

**TESIS**

**UPAYA PENGENDALIAN PENDERITA GANGGUAN JIWA DI  
KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
(STUDI KASUS PENDERITA JIWA YANG DIPASUNG)**

**WARDAH**

**P. 180 5206 522**



**MAGISTER PROMOSI KESEHATAN  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2008**

## DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	1
DAFTAR TABEL .....	
DAFTAR GAMBAR .....	
DAFTAR LAMPIRAN .....	
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Perilaku Sehat .....	9
B. Penyakit Gangguan Jiwa .....	17
C. Tinjauan Umum Perilaku Pencarian Pengobatan.....	25
1. Konsep Sakit dan Sehat.....	25
2. Disability Oriented Approach.....	29
3. Teori Persepsi dan Pengetahuan .....	31
D. Pelayanan Kesehatan Jiwa.....	34
E. Pengobatan Penyakit Gangguan Jiwa .....	35
F. Kerangka Konsep .....	36
G. Definisi Konsep .....	38
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian .....	39
B. Lokasi Penelitian .....	39
C. Informan .....	39
D. Metode Pengumpulan Data .....	40
1. Data Primer.....	40

2. Data sekunder.....	41
E. Keabsahan Data.....	41
F. Analisis dan Penyajian Data .....	42

#### BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	43
B. Karakteristik Informan .....	44
C. Gambaran Penderita Gangguan Jiwa .....	45
D. Persepsi Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Yang Dipasung.....	47
E. Pengetahuan Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Yang Dipasung .....	59
F. Keputusan Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Yang Dipasung.....	63
G. Solusi Promosi Kesehatan dalam tindakan Pengendalian Penderita Gangguan Jiwa .....	68

#### BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan .....	72
B. Saran .....	73

#### DAFTAR PUSTAKA

## DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Hubungan Variabel dan Informasi dengan Informan .....	40
2. Data Penderita Penyakit Gangguan Jiwa di Kab. Sidrap.....	44
3. Jumlah Penderita Gangguan Jiwa dan yang Dipasung .....	44

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
1. Ketidakseimbangan antara Lingkungan, Host dan Agen.....	27
2. Kerangka Konsep .....	38

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Pedoman wawancara keluarga penderita
2. Pedoman wawancara pada tokoh masyarakat dan kader kesehatan
3. Karakteristik Informan
4. Matriks hasil wawancara upaya pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang
5. Dokumentasi Kegiatan Penelitian

## ABSTRAK

### **Wardah, Upaya Pengendalian Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang (*Studi Kasus Penderita Jiwa yang Dipasung*) (*Dibimbing oleh H.M.Rusli Ngatimin dan Muh. Syafar*)**

Rendahnya pemahaman masyarakat akan penyakit gangguan jiwa menyebabkan kesulitan dalam hal pengobatan. Adanya perasaan malu untuk berobat menyebabkan penderita tidak mendatangi pelayanan kesehatan jiwa. Bahkan yang lebih buruk lagi adalah penanganan gangguan jiwa yang salah seperti pemasungan. Anggapan tersebut terkait dengan persepsi dan pengetahuannya tentang pengobatan penyakit jiwa.

Penelitian ini merupakan studi kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam. Informan dipilih berdasarkan pertimbangan orang yang dapat memberikan keterangan atau informasi dan dapat berperan sebagai narasumber selama proses penelitian. Informan terbagi atas dua yaitu informan kunci, yaitu keluarga penderita gangguan jiwa dipasung dan informan ahli, yaitu tokoh masyarakat dan kader kesehatan pada lokasi penderita yang dipasung berdiam.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa : 1) Persepsi keluarga penderita terhadap pengendalian penderita gangguan jiwa adalah pencarian pengobatan bagi penderita harus dilakukan. Namun keluarga penderita menganggap bahwa pengobatan di rumah sakit jiwa kurang berhasil. Akibatnya keluarga melakukan pemasungan dengan menggunakan balok kayu sebagai pengobatan; 2) Pengetahuan keluarga penderita terhadap pengendalian penderita gangguan jiwa adalah penderita gangguan jiwa harus disembuhkan. Namun cara yang dipilih adalah pemasungan berdasarkan pengetahuan yang diperolehnya dari lingkungan; dan 3) Keputusan keluarga penderita terhadap pengendalian penderita gangguan jiwa merupakan keputusan sosial atau masyarakat, dimana masyarakat turut mendukung tindakan pemasungan karena penderita dianggap berbahaya dan mengganggu masyarakat.

Kata kunci : Penyuluhan, persepsi, pengetahuan, pemasungan

## ABSTRACT

**Wardah, Controlling of Monomaniac in Kabupaten Sidenreng Rappang (a case study of prisoner Monomaniac) (Supervised by H.M.Rusli Ngatimin dan Muh. Syafar )**

Lack of monomaniac knowledge by society is caused by difficult in process of medicine. Shame feeling to have medicine cause sufferer unwilling go to the hospitals. Moreover, there is a worse condition by lack of handling such as prisoner's stock of monomaniac. This perception is concerning with their perception and knowledge about medical of monomaniac.

This research is qualitative study with using interview method. Informant selected based on person which information and can be a source during research process. Informant consist of two major informants, there are family sufferer and expert informan, which is socialite and cadre of health of monomaniac located.

Research result indicate that : 1) perception of suffer's family about controlling of monomaniac is sufferer should have to get medical treatment, but they regard that medical treatment in mental hospital is unsuccessfull one. As a result, the family should do prisoner's stock using *Erytrina Cristgalli* as medical treatment; 2) family's knowledge about controlling of monomaniac have to be made well; and 3) family's decision about controlling of monomaniac is social or community's desicion, where society supported to conducted prisoner's stock because the sufferer is considered dangerous for society.

Keywords : **counseling, perception, knowledge, prisoner's stock.**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Indonesia telah menghadapi berbagai transformasi dan transisi di berbagai bidang yang mengakibatkan terjadinya perubahan gaya hidup, pola perilaku dan tata nilai kehidupan. Dalam bidang kesehatan terjadi transisi epidemi dimasyarakat dari kelompok penyakit menular kekelompok penyakit tidak menular (Depkes, 2004). Salah satu penyakit yang tergolong penyakit tidak menular adalah penyakit gangguan jiwa. Penderita gangguan jiwa di Indonesia cenderung meningkat akibat kesulitan ekonomi yang semakin meningkat serta berbagai masalah sosial lainnya. Kondisi ini menyebabkan bahwa penyakit kejiwaan menjadi masalah kesehatan masyarakat dan setara dengan jenis penyakit lainnya.

Gangguan jiwa dengan kondisi ringan ditunjukkan dengan ciri-ciri mudah gelisah, cemas, stress ringan dan sulit membuat keputusan. Dalam kondisi sedang, gangguan jiwa ditunjukkan dengan sering menangis, murung, nafsu makan kurang dan sulit berkonsentrasi. Sedang dalam kondisi berat, gangguan jiwa ditunjukkan dengan gangguan psikotik, kepikunan, retardasi mental dan skizofrenia.

Penderita gangguan jiwa berat yang sering ditemui di masyarakat adalah 'gila' atau skizofrenia. Penderita gangguan ini merasakan seolah-olah dirinya berada diluar dunia nyata atau kebanyakan orang. Faktor

penyebab penyakit ini adalah stress yang terjadi pada kondisi kejiwaan yang rentan. Cara berfikir penderita sangat dangkal dan tidak dapat membedakan antara fantasi dan realitas. Kadang-kadang penderita merasa ada yang mengejanya atau berniat membunuhnya dan terkadang pula merasa besar dan menganggap dirinya sebagai orang terkenal. Perasaan berubah-ubah dengan pola yang tidak menentu menimbulkan perilaku yang tidak wajar dan menunjukkan gerakan yang tidak masuk akal. Dalam situasi ini masyarakat menyebutnya sebagai “orang gila”.

Depkes (2003) menguraikan bahwa : gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, gangguan perasaan atau gangguan tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial) dan orang tersebut.

Secara nasional, jumlah penderita gangguan jiwa meningkat dari tahun ke tahun. Hasil survey Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) yang dilakukan Jaringan Epidemiologi Psikiatri Indonesia yang menemukan 185 orang dari 1.000 penduduk menunjukkan gejala-gejala gangguan jiwa. Artinya dalam setiap rumah tangga di Indonesia setidaknya terdapat satu orang yang mengalami gejala-gejala jiwa. (Pikiran Rakyat, 2005).

Dari survey tersebut, penderita skizofrenia dilaporkan 0,2% - 2% dari populasi (terbanyak usia 15 tahun – 35 tahun), sedangkan penderita depresi 5% - 10%, cemas 10% - 15%, dan pelaku bunuh diri delapan orang hingga 100 orang per 100.000 penduduk. Data lain menunjukkan

bahwa jumlah penderita gangguan jiwa berat, sekitar 0,8 per mil atau dari 10.000 orang terdapat delapan penderita gangguan jiwa berat atau kegilaan. (Kompas, 2006). Selanjutnya FKUI menggambarkan bahwa terdapat sekitar 26 juta penduduk Indonesia yang menunjukkan gejala gangguan jiwa ringan.

Gangguan jiwa pada umumnya tidak langsung menyebabkan kematian, namun dapat menimbulkan penderitaan bagi individu dan keluarganya baik secara mental maupun secara materi. Beberapa kasus gangguan fisik timbul akibat penyakit jiwa. Ginjal, jantung, kulit dan banyak organ tubuh lainnya terganggu akibat sakit jiwa. Tekanan darah meningkat, jantung berdebar-debar, dan kulit gatal-gatal akibat guncangan kejiwaan, stress dan kekhawatiran yang berlebihan. Dan tidak sedikit penderita yang meninggal akibat gangguan jiwa baik secara mati normal maupun bunuh diri.

Masalah kesehatan jiwa menimbulkan dampak sosial antara lain meningkatnya angka kekerasan, kriminalitas, bunuh diri, penganiayaan anak, perceraian, kenakalan remaja, HIV/AIDS, perjudian, pengangguran, dan lain-lain. FKUI (2007) menguraikan bahwa angka bunuh diri akibat penyakit jiwa di Indonesia mencapai 1.600 – 1.800 orang setiap 100.000 penduduk.

Kelainan jiwa merupakan suatu kondisi yang sangat berkaitan dengan masalah individu, keluarga dan sosial. Budaya memandang dari beberapa aspek baik positif maupun negatif dimana tergantung dari

persepsi sosial budaya. Penderita gangguan jiwa dapat juga mengalami kondisi yang tidak menguntungkan karena aspek stigma yang melekat pada dirinya.

