuk F. M menjelaskan bahwa sikap keluarga yang acuh terhadap F tidak membuat keluarga F merasa malu saat bergaul dengan masyarakat sekitar.

"Pernah merasa kesal dulu. Keluarganya pernah berjanji ingin menampung setelah keluar dari Budi Luhur. Dulu cepat sekali kesini meminta bantuan, setelah dikeluarkan malah menghilang. Merasa kesal, tapi dia minta bantuan lagi tidak apa-apa, dibantu saja…"

Berdasarkan definisi dasar dari Erving Goffman (dalam Larson & Corrigan, 2008), kedua subyek dapat dikatakan memiliki stigma terhadap gangguan jiwa. Hal ini diketahui dari cara kedua subyek dalam memahami tentang gangguan jiwa berdasarkan pengamatan dan keyakinannya. SH memahami bahwa F mengalami gangguan jiwa dikarenakan faktor keturunan dan kepribadiannya yang pendiam, namun ia tetap menggunakan istilah yang tidak tepat untuk menyebutkan gangguan jiwa yang dialami F yakni "hilang akal", "sulit berkomunikasi", dan "tidak waras". Sementara pada M, stigma terhadap gangguan jiwa masih jelas terlihat dengan penggunaan label "gila" dengan berkeyakinan bahwa gangguan jiwa F bersifat jangka panjang.

Stigma terjadi melalui beberapa proses yang saling berkaitan. *Pertama*, isyarat (*cues*). Secara umum,

masyarakat menyimpulkan gangguan jiwa dari empat isyarat: gejala gangguan jiwa, defisit keterampilan sosial, penampilan fisik, dan label. Banyak gejala gangguan jiwa berat seperti psikosis, misalnya memunculkan perilaku aneh, merupakan indikator nyata dari gangguan jiwa yang menghasilkan reaksi stigma (Corrigan, 2000; 2004). Pada proses ini, keempat isyarat ini muncul pada kedua subyek berdasarkan pengamatannya pada keseharian F. Kedua subyek menyebutkan bahwa gejala gangguan jiwa F ditandai dengan gejala yang telah ada sejak kanak-kanak, defisit keterampilan sosial dengan sulit diajak berkomunikasi dan bergaul dengan masyarakat sekitar, penampilan fisik yang tidak terawat dan tidak beraturan, serta label yang berbeda pada kedua subyek. subyek SH menggunakan label "hilang akal" dan "tidak waras" secara bergantian, sementara subyek M menggunakan label "gila" dan "stres".

Kedua, stereotip (*stereotype*) untuk mempertegas isyarat. Stereotip dianggap lazim, karena hanya sebagai perwakilan dari anggapan masyarakat umum tentang suatu kelompok sosial (Corrigan, 2004). Stereotip yang muncul pada kedua subyek ialah bahwa perlu menjaga jarak dengan pasien gangguan jiwa dengan mengetahui penyebabnya. Meskipun kedua subyek menyatakan bahwa gangguan jiwa berbahaya, tidak terdapat penghindaran dari kedua subyek terhadap F karena mereka meyakini gangguan jiwa F disebabkan kepribadiannya yang tertutup sejak lahir. Inilah yang meniadakan proses diskriminasi dalam pembentukan stigma.

Ketiga, prasangka (*prejudice*) yang mendukung stereotip negatif. Orang-orang yang berprasangka ialah mendukung stereotip negatif dan menghasilkan reaksi emosional negatif. Prasangka adalah keyakinan dan sikap merugikan yang melibatkan komponen evaluatif yang umumnya bersifat negatif (Corrigan, 2004). Kedua subyek menunjukkan prasangka yang serupa yakni penyebab gangguan jiwa F adalah hal-hal gaib. Ini menurut kedua subyek terjadi karena kebiasaannya yang sering menyendiri di hutan. SH memahami penyebab dari hal-hal gaib melalui sikapnya saat memberikan saran pengobatan kepada guru spiritual. Sementara M sangat kuat meyakini bahwa penyebab gangguan jiwa F karena *kesambet* atau terkena gangguan roh-roh gaib didasarkan pengamatannya pada perilaku F yang sejak masa kanak-kanak sering bermain dan menyendiri di hutan.