Penyakit jiwa dianggap sebagai penyakit yang memalukan, menjadi aib bagi sipenderita dan keluarganya. Masyarakat menyebut penyakit jiwa pada tingkat yang paling parah seperti hilang ingatan dengan sebutan yang sebenarnya sangat kasar seperti : gila, otak miring atau sinting serta sebutan-sebutan kasar lainnya. Yang lebih menyedihkan, orang sakit jiwa oleh masyarakat dianggap sebagai sampah sosial yang kotor dan hina. Akibat tanggapan tersebut, maka penderita tidak diobati secara tepat. Beberapa stigma terhadap penyakit gangguan jiwa adalah :

- ? Gangguan jiwa disebabkan oleh guna-guna, roh jahat, tempat keramat, banyak dosa, keberatan ilmu, kekuatan supernatural.
- ? Gangguan jiwa merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan
- ? Gangguan jiwa merupakan penyakit keturunan
- ? Gangguan jiwa merupakan penyakit yang bukan urusan medis/kesehatan.

Rendahnya pemahaman masyarakat akan penyakit gangguan jiwa menyebabkan kesulitan dalam hal pengobatan. Adanya perasaan malu untuk berobat menyebabkan penderita tidak mendatangi pelayanan kesehatan jiwa. Bahkan yang lebih buruk lagi adalah penanganan gangguan jiwa yang salah seperti pemasungan.

Pemasungan adalah tindakan masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa (biasanya yang berat) dengan cara dikurung, dirantai kakinya dimasukkan kedalam balok kayu, dan lain-lain sehingga kebebasannya menjadi hilang (Depkes, 2004). Sedang Maramis (1990) menguraikan bahwa pada jaman dahulu tindakan atau perlakuan terhadap penderita gangguan jiwa adalah dipasung (kaki dan tangan penderita dipasangi balok kayu) lalu penderita ditempatkan terpisah di rumah atau di hutan.

Alasan keluarga untuk memasung penderita penyakit jiwa adalah agar penderita tidak mengganggu lingkungannya dan melalui upaya pemasungan, lambat laun penyakit jiwa yang diderita seseorang secara perlahan akan sembuh. Adapula yang beranggapan bahwa dengan pemasungan atau tindak kekerasan lainnya, orang gila akan menjadi kapok. Selain itu adanya rasa malu pihak keluarga serta ketiadaan biaya pengobatan merupakan alasan keluarga untuk melakukan pemasungan terhadap penderita gangguan jiwa. Anggapan tersebut terkait dengan persepsi dan pengetahuannya tentang pengobatan penyakit jiwa.

Di Kabupaten Sidenreng Rappang, angka-angka statistik menunjukkan peningkatan penderita gangguan jiwa. Pada tahun 2006, jumlah penderita gangguan jiwa sedang hingga berat yang mengunjungi pelayanan kesehatan sebanyak 1105 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang, 2006). Jumlah ini belum termasuk dengan penderita yang mencari pengobatan atau penanganan gangguan jiwa lain. Selain

itu diperoleh informasi bahwa terdapat beberapa orang penderita yang dipasung pada tiga kecamatan yaitu Kecamatan Panca Rijang, Baranti dan Kulo. Fenomena tersebut menunjukkan bahwa masih terdapatnya praktek yang keliru terhadap upaya pengendalian penyakit gangguan jiwa.

Dengan gambaran tersebut, maka diperlukan kajian akan upaya pengendalian penderita gangguan jiwa khususnya bagi penderita yang dipasung.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana persepsi keluarga penderita (khususnya penderita yang dipasung) terhadap pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang ?
2. Bagaimana pengetahuan keluarga penderita (khususnya penderita yang dipasung) terhadap pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang ?
3. Bagaimana keputusan keluarga penderita (khususnya penderita yang dipasung) terhadap pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

“Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang upaya pengendalian penderita gangguan jiwa khususnya penderita yang dipasung di Kabupaten Sidenreng Rappang”

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang persepsi keluarga penderita (khususnya penderita yang dipasung) terhadap tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang.
- b. Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang pengetahuan keluarga penderita (khususnya penderita yang dipasung) terhadap tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang.
- c. Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang keputusan keluarga penderita (khususnya penderita yang dipasung) terhadap tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai :

1. Referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan upaya promosi kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa.
2. Sumber informasi bagi pemerintah Kabupaten Sidenreng Rappang dalam menangani kasus atau tindakan yang keliru terhadap penderita gangguan jiwa.
3. Sumber informasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan bagi penderita gangguan jiwa.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Perilaku Sehat

Sehat yang menunjukkan suatu kondisi seseorang biasanya diartikan sebagai keadaan tidak sakit, tidak ada keluhan dan dapat menjalankan kegiatan sehari-hari. WHO (1947) dalam Morton, et.al (1984) menguraikan definisi sehat sebagai : *“Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity”*. Uraian tersebut sesuai dengan batasan sehat dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992 sebagai berikut : *“Sehat adalah keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial”*.

Pengertian sehat mencakup empat aspek yaitu fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi. Hal ini berarti kesehatan seseorang tidak hanya diukur dari aspek fisik, mental dan sosial saja, tetapi juga diukur dari produktivitasnya dalam arti mempunyai pekerjaan atau menghasilkan sesuatu secara ekonomi. (Notoatmojo, 2005).

Kesehatan fisik terwujud dengan tidak adanya rasa sakit, keluhan secara klinis. Semua organ tubuh berfungsi secara normal dan tidak terdapat gangguan fungsi tubuh.

Kesehatan mental (jiwa) mencakup tiga komponen yaitu pikiran, emosional dan spiritual. Pikiran yang sehat itu tercermin dari cara berpikir seseorang, atau jalan pikiran. Jalan pikiran yang sehat apabila seseorang mampu berpikir logis (masuk akal) atau berpikir secara runtut. Emosional yang sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, khawatir, sedih, dan sebagainya. Spiritual yang sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian atau penyembahan, keagungan, dan sebagainya terhadap sesuatu di balik alam ini, yakni sang pencipta alam dan seisinya (Allah Yang Maha Kuasa).

Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan atau berkomunikasi dengan orang lain secara baik, atau mampu berinteraksi dengan orang atau kelompok lain, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, saling menghargai dan toleransi. Kesehatan dan aspek ekonomi terlihat dari seseorang (dewasa) itu produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong secara finansial terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya.

Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan

pelayanan sosial, pelayanan agama, atau pelayanan masyarakat yang lain bagi usia lanjut (Notoatmojo 2005).

Untuk mencapai hidup sehat, maka manusia menempuh berbagai cara berdasarkan pola pikir yang berwujud dalam konsep, teori dan aplikasi yang berbeda. Pola perbuatan manusia secara umum terbagi atas dua bagian utama yaitu kegiatan kelompok yang berusaha kembali hidup sehat disaat mereka sedang menderita penyakit seraya mengandalkan obat pengobatan dan kegiatan kelompok yang berusaha kembali hidup sehat seraya mengandalkan upaya pencegahan. (Ngatimin, 2005).

Perilaku dalam kamus besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi dari organisme terhadap lingkungannya. Perilaku terdiri dari dua bentuk yakni berupa perbuatan yang ditangkap secara langsung oleh indra dan perbuatan yang tidak dapat dilihat oleh indra. Perilaku diartikan sebagai suatu cara untuk mengetahui perbuatan yang dilakukan oleh manusia, sehingga dapat menunjukkan siapa orang itu sebenarnya.

Pola pikir untuk hidup sehat tersebut terwujud dalam perilaku. Sebagaimana ungkapan Notoatmojo (2005) bahwa : “perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan. Selanjutnya secara mendalam perilaku diungkapkan sebagai respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar)”. Dengan demikian perilaku terbentuk dari dua faktor utama yaitu stimulus merupakan faktor dari luar diri seseorang tersebut (faktor

eksternal). Faktor eksternal atau stimulus adalah faktor lingkungan, baik lingkungan fisik, maupun non-fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Sedangkan faktor internal yang menentukan seseorang itu merespon stimulus dari luar adalah perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, dan sebagainya.

Perilaku kesehatan dapat dibedakan menjadi tiga bentuk yaitu : perilaku sehat (*healthy behavior*), perilaku sakit (*Illness behavior*) dan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*). Notoatmojo (2005).

Perilaku sehat (*healthy behavior*) adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain :

- a. Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*)
- b. Kegiatan fisik secara teratur dan cukup
- c. Tidak merokok dan meminum minuman keras dan menggunakan narkoba
- d. Istirahat yang cukup
- e. Pengendalian atau manajemen stress
- f. Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan

Perilaku sakit (*Illness behavior*) adalah berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan/atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan yang lainnya. Pada saat orang sakit atau

anaknyanya sakit, ada beberapa tindakan atau perilaku yang muncul antara lain :

- a. Didiamkan saja (*no action*), artinya sakit tersebut diabaikan, dan tetap menjalankan kegiatan sehari-hari
- b. Mengambil tindakan dengan melakukan pengobatan sendiri (*self tretment* atau *self medication*). Pengobatan sendiri dilakukan dengan dua cara yaitu tradisional dan modern.
- c. Mencari penyembuhan atau pengobatan keluar yakni ke fasilitas pelayanan kesehatan tradisional dan fasilitas atau pelayanan kesehatan modern atau profesional

Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*) dari segi sosiologi, orang yang sedang sakit mempunyai peran (*roles*), yang mencakup hak-haknya (*rights*), dan kewajiban sebagai orang sakit (*obligation*). Menurut Becker, hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*). Perilaku peran orang sakit ini antara lain :

- a. Tindakan untuk memperoleh kesembuhan
- b. Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
- c. Melakukan kewajibannya sebagai pasien antara lain mematuhi nasihat-nasihat dokter atau perawat untuk mempercepat kesembuhannya.

- d. Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya.
- e. Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya, dan sebagainya.

Hal-hal yang mempengaruhi perilaku adalah : 1) pemikiran dan perasaan (*thoughts* dan *feeling*); 2) Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*); 3) Sumber daya (*resources*) yang tersedia : 4 ) Sosial budaya (*culture*) setempat. (Notoatmojo, 2005).

Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku. Seorang Ibu akan membawa anaknya ke puskesmas untuk memperoleh imunisasi, akan didasarkan pertimbangan untung ruginya, manfaatnya, dan sumber daya atau uangnya yang tersedia, dan sebagainya. Acuan atau referensi yang dipercaya dapat mempengaruhi perilaku masyarakat. Di dalam masyarakat, dimana sikap paternalistik masih kuat, maka perubahan perilaku masyarakat tergantung dari perilaku acuan (*referens*) yang pada umumnya adalah para tokoh masyarakat setempat. Orang mau membangun jamban keluarga, kalau tokoh masyarakatnya sudah lebih dulu mempunyai jamban keluarga sendiri.

Sumber daya yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat. Sumber daya dapat

berupa fasilitas pelayanan kesehatan berupa sarana, prasarana serta media promosi. Selain itu kualitas dan kuantitas sumber daya manusia juga dapat mempengaruhi perilaku sehat masyarakat. Penduduk yang sakit cenderung untuk berobat ke tempat pelayanan kesehatan jika sarana yang tersedia mudah dijangkau, serta sarana tersebut dilengkapi dengan prasarana yang memadai. Perilaku ini juga didukung oleh ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas.

Faktor sosial budaya setempat akan mempengaruhi perilaku sehat masyarakat. “mengacu pada aspek budaya, derajat kesehatan masyarakat dan berbagai tindakan untuk hidup sehat, sangat tergantung pada tingkat teknologi yang dimiliki dan diamalkan dalam budaya itu” (Ngatimin, 2005).

Dalam bidang perilaku kesehatan, ada tiga teori yang sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat. Ketiga teori tersebut adalah teori Lawrence Green, teori Snehandu B. Karr, dan teori WHO. Green menganalisis, bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu :

1. Faktor-faktor predisposisi (*disposing factors*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi, dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan.

3. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku.

Snehandu B. Karr mengidentifikasi adanya 5 determinan perilaku yaitu:

1. Adanya niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus diluar dirinya.
2. Adanya dukungan dari masyarakat sekitarnya (*social support*).
3. Terjangkaunya informasi (*accessibility of information*), adalah tersedianya informasi-informasi terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
4. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi (*personnal autonomy*) untuk mengambil keputusan.
5. Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan (*action situation*).

Tim kerja pendidikan kesehatan dari WHO merumuskan empat alasan pokok perilaku yaitu :

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*).
2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personnal references*).
3. Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.
4. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang.

## **B. Penyakit Gangguan Jiwa**

Kesehatan jiwa adalah perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Orang yang sehat jiwa dapat mempercayai orang lain dan senang menjadi bagian dari suatu kelompok. Bagi mereka kehidupan ini penuh arti. (Depkes ,2003).

Seseorang yang sehat jiwa mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

1. Merasa senang terhadap dirinya yaitu mampu menghadapi situasi dan mengatasi kekecewaan dalam hidup. Puas dengan kehidupannya sehari-hari dan mempunyai harga diri yang wajar. Menilai dirinya secara realistis, tidak berlebihan tidak pula merendahkan
2. Merasa nyaman berhubungan dengan orang lain serta mampu mencintai orang lain, mempunyai hubungan pribadi yang tetap dan dapat menghargai pendapat orang lain yang berbeda. Merasa bagian dari suatu kelompok dan tidak mengakali orang lain dan juga tidak membiarkan orang lain mengakali dirinya.
3. Mampu memenuhi tuntutan hidup serta menetapkan tujuan hidup yang realistis, mampu mengambil keputusan dan menerima tanggung jawab. Mampu merancang masa depan serta menerima ide dan pengalaman baru dan puas dengan pekerjaannya

Selanjutnya gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, gangguan perasaan atau gangguan tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan

dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial) dari orang tersebut.

Gangguan pikiran adalah sebagai berikut :

- a. Pikiran yang berulang-ulang.
- b. Pikiran tentang sakit dan penyakit yang berlebihan.
- c. Pikiran tentang ketakutan yang tidak masuk akal (irasional).
- d. Keyakinan yang tidak sesuai dengan realitas/kenyataan (curiga, merasa dikejar-kejar, merasa mau dibunuh, dan sebagainya).

Sedangkan gangguan persepsi adalah mendengar suara bisikan atau melihat bayangan-bayangan yang tidak ada obyeknya. Selanjutnya gangguan perasaan adalah sebagai berikut :

- a. Cemas berlebihan dan tidak masuk akal
- b. Sedih yang berlarut-larut
- c. Gembira yang berlebihan
- d. Marah yang tidak beralasan

Selain itu, gangguan tingkah laku diuraikan sebagai berikut :

- a. Gaduh gelisah, mengamuk
- b. Perilaku yang terus diulang
- c. Perilaku yang kacau (tanpa busana, menarik diri dan lain-lain)
- d. Gangguan perkembangan pada anak (kesulitan belajar, gangguan berbahasa, tidak bisa diam, tidak dapat bergaul dan lain-lain).

Perderitaan atau keluhan terdiri dari :

- a. Gangguan tidur : sulit tidur atau terlalu banyak tidur

- b. Gangguan makan : tidak ada nafsu makan atau makan berlebihan
- c. Sulit berkonsentrasi
- d. Pusing, tegang, sakit kepala, berdebar-debar, keringat dingin, sakit ulu hati, diare, mual, muntah dan lain-lain
- e. Berkurangnya gairah kerja dan gairah seksual

Gangguan fungsi pekerjaan dan fungsi sosial (tidak mampu bekerja seperti biasanya dan tidak mampu bergaul sebagaimana lazimnya) diuraikan sebagai berikut :

- a. Sering melakukan kesalahan pada pekerjaan
- b. Sering bolos sekolah, prestasi sangat turun
- c. Pekerjaan tidak selesai-selesai, hasil kerja harus sempurna
- d. Sering ditegur atasan, sering bentrok dengan teman sekerja
- e. Tidak ingin bertemu dengan orang lain, menarik diri dari pergaulan

Hasil penelitian Susanto (2007) mengungkapkan bahwa : Dari 100 keluarga dengan salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah disebabkan oleh banyak pikiran sebanyak 62,63%, diguna-guna/dibuat orang sebanyak 17,17%, sakit jiwa 12,12%, menuntut ilmu 4,04 dan lain-lain 4,04%.

Adapun gejala yang mendorong penderita untuk berobat adalah :

- Kesulitan untuk berpikir dan berkonsentrasi
- Laporan tentang mendengar suara-suara
- Keyakinan yang aneh (misal : memiliki kekuatan supranatural, merasa dikejar-kejar)

- Keluhan fisik yang tidak biasa / aneh (misal : merasa ada hewan atau obyek yang tak lazim di dalam tubuhnya)
- Problem atau pertanyaan yang berkaitan dengan obat antipsikotik
- Mungkin ada problem dalam melaks anakan pekerjaan atau pelajaran
- Mungkin mencari pertolongan karena ada apatis, penarikan diri, higiene/kebersihan yang buruk atau perilaku aneh.

Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa Depkes RI (2007) menguraikan bahwa keluhan utama penderita penyakit jiwa : berbicara atau tertawa sendiri, kurang tidur, tingkah laku agresif, berbuat yang aneh-aneh, tidak mau mengurus diri, keluyuran, bicara yang tidak dapat dimengerti, diiam tidak mau bicara , bicara tidak masuk akal, sikap curiga, bicara lebih sedikit dari biasa, pusing, mendengar tanpa rangsang dengar dan menolak kerja sama.

Penyebab gangguan jiwa terdiri atas tiga faktor yaitu keturunan, lingkungan dan situasai serta fisik (Depkes, 2003).

#### 1. Keturunan (genetik)

Beberapa jenis gangguan jiwa cenderung berhubungan dengan faktor ke turunan.

#### 2. Lingkungan dan situasi kehidupan sosial

Pengalaman dengan anggota keluarga, tetangga, sekolah, tempat kerja dan lain-lain dapat menciptakan situasi yang menegangkan atau menyenangkan. Melalui pergaulan, seseorang

akan belajar bagaimana cara berbagi dan mengerti perasaan serta sikap orang lain.

Kritik yang negatif dari orang sekitar dapat menurunkan harga diri. Harga diri yang positif merupakan kunci untuk mencapai derajat kejiwaan, sebaliknya orang yang mempunyai harga diri yang negatif akan menganggap orang lain memandang dia secara negatif pula.

### 3. Fisik

Gangguan fisik yang langsung mengenai otak seperti trauma (cedera) otak, penyakit infeksi pada otak, gangguan peredaran darah otak, "stroke", tumor otak, gizi buruk, serta pengaruh zat psikoaktif seperti narkotika, ganja, ekstasi, shabu, alkohol dan lain-lain.

Gangguan fisik yang tidak berlangsung yaitu penyakit yang dapat menyebabkan gangguan metabolisme otak misalnya sakit tifus, malaria, penyakit hati, keracunan dan lain-lain. Semua gangguan tersebut dapat menyebabkan perubahan cara berpikir, berperasaan dan bertingkah laku.

Jenis-jenis gangguan jiwa yang sering ditemui adalah :

#### 1. Gangguan ansietas

Gangguan ini ditunjukkan dengan kondisi panik, fobia, dan obsesif kompulsif. Adapun gejala psikis yang ditunjukkan oleh gangguan ini adalah rasa cemas, gelisah, sudah lelah, sulit berkonsentrasi, gangguan tidur serta tegang. Gangguan fisik ditunjukkan dengan berdebar-debar, nafas sesak, mulut kering, keringat dingin, gangguan lambung serta gangguan pencernaan. Gangguan ini sangat

mengganggu individu dalam melakukan aktivitas sosial, pekerjaan dan kehidupan keluarga.

### **Panik**

Serangan Panik atau rasa takut yang tidak dapat dijelaskan muncul secara mendadak, berkembang dengan cepat dan dapat berlangsung hanya beberapa menit.

- Serangan muncul bersama dengan gangguan fisik seperti palpitasi, nyeri dada terasa tercekik, rasa mual, pusing, perasaan tidak realistis atau rasa takut akan bencana pribadi (hilang kontrol diri atau menjadi gila, serangan jantung, mati mendadak)
- Satu serangan sering menimbulkan rasa takut akan ada serangan lain dan penghindaran tempat dimana serangan pernah terjadi.