Keempat, diskriminasi (*discrimination*) sebagai manifestasi prasangka. Diskriminasi dimanifetasikan sebagai tindakan negatif terhadap orang-orang yang berada di luar kelompoknya (Corrigan, 2004). Proses ini tidak terjadi pada kedua subyek karena pada stereotip-stereotip dari media massa maupun masyarakat sekitar, kedua subyek menunjukkan sikap prasangka yakni menyetujui dan membenarkan stereotip tersebut namun tidak menunjukkan perilaku diskriminatif. Stier and Hinshaw (2007) dalam penelitiannya menyatakan bahwa diskriminasi ialah memberikan perlakuan yang berbeda dari suatu kelompok terhadap kelompok lain, ini tidak bersesuaian dengan hasil temuan pada kedua subyek yang tidak menunjukkan perbedaan perlakuan terhadap F sebagai pasien gangguan jiwa. Hal ini juga tidak sesuai dengan penelitian dari Larson and Corrigan (2008) yang menyatakan bahwa prasangka pada akhirnya akan mengarah ke diskriminasi, yang merupakan hasil perilaku stigma.

Berdasarkan proses terbentuknya stigma di atas, dapat dilakukan analisis pengelompokan faktor-faktor penyebab terbentuknya stigma sebagai berikut.

Faktor label gangguan jiwa, penampilan, dan gangguan perilaku terkait. Faktor label gangguan jiwa hanya terdapat pada M yang masih menggunakan label "stres" maupun "gila" secara bergantian untuk menyebutkan gangguan jiwa. Angermeyer and Matschinger (2003) menyatakan bahwa label memberikan efek negatif yang kuat terhadap cara individu lain bereaksi emosional pada individu dengan skizofrenia sehingga meningkatkan preferensi untuk jarak sosial. Hasil penelitian ini tidak sesuai pada kedua subyek yang menggunakan label untuk F, namun tidak memunculkan jarak sosial antara dirinya dengan F.

Faktor yang terlihat dari penampilan dan gangguan perilaku terkait, terdapat pada kedua subyek. Setiap subyek memahami bahwa penampilan fisik dan perilaku F telah mencerminkan bahwa F memiliki gangguan jiwa. Terlihat dari kepribadiannya yang suka menyendiri, sulit berinteraksi dan bergaul dengan masyarakat sekitar, serta sulit mengungkapkan keinginannya secara verbal. Selain itu, penampilan fisik F yang rapi dan bersih sebelum mengalami masa skizofrenik sangat berbeda dengan kondisi saat mengalami skizofrenia, yakni menjadi tidak memerdulikan kebersihan tubuh dan kondisi kesehatannya.

Menurut penelitian Corrigan (2000), orang-orang cenderung merespon dengan kemarahan pada penderita gangguan jiwa yang diyakini dapat mengendalikan gejala mereka, dibandingkan dengan pasien yang sulit mengendalikan kemunculan gejala mereka sehingga menimbulkan rasa kasihan. F dinilai memiliki kecenderungan bertindak spontan yakni mengamuk, membanting televisi, dan memukul wajah keluarganya. Menurut kedua subyek, hal ini dikarenakan bahwa keluarganya memiliki kesalahan tertentu terhadap F yang memicu kemarahannya, sehingga kedua subyek meyakini bahwa perilaku F bersifat spontan dan menganggapnya tidak berbahaya. Fakta lain ditunjukkan oleh kedua subyek bahwa F ternyata tidak pernah mengganggu masyarakat sekitar.

Faktor karakteristik pengobatan. Stigma yang berkaitan dengan faktor karakteristik pengobatan tidak muncul pada kedua subyek. Hal ini dikarenakan menurut Scheffer (2003) bahwa rawat inap, perawatan fisik, dan pengobatan individual adalah lebih mudah mendapat stigma daripada rawat jalan, perawatan fisik, dan pengobatan secara kelompok. Sementara pada kedua subyek, pola pengobatan yang modern tidak mengubah sudut pandang keduanya yang hanya menganggap bahwa F sedang mengalami gangguan jiwa dan butuh perawatan dari rumah sakit jiwa. Sebuah studi yang dilakukan oleh Komiya et al. (dalam Zartaloudi and Madianos, 2010) menemukan bahwa stigma yang kuat berkorelasi negatif terhadap sikap baik untuk pencarian bantuan psikologis. Hal ini berarti bahwa kuatnya stigma pada seseorang dapat menyebabkannya enggan untuk memberikan

bantuan psikologi. Pada kedua subyek, tidak ditemukan faktor ini karena kedua subyek sangat menyarankan agar F mendapatkan pengobatan dan perawatan.