### **Gangguan Fobia**

Penderita mungkin menghindari atau membatasi aktivitas sebab rasa takut yang timbul karena objek atau situasi tertentu. Penderita kesulitan untuk bepergian seperti berbelanja, mengunjungi orang lain. Gangguan ini kadang-kadang disertai gejala fisik

- Rasa takut yang sangat terhadap tempat, situasi atau objek tertentu yang tidak beralasan.
- Situasi yang umum ditakuti : meninggalkan rumah, tempat terbuka, bicara di depan umum, keramaian atau tempat umum, bepergian dengan bis, mobil atau pesawat, kegiatan sosial.

- Pasien tidak mampu sendirian di rumah atau meninggalkan rumah.
- Agorafobia sering merupakan komplikasi dari Gangguan Panik, sedangkan Sosialfobia berhubungan dengan gangguan kepribadian menghindar.

## 2. Depresi

Depresi terdiri dari dua bentuk utama yaitu akut dan berulang. Pasien dengan gangguan depresi menunjukkan kehilangan minat akan hal yang menjadi kebiasaan atau hilangnya kegembiraan) serta Iritabilitas (cepat marah, tersinggung). Pasien juga mengemukakan satu atau lebih gangguan fisik seperti kelelahan dan nyeri. Gangguan depresi juga disertai dengan gejala : gangguan tidur, rasa bersalah atau hilang percaya diri, kelelahan, hilang tenaga, libido, agitasi atau gerakan lambat, gangguan nafsu makan, pikiran atau tindakan bunuh diri, pikiran untuk mati dan gejala ansietas atau gelisah sering menyertai

## 3. Keluhan fisik yang beragam

Pasien dengan gangguan jiwa ini mengeluhkan kondisi fisiknya tanpa kelainan organik yang dilatar belakangi oleh faktor psikologi (berupa efek ansietas dan depresi). Bentuk keluhan fisik meliputi cefalgia, hipertensi, asma bronkial, gastritis, kolitis kronik, rematik dan dermatitis. Faktor-faktor psiko-sosial adalah masalah keluarga, lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, politik,

hukum dan lain-lain. Pasien berulang kali datang untuk pemeriksaan walaupun hasil pemeriksaannya negatif dan tidak ditemukan adanya gangguan fisik yang mendasari keluhan tersebut. Adapula pasien yang merasa cemas bahwa dirinya menderita suatu penyakit fisik dan mereka tidak percaya bahwa tidak ditemukan kelainan fisik.

Ketegangan akan menyebabkan sakit kepala, mual, susah tidur, dan berbagi rasa sakit lainnya. Gejala yang demikian benar-benar dirasakan oleh orang tersebut sebagai rasa sakit dan bukan dibuat-buat. Dengan memberikan obat untuk keluhan fisiknya, mungkin akan menolong mengatasi gejala, tapi tidak mencegah timbulnya keluhan fisik kembali.

#### 4. Gangguan psikotik

Gangguan psikotik menunjukkan perubahan yang nyata dan berlangsung lama. Pasien tersebut akan menunjukkan gejala sebagai berikut :

- a. Menarik diri dari lingkungan dan hidup dalam dunianya sendiri.
- b. Merasa tidak mempunyai masalah dengan dirinya
- c. Kesulitan untuk berpikir dan memusatkan perhatian
- d. Gelisah dan bertingkah laku atau bicara kacau
- e. Sulit tidur
- f. Mudah tersinggung dan mudah marah
- g. Mendengar atau melihat sesuatu yang tidak nyata

- h. Berkeyakinan yang keliru seakan-akan ada seseorang yang membuntutinya atau ingin membunuhnya
  - i. Keluhan fisik yang aneh, misalnya ada hewan atau benda yang tak lazim di dalam tubuhnya.
  - j. Mungkin ada masalah dalam melaksanakan tugas sehari-hari
  - k. Tidak merawat diri, kadang-kadang penampilan kotor
5. Demensia (kepikunan)

Demensi sering terjadi pada usia lanjut. Gambaran utama penyakit ini adalah penurunan daya ingat mengenai hal yang baru terjadi, misalnya lupa apakah sudah makan, mandi, lupa dimana meletakkan barangnya dan lain-lain. Penurunan daya pikir misalnya tidak mampu lagi berhitung yang biasanya mudah dia lakukan. Penurunan daya nilai, misalnya membedakan yang baik dan yang buruk. Penurunan kemampuan berbahasa, isalnya sulit mencari kata-kata untuk menyatakan pendapat. Penurunan fungsi sehari-hari, misalnya tak mampu berpakaian, mandi, mencuci, memasak dan melakukan kegiatan lainnya sendiri. Kehilangan kendali emosional, misalnya mudah bingung, menangis atau tersinggung. Keadaan ini biasa terdapat pada usia lanjut dan sangat jarang pada usia muda.

### **C. Tinjauan Umum Perilaku Pencarian Pengobatan**

#### **1. Konsep Sakit dan Sehat**

Penyakit (*disease*) adalah suatu bentuk reaksi biologis terhadap organisme, benda asing atau luka (*injury*). Hal ini adalah fenomena yang

obyektif ditandai oleh perubahan fungsi – fungsi tubuh sebagai organisme biologis, sedangkan sakit (*illness*) adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya. Hal ini merupakan fenomena subyektif yang ditandai perasaan tidak enak (*feeling unwell*) (Sarwono, 1993).

Dalam persepsi sehat dan sakit tidak hanya dilihat dengan kaca mata medis, tetapi dapat dipengaruhi oleh pranata-pranata masyarakat atau sistem sosial dan kultur masyarakat setempat, sehingga pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *holistic*. Ini juga memberikan kerangka konseptual dimana ilmu medis dan ilmu sosial secara nalar dapat diintegrasikan ke dalam ilmu alamiah (Sarwono, 1993).

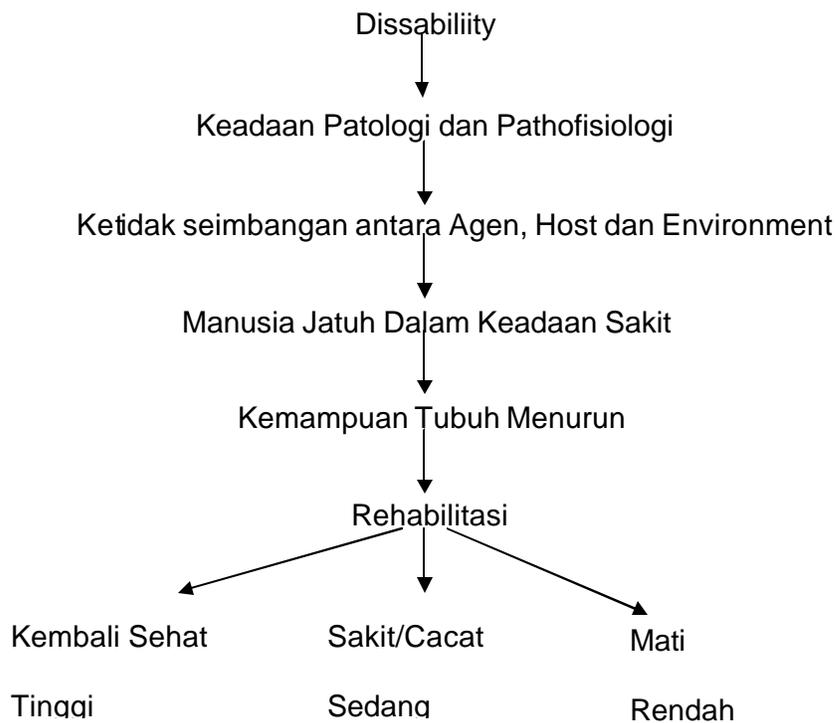
Organisasi kesehatan dunia (WHO) memberikan definisi tentang kesehatan sebagai keadaan yang sempurna dari badan, jiwa, dan sosial, dan bukan hanya keadaan bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan.

Dalam menganalisis kondisi tubuhnya, biasanya orang melalui dua tingkat analisis, yaitu : (dalam Sarwono, 1993) *Pertama*, batasan sakit menurut orang lain : orang-orang di sekitar individu yang sakit mengenali gejala sakit pada diri individu itu dan mengatakan bahwa dia sakit dan perlu mendapatkan pengobatan. Penilaian orang lain ini sangat besar artinya pada anak-anak dan bagi orang dewasa yang menolak kenyataan bahwa dirinya sakit. *Kedua*, batasan sakit menurut diri sendiri : individu itu sendiri mengenali gejala penyakitnya dan menentukan apakah dia akan mencari pengobatan atau tidak. Analisa orang lain dapat sesuai atau

bertentangan dengan analisa individu, namun biasanya analisa itu mendorong mencari upaya pengobatan.

Sedangkan sehat atau kesehatan dalam UU Kesehatan R.I No. 23 Tahun 1992 memasukkan unsur produktif, sosial dan ekonomi sehingga berbunyi kesehatan adalah keadaan sejahter dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. (Notoatmodjo,2005).

Suatu keadaan penyakit (dalam Ngatimin, 2005) dapat terjadi akibat dari ketidakseimbangan antara lingkungan, host dan agen seperti digambarkan di bawah ini :



Gambar 1. Ketidakseimbangan antara Lingkungan, Host dan Agen

Faktor-faktor yang terkait dengan pendekatan upaya promotif sebagai berikut : (Ngatimin, 2005), *Pertama*, faktor perilaku kesehatan adalah selalu menekankan adanya keseimbangan antara agent – host – environment dengan berdasarkan pada dua konsep yaitu konsep dasar hidup sehat melalui teknologi hulu dan hilir. Kesehatan hilir dapat membantu menerangkan dan mengamalkan motto “mencegah penyakit jauh lebih baik daripada mengobatinya”.

Dan kesehatan hulu adalah bentuk pengalaman dari pencegahan dan perlindungan diri dari penyakit. *Kedua*, faktor pelabelan adalah terbentuknya pelabelan pada seseorang tentang kesehatan sehingga menjadi lebih baik dalam pencegahan dan pengobatan penyakit sehingga upaya-upaya pengalaman promosi kesehatan lebih diarahkan pada kelompok masyarakat yang tingkat pelabelannya lebih rendah dengan tidak mengabaikan masyarakat yang tingkat pelabelannya lebih tinggi.

Faktor sosial budaya adalah suatu bentuk pengalaman perilaku hidup sehat dalam keluarga yang merupakan cerminan tatalaksana hidup sehat dan tidak sehat. Upaya kesehatan dengan arah sosial budaya diperlukan pengalaman upaya-upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Bila hidup sehat merupakan tujuan maka dengan konsekwensi melalui perubahan pengalaman perilaku kesehatan. Sehingga motto kesadaran bahwa bila jatuh sakit selalu ada resiko derita ketidakmampuan (disability), cacat dan bahkan ancaman kematian.