Faktor status sosial-ekonomi. Stigma muncul dari sudut pandang kedua subyek dengan yaitu keluarga kandung F (seibu-seayah) dianggap tidak bertanggung-jawab secara sosial terhadap F dengan menelantarkannya begitu saja. Menurut Scheffer (2003), status sosial seseorang akan mempengaruhi sikap orang terhadap mereka, bahkan semakin rendah status sosial dan ekonomi seseorang, semakin besar kemungkinan dia dijauhi oleh orang lain. Pada kedua subyek, sikap ini jelas terlihat bahwa mereka merasa seluruh keluarga F sangat tidak bertanggungjawab dengan menelantarkan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dikarenakan terkait dengan permasalahan ekonomi. Pandangan tersebut tidak merubah sikap kedua subyek, yang justru menganggap F dan keluarganya dianggap tidak berbahaya dan tidak perlu dihindari. SH dan M menunjukkan kepedulian sosial terhadap F.

Faktor media penggambaran. Media penggam-baran individu dengan gangguan jiwa sering disebut sebagai sumber adanya stigma, yakni gangguan jiwa yang digambarkan di semua media cetak nasional didominasi oleh penggambaran negatif (Scheffer, 2003). Ini yang menjadikan M bersikap lebih berhati-hati dan menjaga jarak dengan penderita gangguan jiwa. Sementara pada SH, meskipun ia menganggap bahwa penderita gangguan jiwa dapat membahayakan orang lain namun ia mengungkapkan bahwa sebagai orang terdekat harus merangkulnya secara perlahan tanpa diasingkan. Pandangan kedua subyek yang menyatakan bahwa gangguan jiwa dapat berbahaya dan perlu menjaga jarak ini sesuai dengan hasil penelitian Corrigan and Watson (2002), bahwa terdapat beberapa kesalahpahaman dalam penggambaran tentang gangguan jiwa sehingga menim-bulkan stigma. Berdasarkan hal inilah maka kedua subyek bersikap waspada terhadap individu dengan gangguan jiwa namun pada kasus F, kedua subyek menyatakan F tidak pernah mengganggu orang lain. Akhirnya dapat disimpulkan bahwa penggambaran media massa tentang gangguan jiwa yang menimbulkan bahaya tidak memunculkan stigma dari kedua subyek terhadap F dan keluarganya.

Faktor yang ditinjau dari teori demonologi. M memercayai bahwa penyebab gangguan jiwa F selain karena tidak pandai semasa kecil, juga disebabkan oleh pengaruh hal-hal gaib yang lebih dikenal dengan istilah *kesambet* (terkena gangguan makhluk gaib). Hal ini diperkuat oleh sebuah survei bahwa adanya gangguan jiwa yang sulit disembuhkan sebagian besar disebabkan oleh roh jahat sehingga dapat memperburuk dan mengintensifkan stigma (Ssebunnya, et al., 2009). Gangguan jiwa yang dialami F telah berlangsung selama tujuh tahun, namun stigma pada M tentang keyakinan terhadap hal-hal gaib masih bertahan hingga saat ini. Ini menunjukkan bahwa stigma pada M konsisten dan intensif terhadap F melalui faktor ini.

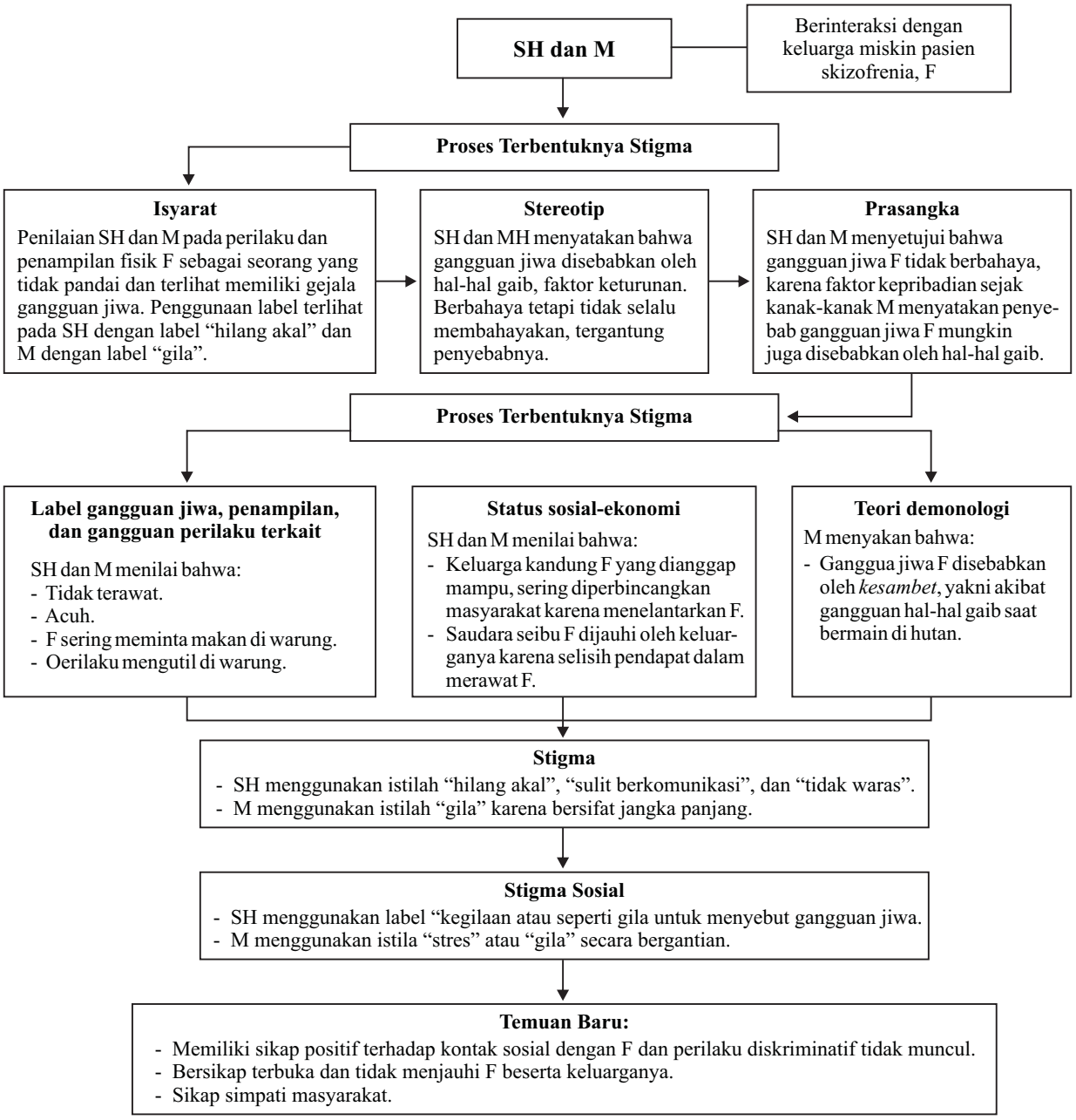
Seseorang dapat dikatakan memiliki stigma sosial apabila memberikan stigma seperti yang ada di lingkungan tempat tinggalnya. Larson and Corrigan (2008) menyatakan bahwa stigma sosial terjadi ketika anggota masyarakat mendukung stereotip dan berperilaku diskriminatif. SH memahami penyebab gangguan jiwa F dan menyebutnya sebagai faktor keturunan, namun masih menggunakan istilah yang tidak tepat yakni dengan label "kegilaan" atau seperti gila untuk gangguan jiwa F. Sementara M menggunakan istilah "stres" dan "gila" secara bergantian dalam menyebutkan gangguan jiwa yang dialami F. Menurut M, hal ini disebabkan oleh karakteristik perilaku F yang dianggap dapat ditolerir oleh masyarakat sekitar sehingga istilah "stres" lebih umum digunakan daripada istilah "gila".

Terdapat beberapa fakta baru terkait dengan pembahasan stigma sosial dari kedua subyek yang perlu untuk dikaji. *Pertama*, kedua subyek memunculkan sikap menyalahkan pada keluarga yang menelantarkan F. Hal ini sesuai dengan pendapat Larson and Corrigan (2008) bahwa stigma keluarga berisi sikap menyalahkan, yakni sikap masyarakat yang menyalahkan anggota keluarga karena ketidakmampuannya merawat sehingga dapat memunculkan kekambuhan bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan hal inilah menurut kedua subyek, sejak seluruh keluarga F menelantarkannya maka masyarakatlah secara sukarela merawat F secara tidak langsung yakni memberikannya makanan dan tempat untuk tidur di teras rumah.