## 2. Disability Oriented Approach

Disability Oriented Approach (DOA) adalah suatu alat yang diolah berdasarkan konsep epidemiologi yang diaplikasikan sesuai dengan konsep promosi kesehatan guna terciptanya hidup sehat dalam masyarakat, diharapkan membawa setiap warga masyarakat untuk mudah memahami arti hidup sehat melalui pengertian timbulnya penyakit serta derita akibat disability. (Ngatimin, 2005).

Konsep ini merupakan inovasi untuk mensosialisasikan cara hidup sehat pada masyarakat. Kemampuan petugas untuk berkomunikasi dengan masyarakat merupakan suatu alat pendorong keberhasilan diterimanya konsep ini di masyarakat. Ngatimin (2005) mengungkapkan bahwa : “pemahaman tentang DOA pada masyarakat merupakan kegiatan “sadar sehat” dan memberi dampak pada kehidupan masyarakat.” Adapun dampak tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Memudahkan warga masyarakat meningkatkan pemahaman mereka tentang sehat, beralih dari posisi subyektif dan membawa mereka menyadari bahwa umumnya penyakit yang dapat dicegah, diobati dan disembuhkan;
- b. Menyederhanakan pengertian tentang hidup sehat seraya mengemukakan keutamaan upaya pencegahan dari pada upaya pengobatan;
- c. Meningkatkan kesadaran hidup sehat untuk memanfaatkan secara tepat upaya kuratif dan rehabilitatif setelah upaya promotif dan

preventif gagal melindungi dari serangan penyakit, dan mengandalkan pengalaman DOA secara tepat merupakan upaya positif menjauhi ketergantungan dan penyalahgunaan obat serta hal-hal lain yang merugikan kesehatan.

Perilaku manusia untuk mencapai hidup sehat didasarkan pada motivasinya untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Dalam aspek sosial, ekonomi dan kesehatan motivasi manusia terbagi atas lima tingkatan sesuai dengan hirarki kebutuhan menurut Maslow yaitu : 1). Kebutuhan fisiologikal seperti sandang, pangan dan papan; 2). Kebutuhan keamanan; 3). Kebutuhan sosial; 4). Kebutuhan prestise yang pada umumnya tercermin dalam berbagai simbol status; 5). Aktualisasi diri yang merupakan kesempatan bagi diri seseorang dalam mengembangkan potensinya.

Dengan klasifikasi kebutuhan manusia itu, nampak jelas bahwa kebutuhan manusia berbeda-beda karena manusia merupakan mahluk individu yang khas. Kebutuhan manusia tidak hanya bersifat materi akan tetapi juga bersifat psikologikal, mental, intelektual dan bahkan juga spiritual.

Dalam hubungan ini perlu ditekankan bahwa : kebutuhan yang satu saat sudah terpenuhi mungkin akan tumbuh lagi di waktu yang akan datang, pemuasan berbagai kebutuhan tertentu dan tibanya suatu kondisi dimana seseorang tidak lagi dapat berbuat sesuatu dalam pemenuhan kebutuhannya.

### 3. Teori Persepsi dan Pengetahuan

Persepsi adalah tanggapan (penerimaan) langsung dari suatu serapan, yaitu proses seseorang mengetahui beberapa hak melalui panca indra atau proses dimana kita mengorganisasi pola stimulus dalam lingkungan, pengertian menurut kamus besar Bahasa Indonesia.

Sedangkan menurut Mart, persepsi mempunyai proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, cakrawala pandang, kebiasaan, kepercayaan dan pengetahuan dimana manusia mengamati suatu obyek psikologik dengan kaca mata sendiri yang diwarnai oleh nilai kepribadiannya.

Pengertian persepsi menurut Kothler (1989) adalah proses yang dilalui orang dalam memilih, mengorganisasikan dan menginterpretasikan informasi guna membentuk gambaran yang berarti mengenai dunia. Kothler menggambarkan seseorang yang termotivasi siap untuk bertindak. Bagaimana orang tersebut bertindak dipengaruhi oleh persepsinya mengenai situasi. Dua orang dengan motivasi yang sama dan dalam situasi yang sama mungkin mengambil tindakan yang jauh berbeda karena mereka memandang situasi secara berbeda. Mengapa orang memandang situasi dengan cara yang berbeda? Kita semua belajar lewat arus informasi yang melalui 5 (lima) indra, penglihatan, pendengaran, penciuman, peradaban dan pengecapan.

Adapun faktor yang mempengaruhi persepsi dapat dibagi atas dua bagian yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal adalah faktor yang melekat pada obyek sedang faktor internal adalah faktor yang terdapat pada diri seseorang.

Notoatmodjo (2005) menguraikan bahwa faktor eksternal dapat berupa kontras, perubahan intensitas, pengulangan, sesuatu yang baru dan sesuatu yang menjadi perhatian orang banyak. Sedang faktor internal berupa pengalaman, harapan, kebutuhan, motivasi, emosi dan budaya.

Kontras adalah salah satu cara untuk menarik perhatian orang, hal ini dapat dilakukan dengan kontras warna, kontras ukuran, kontras bentuk dan kontras gerakan. Warna yang menyolok atau ukuran yang besar akan mempermudah menarik perhatian orang. Perubahan intensitas suara dari kecil menjadi keras akan menarik perhatian seseorang. Demikian pula dengan perubahan intensitas cahaya.

Pengalaman masa lalu akan mempengaruhi perasaan dan cara pandang terhadap suatu obyek. Demikian pula dengan harapan, Sebagai contoh jika kita mendatangi rumah sakit untuk menerima pelayanan, maka persepsi kita bahwa setiap orang yang berjas putih adalah dokter. Hal ini disebabkan karena harapan kita untuk menerima pelayanan dokter. Demikian pula dengan kebutuhan dan motivasi seseorang terhadap obyek akan mempengaruhi cara pandangnya.

Pengetahuan atau kognitif merupakan dominan atau bagian yang sangat penting untuk terjadinya tindakan seseorang (*over behavior*),

sedangkan kedalaman pengetahuan seseorang dalam *domain cognitive* yang mereka miliki mulai dari tingkat C1 atau *cognitive* pertama yaitu tingkatan pengetahuan paling rendah, dalam hal ini seseorang hanya menyebutkan istilah-istilah saja berdasarkan pengetahuan yang dimilikinya (Soekidjo Notoadmojo, 2003)

Sedangkan menurut teori Bloom pengetahuan merupakan bagian dari *cognitive* domain yaitu bagaimana terjadinya proses menjadi tahu, yang terdiri dari enam tingkatan penerimaan terhadap suatu inovasi yaitu :

a. Tahu (*know*)

Seseorang hanya mampu menjelaskan secara garis besar apa yang telah dipelajari, seperti istilah-istilah saja.

b. Memahami (*comprehensive*)

Seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar dan dapat menerangkan kembali secara mendasar ilmu pengetahuan yang telah dipelajari.

c. Analisis

Seseorang telah mampu untuk menerangkan bagian-bagian yang menyusun bentuk pengetahuan tertentu dan menganalisa hubungan satu dengan lainnya.

d. Sintetis

Seseorang telah mampu menyusun kembali pengetahuan yang diperoleh ke bentuk semula.

e. Evaluasi

Kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap materi atau obyek.

f. Aplikasi (*application*)

Seseorang telah mempunyai pengetahuan yang tertinggi, telah ada kemampuan untuk mengetahui secara menyeluruh dari semua bahan yang telah dijalankan.

#### **D. Pelayanan Kesehatan Jiwa**

Program kesehatan jiwa di Indonesia bermula dari program pelayanan pasien gangguan jiwa berat (psikosis) di dalam RSJ yang hanya berupa pelayanan kuratif dengan rawat inap yang masih bersifat *custodia*, tertutup dan isolatif. Pada saat upaya kuratif masih sangat terbatas, belum ada obat psikoterapi, terapi okupasi dan terapi lain yang untuk rehabilitasi pasien juga belum berkembang. Pada umumnya pasien tinggal di RSJ untuk selamanya sampai meninggal (Depkes, 2004).

Saat ini pelayanan kesehatan jiwa diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan dasar. Yaitu dilakukan oleh dokter umum, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lainnya di Puskesmas ketika memeriksa kesehatan fisik, juga dilakukan deteksi dini dan penanganan masalah gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan ungkapan WHO (2001) menyebutkan bahwa : “masalah kesehatan jiwa merupakan masalah kesehatan masyarakat.”

Pelayanan kesehatan bagi penyakit gangguan jiwa terdiri atas Pelayanan Kesehatan Jiwa Dasar, Pelayanan kesehatan jiwa rujukan dan

pelayanan kesehatan jiwa masyarakat. Pelayanan kesehatan dasar meliputi : Puskesmas (Perawatan, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling). Rumah Sakit Umum. Pelayanan Kesehatan Jiwa Rujukan meliputi Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Ketergantungan Obat dan RSU (Bagian, Klinik Psikiatri). Sedang pelayanan kesehatan Jiwa Masyarakat meliputi Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM): Posyandu, Pos Upaya Kesehatan Kerja (UKK), PKK, dan lain – lain.

#### **E. Pengobatan Penyakit Gangguan Jiwa**

Pengobatan penyakit gangguan jiwa dilakukan melalui upaya menghilangkan tanda dan gejala serta mengembalikan fungsi utama. Penanggulangan penyakit gangguan jiwa dilakukan dengan konsep bahwa manusia terdiri tiga aspek yaitu organobalogik, psikologi edukasi serta sosial kultural (Depkes RI, 2006). Dengan demikian pengobatan penyakit gangguan jiwa juga dilakukan dengan tiga bagian yaitu :

1. Terapi biologis dengan memberikan medikamentosa, psikofarmaka atau psikotropik. Sedang pada penderita depresi berat dan skizofrenia biasanya diberi terapi kejang listrik.
2. Psikoterapi yaitu memperkuat pertahanan diri dengan cara reassurance, sugesti atau ventilasi. Terapi ini dilakukan oleh tenaga ahli seperti perawat senior, psikolog klinis dan psikiater. Pada pasien gangguan jiwa ringan dilakukan terapi dengan membantu pasien untuk mengembangkan keterampilan yang lebih efektif untuk menghadapi

hubungan sosial dan interpersonal. Sedang terapi pada penderita gangguan jiwa berat, terapi dilakukan dengan :

- Membantu pasien untuk mengenali perasaan mereka.
- Membantu mengekspresikan perasaan mereka.
- Mengkomunikasikan pemahaman konselor terhadap mereka serta
- Memberikan waktu, perhatian dan dukungan kepada pasien.