Kedua, bahwasanya kedua subyek menyatakan bahwa seluruh keluarga F menelantarkannya dengan tidak adanya kesadaran tanggungjawab. Sejalan pernyataan kedua subyek, penelitian Corrigan and Watson (2002) menyebutkan bahwa individu dengan gangguan jiwa berat memiliki sifat kekanakan dan harus dirawat. Responden penelitian menjadi cenderung merasa kasihan terhadap orang dengan gangguan jiwa, bukan justru bereaksi dengan kemarahan tidak memberikan bantuan yang pantas. *Ketiga*, menurut SH seharusnya pihak keluarga F bertanggungjawab penuh terhadap kesembuhan dan kelangsungan hidup F yang sedang mengalami gangguan jiwa sebagai anggota keluarganya, namun pada kenyataannya F ditelantarkan. Inilah yang menjadikan SH merasa tidak bersimpati terhadap sikap keluarganya tersebut dan enggan dalam membantu. Berdasarkan hal ini, Larson and Corrigan (2008) menjelaskan bahwa keluarga mungkin mengalami rasa malu untuk disalahkan sehingga menyebabkan mereka menghindari kontak dengan tetangga.

Berdasarkan penjabaran di atas ditemukan beberapa fakta baru di lapangan. *Pertama*, kedua subyek adalah penduduk asli Pasayangan yang telah berusia matang yakni berusia 47 tahun dan memunculkan stigma sosial, namun tetap memiliki sikap positif terhadap kontak sosial dengan F sebagai pasien gangguan jiwa. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian dari Zartaloudi and Madianos (2010) menyatakan bahwa individu yang berusia lebih muda dengan tingkat pendidikan tinggi menyatakan sikap yang lebih positif terhadap kontak sosial dengan pasien gangguan jiwa. Fakta ini juga tidak sesuai dengan teori dari Corrigan (2004) bahwa proses terbentuknya stigma melibatkan diskriminasi sebagai hasil akhir dari proses isyarat, stereotip, dan prasangka. Kedua subyek tidak memunculkan perilaku diskriminatif.

Kedua, SH dan M sebagai individu yang memberikan stigma pada F sangat bersikap terbuka dan tidak menjauhi F beserta keluarganya. Hal ini tidak sesuai dengan temuan penelitian Ssebunnya et al. (2009) bahwa hubungan sosial antara pasien skizofrenia dan keluarganya dengan masyarakat menjadi jauh karena stigma, sehingga mengarah pada rendahnya dukungan sosial dan peningkatan isolasi sosial. *Ketiga*, berdasarkan pembahasan tentang fakta ketiga diketahui bahwa sikap masyarakat sangat terbuka dalam memberikan bantuan dan merawat F secara tidak langsung. Fakta ketiga ini dapat disebut sebagai sikap simpati masyarakat.



Gambar 1. Bagan Kesimpulan Subjek SH dan Subjek M.

SIMPULAN

Penelitian mengenai stigma sosial pada keluarga miskin pasien gangguan jiwa ini menemukan tentang proses terbentuknya stigma gangguan jiwa, khususya skizofrenia. Proses terbentuknya stigma yang terjadi pada kedua subyek tidak ada perbedaan, yakni isyarat, stereotip, dan prasangka. Berdasarkan analisis lanjutan didapatkan pula faktor-faktor yang berbeda pada kedua subyek yakni faktor label gangguan jiwa, penampilan dan gangguan perilaku terkait serta status sosial ekonomi. Hanya pada subyek perempuan terdapat faktor demonologi.