Selain itu, terapi juga melibatkan anggota keluarga pasien dengan memberi pemahaman akan kondisi pasien.

3. Terapi sosial lingkungan yaitu melibatkan keluarga dan lingkungan dalam penyembuhan penyakit. Upaya ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa tempat terbaik bagi penderita gangguan jiwa adalah ditengah keluarganya, diantara orang-orang yang dicintainya. Penderita membutuhkan perhatian pengertian, dukungan dan kasih sayang dari keluarga dan dapat memulihkan kondisi kejiwaannya.

#### **F. Kerangka Konsep**

Peningkatan penderita gangguan jiwa di masyarakat merupakan suatu masalah pada kesehatan masyarakat. Dampak langsung pada fenomena ini adalah menurunnya produktivitas manusia akibat kehilangan hari-hari produktif. Selain itu masalah sosial lain juga meningkat akibat penyakit gangguan jiwa seperti kejadian bunuh diri, pemerkosaan dan lain-lain.

Gangguan jiwa pada dasarnya dapat muncul dalam keadaan ringan, sedang dan berat. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis.

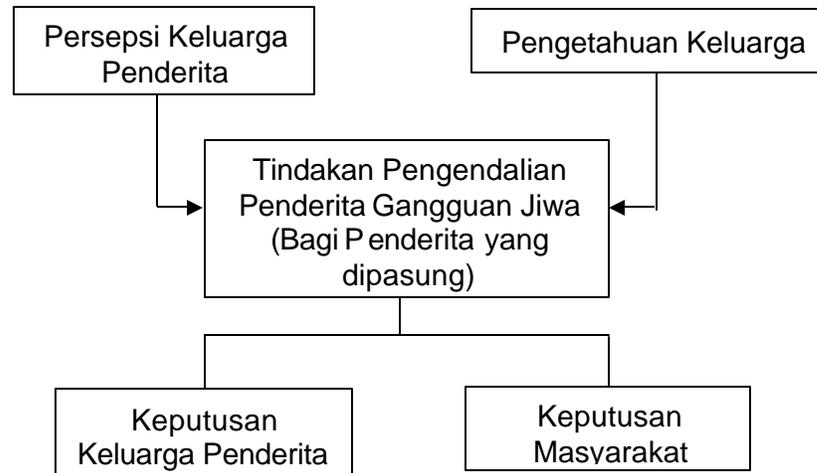
Pada penderita gangguan jiwa ringan dan sedang harus dilakukan terapi secara tepat untuk mencegah peningkatan gangguan. Demikian pula pada penderita gangguan jiwa berat, perlu dilakukan terapi biologik, psikoterapi serta terapi sosial.

Namun pada beberapa penderita dilakukan tindakan pemasangan dengan alasan supaya tidak mengganggu lingkungan. Munculnya persepsi tersebut disebabkan oleh kurangnya informasi yang diperoleh tentang metode pengobatan penyakit gangguan jiwa. Hal tersebut akan mempengaruhi keputusan pengobatan dalam keluarga. Pencarian pengobatan bagi penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang sangat dipengaruhi oleh persepsi masyarakat sebagai suatu antecedent (peristiwa lingkungan yang membentuk atau memicu perilaku).

Peristiwa tersebut adalah adanya anggapan bahwa penyakit jiwa adalah penyakit akibat guna-guna atau akibat penyakit turunan serta akibat stress. Dari sisi inilah maka perlu diamati secara mendalam tentang persepsi dan pengetahuan masyarakat akan tindakan pengobatan penyakit gangguan jiwa. Keputusan ini dapat berupa keputusan kolektif atau keputusan individu. Sehingga dalam penelitian ini ditentukan variabel sebagai berikut :

1. Persepsi masyarakat tentang tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa.
2. Pengetahuan masyarakat tentang tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa.

Adapun skema kerangka pikir penelitian adalah sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka Konsep

### G. Definisi Konsep

1. Persepsi keluarga penderita adalah cara pandang atau anggapan tentang tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa. Persepsi tersebut terdiri atas pengalaman, harapan dan motivasi.
2. Pengetahuan keluarga adalah pemahaman terhadap tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa. Hal ini dibagi atas pemahaman, analisis dan evaluasi.
3. Keputusan keluarga penderita adalah cara pengambilan keputusan seseorang secara personal akan tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa.
4. Keputusan masyarakat adalah cara pengambilan keputusan secara kolektif akan tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa.

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kualitatif, yang dilakukan dengan menggunakan metode wawancara mendalam. Metode ini dipilih berdasarkan alasan, *Pertama*, lebih mudah menyesuaikan dilapangan apabila berhadapan dengan kenyataan ganda; *Kedua*, metode ini menyajikan secara langsung hakikat peneliti dengan esponden, dan *Ketiga*, lebih peka dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh yang dihadapi (Moleong, 2000 dalam Mantra 2004).

#### B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Sidenreng Rappang, Propinsi Sulawesi Selatan pada 3 kecamatan yaitu Kecamatan Panca Rijang, Kecamatan Baranti dan Kecamatan Kulo. Pemilihan wilayah tersebut sebagai lokasi penelitian dilakukan secara sengaja (*purposive sampling*) yaitu lokasi kediaman penderita penyakit jiwa yang dipasung.

#### C. Informan

Pemilihan informan didasarkan pada pertimbangan orang yang dapat memberikan keterangan atau informasi mengenai masalah yang sedang diteliti dan dapat berperan sebagai narasumber selama proses penelitian.

Adapun informan penelitian ini terdiri dari dua kelompok, yaitu : *Pertama*, informan kunci, yaitu keluarga penderita gangguan jiwa dipasung di Kabupaten Sidenreng Rappang. *Kedua*, Informan ahli, yaitu tokoh masyarakat dan kader kesehatan pada lokasi penderita yang dipasung berdiam. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada hubungan antara variabel informasi dengan informasi sebagai berikut :

Tabel 3. Hubungan Variabel dan Informasi dengan Informan

No	Variabel	Informasi	Informan
1	Persepsi keluarga penderita terhadap tindakan pengobatan penyakit gangguan jiwa	- Pengalaman - Harapan - Motivasi	- Keluarga Penderita - Tokoh Masyarakat - Petugas Kesehatan
2	Pengetahuan keluarga penderita terhadap tindakan pengobatan penyakit gangguan jiwa	- Pemahaman	- Keluarga penderita - Tokoh masyarakat - Petugas kesehatan
3	Keputusan	- Keputusan keluarga penderita - Keputusan masyarakat	- Keluarga penderita - Tokoh masyarakat

#### D. Metode Pengumpulan data

##### 1. Data Primer

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan menggunakan pedoman wawancara, dan alat bantu penelitian lainnya seperti catatan lapangan, tape recorder, dan kamera.

Mekanisme penajaman informasi dilakukan dengan cara *snow-ball* (bola salju), yaitu teknik pelacakan informasi secara cross-check pada

beberapa informan lain untuk memperoleh informasi yang lebih banyak, fokus dan padat (agregat).

## **2. Data Sekunder**

Data sekunder diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sidenreng Rappang yang meliputi profil kesehatan tahun 2006.

## **E. Keabsahan Data**

Dalam rangka menjamin keabsahan data, maka penelitian ini menggunakan teknik triangulasi, yaitu pemanfaatan sesuatu fakta pendukung di luar data yang dikumpulkan dari informan untuk keperluan verifikasi, pengecekan atau sebagai pembandingan data penelitian.

Teknik triangulasi menurut Patton (1987 dalam Mantra, 2004) adalah membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara; membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dan apa yang dikatakan secara pribadi; membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dan apa yang dikatakan sepanjang waktu; membandingkan keadaan dan perspektif berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada, orang pemerintahan : serta membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Adapun triangulasi yang dilakukan dalam penelitian ini triangulasi sumber informasi, yaitu melakukan pelacakan informasi melalui informan

kunci pada keluarga penderita gangguan jiwa yang dipasung, dalam hal ini sebanyak 9 keluarga penderita. Selanjutnya pelacakan informasi dari informan kunci yaitu tokoh masyarakat sebanyak tiga orang untuk setiap kecamatan dan kader kesehatan sebanyak 1 orang petugas kesehatan untuk setiap kecamatan.

#### **F. Analisis dan Penyajian Data**

Untuk keperluan analisis data penelitian merujuk pada petunjuk yang dikemukakan Miles dan Huberman (1992), yaitu dilakukan melalui tiga jalur sebagai berikut :

1. Reduksi data, yaitu analisis yang merupakan proses pemilihan, pemusatan, penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang ditemukan di lapangan. Dengan kata lain, pada tahap ini dilakukan analisis untuk menggolongkan-golongkan, membuang data yang tidak perlu, mengarahkan dan mengorganisasikan data.
2. Verifikasi data, yaitu analisis yang merupakan proses kesimpulan, dan penilaian atau interpretasi peneliti terhadap fakta lapangan yang berupa data yang mengacu pada masalah dan tujuan penelitian.
3. Penyajian data, yaitu menyajikan data yang telah dianalisis pada alur pertama dan kemudian disajikan dalam bentuk teks naratif.

Secara sederhana dapat dikatakan bahwa, pengolahan data dilakukan secara manual dengan mengelompokkan hasil wawancara sesuai tujuan penelitian dan selanjutnya dilakukan analisis ini (*content analysis*) kemudian diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk narasi.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Kabupaten Sidenreng Rappang beribukota di Pangkajene Sidenreng terletak antara 3°43 – 4°09 lintang selatan dan 119°41 – 120°10 bujur timur, masing-masing berbatasan dengan Kabupaten Pinrang dan Kabupaten Enrekang di sebelah utara, Kabupaten Luwu dan Kabupaten Wajo di sebelah timur, Kabupaten Barru dan Kabupaten Soppeng di sebelah selatan, serta batas sebelah barat adalah masing-masing Kabupaten Pinrang dan Kota Pare-Pare.

Wilayah administratif Kabupaten Sidenreng Rappang dengan luas 1.883,25 km<sup>2</sup>, terbagi dalam 11 kecamatan dan 105 Desa/Kelurahan. Penduduk Kabupaten Sidenreng Rappang berdasarkan hasil registrasi penduduk tahun 2005 berjumlah 252.879 jiwa yang tersebar disepuluh kecamatan yang terdiri dari 122.792 orang berjenis kelamin laki-laki dan 130.387 orang yang berjenis kelamin perempuan.

Kecenderungan kejadian penyakit gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang adalah pada tahun 2006 terdapat 1105 kasus gangguan jiwa dengan distribusi pada tabel 1 berikut :

Tabel 1. Data Penderita Penyakit Gangguan Jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang, Tahun 2006

No	Gangguan Jiwa	Jumlah
1	Gangguan Psikotik	325
2	Gangguan Neurotik	402
3	Retardasi mental	20
4	Gangguan kesehatan jiwa bermula pada bayi, anak dan remaja	8
5	Penyakit jiwa lainnya	74
6	Epilepsi	276
Jumlah		1105

Lokasi penelitian yang dipilih oleh peneliti adalah tiga kecamatan yang terdapat kasus pemasungan. Data yang diperoleh pada tiga kecamatan di Kabupaten Sidenreng Rappang diperoleh gambaran yang disajikan pada tabel 2 berikut :

Tabel 2. Jumlah Penderita Gangguan Jiwa dan Penderita Yang Dipasung

No	Kecamatan	Jumlah Penderita Gangguan Jiwa	Jumlah Kasus Pemasungan
1	Panca Rijang	34	4
2	Baranti	16	1
3	Kulo	17	1

## B. Karakteristik Informan

Dalam pelacakan informasi tentang pencarian pengobatan oleh keluarga penderita gangguan jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang, peneliti menggunakan metode wawancara mendalam. Adapun informan

yang terpilih pada wawancara mendalam sebanyak 17 orang yaitu atas 6 orang informan kunci dan 11 orang informan ahli. Adapun karakteristik informan kunci disajikan pada tabel 3 berikut:

Tabel 3. Karakteristik Informan Kunci

No	Umur	Jenis Kelamin	
		Perempuan	Laki-laki
1	< 20	0	0
2	21 - 30	0	0
3	31 – 40	1	0
4	41 – 50	1	1
5	> 50	1	2
	Jumlah	3	3

Ditinjau dari usia informan, nampak bahwa usia informan bervariasi mulai dari 31 tahun hingga di atas 50 tahun dengan frekuensi terbesar berada pada usia di atas 50 tahun yang berjumlah 2 orang. Informan selanjutnya adalah informan ahli yang terdiri dari petugas kesehatan dan tokoh masyarakat dengan karakteristik yang disajikan pada tabel berikut :

Tabel 4. Karakteristik Informan Ahli

No	Umur	Jenis Kelamin	
		Perempuan	Laki-laki
1	< 20	0	0
2	21 - 30	0	1
3	31 – 40	3	2
4	41 – 50	1	1
5	> 50	2	1
	Jumlah	6	5

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa pada umumnya informan ahli berusia antara 31 – 40 tahun yaitu berjumlah 3 orang, sedangkan

informan lainnya berada pada usia 20 tahun hingga di atas 50 tahun, dimana masing-masing berjumlah 1 orang.

### **C. Persepsi Keluarga Penderita Yang Dipasung Terhadap Tindakan Pengendalian Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Sidenreng Rappang**

Perilaku kesehatan yang merupakan aktivitas atau kegiatan seseorang yang berkaitan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Salah satu bagian dari perilaku pemeliharaan kesehatan adalah tindakan mencari penyembuhan. Perilaku kesehatan dipengaruhi oleh persepsinya terhadap cara-cara pengendalian penyakit.

Persepsi keluarga penderita tentang pengendalian penderita gangguan jiwa pada umumnya adalah sama yaitu bahwa pencarian pengobatan harus dilakukan. Hal ini terungkap pada hasil wawancara sebagai berikut :

“Setelah sakit yang berawal dari jatuhnya dari pohon kelapa 14 tahun yang lalu, saat itu langsung dimasukkan ke rumah sakit umum, dirawat selama 2 bulan, selama itu Herman (penderita) tidak pernah normal” (Ps, 12 Mei 2008).

“Pengalaman kami sangat banyak karena ada 3 putri kami yang menderita sakit jiwa. Rasida (penderita) putri kami yang pertama-tama sakit kami lakukan pemasungan setelah berobat di Rumah Sakit Jiwa” (Mdr, 12 Mei 2008).

“Awal mula anak kami La Bolong (penderita) sakit sekembalinya dari merantau, keadaannya sudah tidak stabil, selang beberapa hari saya membawanya ke Rumah Sakit Jiwa untuk diperiksa keadaannya” (Hlm, 15 Mei 2008).

“Pertama kali Syamsul (penderita) kena penyakit gangguan jiwa maka dimasukkan ke rumah sakit jiwa” (Mah, 24 Mei 2008).

Perilaku kesehatan yang ditunjukkan oleh keluarga penderita cukup baik yaitu adanya upaya untuk mencari penyembuhan dengan mengunjungi pelayanan kesehatan atau rumah sakit jiwa. Persepsi ini dipengaruhi oleh harapan untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku tersebut merupakan perilaku pencarian pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini mencakup tindakan-tindakan yang diambil seseorang atau anaknya bila sakit atau terkena masalah kesehatan untuk memperoleh kesembuhan atau terlepas dari masalah kesehatan yang dideritanya. Tempat pencarian kesembuhan ini adalah tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan, baik fasilitas atau pelayanan kesehatan tradisional (dukun, sinthe, paranormal), maupun pengobatan modern atau profesional (rumah sakit, puskesmas, poliklinik, dan sebagainya).

Gambaran persepsi keluarga penderita tentang pengobatan di rumah sakit jiwa dianggap kurang berhasil. Hal ini terungkap pada hasil wawancara berikut :

“Selang beberapa minggu keadaannya sudah mulai baik kami keluarkan dari RS, begitu keluar dari RS penyakitnya kambuh lagi dia mengamuk, bahkan salah seorang keluarga kami ditikam dan sempat diopname selama 1 bulan akibat tikaman“ (Hlm, 15 Mei 2008).

“walaupun sebenarnya sudah kami masukkan ke rumah sakit jiwa akan tetapi setelah keluar, penyakitnya kambuh lagi” (Sur, 13 Mei 2008).

Awalnya informan menganggap bahwa pengendalian melalui pengobatan di rumah sakit jiwa adalah tepat yaitu penderita memperoleh kesembuhan sehingga penderita dikeluarkan. Namun beberapa waktu

kemudian, penderita mengalami kekambuhan sehingga terjadi perubahan persepsi untuk melakukan pemasangan. Hal ini terungkap pada hasil wawancara berikut :

“Namun pada saat kambuh lagi maka tindakan pemasangan yang kami lakukan” (Mdr, 12 Mei 2008).

”Namun lama-kelamaan penyakit ibu kambuh lagi dan tidak bisa dikendalikan lagi akhirnya kami pasang dan sampai sekarang sudah 3 kali alat pasungnya diganti” (Sb, 24 Mei 2008).

“Penderita sudah kami masukkan ke rumah sakit jiwa akan tetapi setelah keluar, penyakitnya kambuh lagi” (Sur, 13 Mei 2008).

Pengendalian di rumah sakit jiwa dianggap kurang berhasil karena penderita mengalami kekambuhan kembali. Penyakit jiwa yang diidap oleh penderita merupakan penyakit jiwa dengan gangguan psikotik yaitu hilangnya perasaan afektif atau respons emosional dan menarik diri dari hubungan antar pribadi normal. Sering kali diikuti dengan delusi (keyakinan yang salah) dan halusinasi (persepsi tanpa ada rangsang pancaindra). Gangguan psikotik tersebut disebut dengan skizofrenia atau di masyarakat disebut dengan ‘penyakit gila’.

Skizofrenia sebenarnya dapat sembuh jika ditangani dengan cepat dan benar, kemungkinan besar penderita hanya akan mengalami satu kali serangan kemudian membaik selamanya. Namun jika memutuskan pengobatan tanpa konsultasi karena merasa kondisinya membaik, penderita bisa kambuh kembali beberapa minggu, bulan atau tahun kemudian. Sedang penderita yang terlambat dibawa ke dokter, seringkali tak menunjukkan perbaikan yang berarti setelah diobati.

Penderita skizofrenia dapat diobati, baik dengan obat antipsikotika golongan pertama (APO-I) maupun antipsikotika golongan kedua (APO-U). Walau penderita sudah kelihatan sembuh, terapi dan mengonsumsi obat dengan dosis kecil masih diperlukan. Tergantung jenis dan berat atau ringannya gejala. Bila serangan pertama kali terjadi (episode pertama), pengobatan berlangsung paling sedikit 2 tahun. Untuk episode kedua, bisa 3 sampai 5 tahun. Bila sudah memasuki episode ke-3, pengobatan tidak terhingga, bertahun-tahun.

Gejala kekambuhan biasanya muncul jika penderita berhenti meminum obat tanpa saran dokter. Kemudian, penderita tidak tahan terhadap tekanan dari keluarga, lingkungan maupun diri sendiri, lalu skizofrenia menjadi kambuh. Dan jika kekambuhan terjadi, maka pengobatan dari awal lagi, dan lama pengobatan dihitung dari mulai kambuh.

Informan pada umumnya tidak memahami cara pengobatan penyakit jiwa yang benar, akibatnya penderita tidak menerima terapi yang sesuai yaitu pada saat sembuh atau pulang ke rumah penderita harus tetap mengonsumsi obat. Persepsi masyarakat tersebut menunjukkan kurangnya komunikasi antara petugas kesehatan dengan keluarga penderita. Komunikasi dengan keluarga penderita hendaknya mencakup informasi yang berkaitan dengan kondisi kesehatan penderita, metode perawatan, serta resiko yang mungkin timbul jika terapi atau pengobatan dihentikan.

Dengan komunikasi yang minim tersebut, maka penderita mengalami kekambuhan sehingga keluarga menganggap bahwa pengobatan dirumah sakit jiwa tidak berhasil. Sehingga keluarga melakukan tindakan pengendalian lain dan bahkan tindakan yang sesuai dengan hak asasi manusia yaitu memasungnya atau membatasi gerak penderita dengan merantai atau memasukkan dalam bilik yang terkunci.