Penelitian ini menemukan bahwa kedua subyek terdapat stigma sosial, meskipun penggunaan label berbeda-beda dari kedua subyek. Selain itu, muncul tiga temuan baru berdasarkan kajian pada stigma sosial yang terjadi pada kedua subyek. *Pertama*, SH dan M memiliki sikap positif terhadap kontak sosial dengan F dan tidak memunculkan perilaku diskriminatif. *Kedua*, SH dan M bersikap terbuka dan tidak menjauhi F beserta keluarganya. *Ketiga*, muncul sikap simpati dari masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diberikan beberapa saran. Bagi keluarga dengan pasien gangguan jiwa agar lebih peduli dan mendukung pengobatan anggota keluarganya. Bagi subyek penelitian dan masyarakat umum, agar dapat mengurangi stigma yang ada dengan menambah pengetahuan dan bersikap empati terhadap pasien gangguan jiwa dan keluarganya. Bagi peneliti selanjutnya agar dapat mengembangkan hasil penelitian ini menggunakan metode kuantitatif agar dapat digeneralisasikan. Lembaga sosial dan kesehatan juga disarankan agar dapat mengembangkan strategi dalam menghapuskan stigma terhadap gangguan jiwa secara missal, sistematik, dan berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmedani, B.K. (2011). Mental health stigma: society, individuals, and the profession. *Journal of social work values & ethics*, 8(2): 1-16. Diunduh 16 Februari 2013 dari http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pmc/articles/PMC3248273/.

Angermeyer, M.C., Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effect of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 108: 304-309. Diunduh 28 April 2014 dari http://www.brown.uk.com/stigma/ angermeyer.pdf.

Brohan, E. Slade, M. Clement, S. & Thornicroft, G. (2010). Experience of mental illness stigma, prejudice, and discrimination: a review of measures. *BMC health services research*, 10(80): 1-11. Diunduh 16 November 2013 dari http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/80.

Corrigan, P.W. (2000). Mental health stigma as social attribution: implication for research methods and attitude change. *Clinical psychology science practical*, 7: 48-67. Diunduh 28 April 2014 dari http://www.researchgate.net/publication/22769 3269_Mental_Health_Stigma_as_Social_Attribution_Implications_for_Research_Methods_and_Attitude_Change/file/e0b49518a79dd35b68.pdf.

Corrigan, P.W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychological association*, 59(7): 614-625. Diunduh 11 Mei 2014 dari http://und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf.

Creswell. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches, second edition*. California: SAGE Publications, Inc.

Kartono, K. (1981). *Psikologi abnormal dan pathologi seks*. Bandung: Penerbit Alumni.

Larson, J.E. Corrigan, P.W. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2): 87-91. Diunduh Februari 2013 dari http://link.springer.com/article/10.1176/appi.ap.32.2.87.

Michaels, P.J. Lopez, M. Rusch, N. & Corrigan, P.W. (2012). Construct and concept comprising the stigma of mental illness. *Psychology, society, & education*, 4(2): 183-194. Diunduh 16 November 2013 dari http://dialnet.unirioja.es/descarga/ articulo/4239444.pdf.

Mubarta, A. Husin, A.N. & Arifin, S. (2013). Gambaran distribusi penderita gangguan jiwa di wilayah banjarmasin dan banjarbaru tahun 2011. *Berkala kedokteran*, 9(2): 199-209. Diunduh 05 November 2013 dari http://ejournal.unlam.ac.id/index.php/ bk/article/viewFile/679/635.

Nevid, J.S. Rathus, S.A. & Greene, B. (2005). *Psikologi abnormal edisi kelima jilid 2*. Jakarta: Erlangga.

Scheffer, R. (2003). Adressing stigma: increasing public understanding of mental illness. *Presented on The Standing Senate Committee on Social Affairs Science and Technology*. Diunduh 16 November 2013 dari http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/Resourcescommunities_organizations/addressing_stigma_senatepres03.pdf.

Sebunnya, J. Kigozi, F. Lund, C. Kizza, D. & Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty I Uganda. BMC International Health and Human Rights, 9(5): 1-9. Diunduh 08 April 2014 dari http://www.biomedcentral.com/1472-698 X/9/5.

SuaraNTB. (2011). *Ribuan warga miskin NTB terindikasi alami gangguan jiwa*. Diunduh 02 Februari 2011 dari http://www.suarantb.com/2011/02/02/ wilayah/ Mataram/detil4.html.

Sugiyono. (2012). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

Watson, Amy C. Corrigan, Patrick W. (2006). The impact of stigma on service access and participation. *The Behavioral Health Recovery Management Project. University of Chicago Center For Psychiatric Rehabilitation*. Diunduh 16 Februari 2013 dari http://www.bhrm.org/guidelines/ stigma.pdf.

Zartaloudi, A. Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health science journal*, 2(4): 77-83. Diunduh 28 April 2014 dari http://www.hsj.gr/volume4/ issue2/423.pdf.