Upaya pengendalian penderita dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya dengan memasung atau mengikat penderita dengan balok kayu sebagaimana terurai dalam hasil wawancara berikut :

"Pada saat itu kami memasungnya dengan menggunakan jenis kayu radda, yang menurut pendapat nenek-nenek kami terdahulu itu adalah obat. Alat pemasung tersebut kami pasang kepada seorang tukang kayu yang ada dikampung kami yang pada saat itu kami bayar sebanyak Rp. 50.000.-. Harman dipasung di belakang rumah kami dan dibuatkan rumah-rumah kecil kurang lebih 9 bulan lamanya" (Ps, 12 Mei 2008).

"Alat pasung tersebut dibuat oleh Bapak bersama dengan nenek. Alat tersebut dibuat dari kayu radda yang menurut kata orang arti kayu radda adalah agar supaya orang gila tersebut teredam emosinya" (Mah, 24 Mei 2008).

Persepsi masyarakat tentang pemasungan dengan menggunakan balok kayu adalah sebagai pengobatan. Dimana kayu radda dipercaya dapat menenangkan emosi penderita. Nama kayu radda secara etimologis dalam bahasa Bugis memiliki pengertian tenang sehingga mempengaruhi keyakinan masyarakat kabupaten Sidenreng Rappang. Keluarga penderita tetap memegang kepercayaan tradisional mereka dan menganggap bahwa cara tersebut lebih baik dari pengobatan lainnya.

Disisi lain, keluarga penderita juga melakukan cara pengendalian lain seperti pembilikan atau kaki dan tangan penderita dirantai sebagaimana hasil wawancara berikut:

"Kemudian anak kami yang sakit yang kedua adalah Amarah (penderita), ini tak pernah kami lakukan pemasungan karena kami tak tega lagi melihat bila di pasung karena pergerakan mereka sangat terbatas sehingga hanya pembilikanlah yang kami lakukan kepadanya. Kami pakai kamar khusus yang dislop dari luar, inilah yang kami lakukan selama kurang lebih 20 tahun lamanya" (Mdr, 12 Mei 2008).

"Setelah 9 bulan lamanya dipasung kami melepas pasungannya diganti dengan rante dan dipindahkan di kolom rumah diatas bale-bale dan sampai sekarang sudah 5 bale-bale digunakan karena sering dihancurkan, begitu pula peralatan makannya, seperti piring, gelas sering dihancurkan" (Ps, 12 Mei 2008).

"Pada saat dipasung tidak terlalu memperlihatkan sikap pemberontakan sehingga lama kelamaan akhirnya pemasungnya kami lepaskan dan kami ganti dengan menggunakan rante mengingan pergerakan dengan rante cukup leluasa. Pemasungan dan perantain kami lakukan didalam rumah kami disalah satu bilik yang diberikan secara khusus" (Sur,13 Mei 2008).

Keluarga penderita serta lingkungan melakukan diskrimanasi dan perlakuan buruk terhadap penderita. Sebagian besar penderita ditempatkan pada ruang di bawah rumah panggung atau di belakang rumah. Hal tersebut terurai pada kutipan berikut :

"Herman dipasung dibelakang rumah kami dan dibuatkan rumah-rumah kecil kurang lebih 9 bulan lamanya, perasaan kami pada saat itu tak pernah tenang memikirkan nasib anak kami karena bila hujan pasti dia merasa kedinginan, kalau panas pasti merasa kepanasan itulah yang ada dibenak kami, malah kadang-kadang pengalaman-pengalaman dalam mengurus Harman pada saat dipasung cukup juga merepotkan, sering BABnya diotak atik ditempatnya sehingga kami sekeluarga merasa pekerjaan ini merupakan pekerjaan rutin. Setelah 9 bulan lamanya dipasung kami melepas pasungannya diganti dengan rante dan dipindahkan di kolom rumah diatas bale-bale dan sampai sekarang sudah 5 bale-bale digunakan karena sering dihancurkan, begitu pula peralatan makannya, seperti piring, gelas sering dihancurkan" (Ps, 12 Mei 2008).

“Kami pakai kamar khusus yang dislop dari luar, inilah yang kami lakukan selama kurang lebih 20 tahun” (Mdr, 12 Mei 2008).

Tindakan pengendalian penyakit jiwa dengan cara dipasung atau dirantai merupakan suatu tindakan yang semakin memperburuk kondisi kejiwaan penderita, dimana pengalaman dipasung merupakan situasi yang menegangkan dan tidak menyenangkan bagi penderita, sehingga akan menyebabkan kekambuhan kembali. Selain itu perasaan dikucilkan akan semakin memperburuk kondisi penderita.

Pengendalian yang tepat adalah memberikan pengobatan serta perhatian, pengertian, dukungan, cinta dan kasih sayang. Perhatian dan kasih sayang tulus keluarga dan orang-orang terdekatnya akan sangat membantu proses pemulihan kondisi jiwanya. Namun keluarga penderita pada umumnya juga dipengaruhi oleh persepsi lingkungan atau masyarakat sekitar. Sebagaimana jawaban hasil wawancara dengan beberapa tokoh masyarakat sebagai berikut :

“Kami setuju dengan adanya pemasangan karena khawatir ada hal-hal yang tidak diinginkan” (Mgw, 16 Mei 2008).

“Untuk mengurangi beban kerja keluarganya dan menghindari omongan yang tidak enak dari masyarakat” (Mad, 12 Mei 2008).

“Itulah jalan untuk mengamankan si penderita yang selalu mengamuk dan jalan terus” (Hrm, 22 Mei 2008).

“Merasa senang karena tidak merepotkan keluarga dan orang lain” (Mkh, 12 Mei 2008).

Gambaran tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat persepsi yang keliru dalam upaya pengendalian penyakit gangguan jiwa. Persepsi ini juga dipengaruhi dengan sulitnya memperoleh pelayanan pengobatan

penyakit jiwa atau alternatif pengobatan lainnya seperti yang diuraikan sebagai berikut :

“Dengan memasung Herman, tidak lagi pergi jauh atau susah untuk mencari pengobatan lain“ (Ps, 12 Mei 2008).

“Berobat ke dokter sebenarnya itu yang cukup bagus namun untuk putri kami sekarang tidak ada yang mengurusnya sedangkan untuk pengobatan alternatif lain hanya Rukhyah yang pernah kami coba dan kami beranggapan itu ada kebaikannya dan kami melihat Am setelah dilakukan Rukhyah Alhamdulillah ada sedikit perubahan tingkah laku” (Mdr, 12 Mei 2008).

Apabila ditelusuri lebih jauh, sesungguhnya informan melakukan tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa dengan dipasung didasarkan pada keyakinan bahwa pengobatan di pelayanan kesehatan kurang berhasil. Sehingga informan melakukan pemasungan, pembilikan atau perantain pada kaki tangan penderita. Dengan pengalaman akan tingkat keberhasilan yang minim serta sulitnya memperoleh akses pelayanan kesehatan jiwa, menyebabkan informan berupaya mencari alternatif pengobatan lain.

Persepsi masyarakat tentang pengendalian penyakit gangguan jiwa terkait dengan konsep sehat dan sakit dimana pengendalian dilakukan untuk mencapai kesembuhan penderita. Hal ini terungkap pada hasil wawancara sebagai berikut :

“Harapan kami adalah agar Rasida dan Amarah bila pemasungan merupakan suatu obat tentunya kami berharap agar dia sembuh” (Mdr, 12 Mei 2008).

“Dalam melakukan tindakan pemasungan ini menggunakan kayu Radda dengan harapan dia bisa sembuh dan tidak lagi pergi mengganggu orang lain“ (Hlm, 15 Mei 2008).

Pada konteks inilah maka komunikasi kesehatan dibutuhkan secara sistematis untuk mempengaruhi persepsi masyarakat tentang pengendalian penyakit gangguan jiwa. Peran petugas kesehatan untuk memberikan pemahaman akan pelayanan penyakit gangguan jiwa dapat mencapai perbaikan kesehatan jiwa serta upaya peningkatan kesehatan masyarakat.

#### **D. Pengetahuan Keluarga Penderita Yang Dipasung Terhadap Tindakan Pengendalian Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Sidenreng Rappang.**

Penelusuran informasi untuk menjaring pengetahuan informan tentang tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa memberikan gambaran bahwa informan memiliki pengetahuan bahwa penderita gangguan jiwa harus disembuhkan. Namun cara yang dipilih adalah pemasungan berdasarkan pengetahuan yang diperolehnya dari lingkungan. Hal ini tergambar pada hasil wawancara sebagai berikut :

“Sejak kecil aku mengetahui bahwa orang yang gila seharusnya dipasung, agar supaya sembuh dan metode yang kami ketahui yaitu memasukkan ke dalam balok yang dilobangi yang terbuat dari kayu radda” (Ps, 12 Mei 2008).

“Hanya mendengar informasi dari orang bahwa katanya pemasungan adalah obat, metode yang diketahui yaitu balok dari kayu radda yang dilobangi” (Mah, 24 Mei 2008).

“Pemasungan merupakan tindakan yang tindakan pengendalian. Karena disamping pengamanan katanya juga sebagai obat” (Hrm, 22 Mei 2008).

Beberapa informan juga mengetahui cara pengobatan lain seperti pengobatan pada rumah sakit jiwa seperti yang dipaparkan informan sebagai berikut :

“Menurut pendapat kami pengobatan diluar pemasangan sebenarnya cukup bagus, seperti berobat ke Rumah Sakit Jiwa tetapi kami tidak lakukan hal itu karena tak sanggup mengurus pada saat itu karena anak-anak kami masih kecil dan faktor lain adalah masalah biaya pengobatan dan kami juga selalau khawatir kalau dimasukkan kerumah sakit nanti dcederai oleh orang lain” (Ps, 12 Mei 2008).

Pengetahuan informan akan upaya tindakan pengendalian penyakit gangguan jiwa dipengaruhi oleh indra pendengarannya. Informasi yang diperolehnya dari orang lain baik itu dari orang tua, tetangga maupun tokoh masyarakat memberikan pemahaman akan salah satu metode pengendalian . Hal tersebut terurai pada hasil wawancara sebagai berikut :

“Pemahaman tentang pemasangan kami hanya mendengarkan orang-orang di sekitar kami bahwa pemasangan itu adalah obat bila kayu jenis yang digunakan adalah kayu Radda” (Mdr, 12 Mei 2008).

Gambaran menarik diperoleh bahwa tingkat pengetahuan informan tentang pengendalian penyakit sangat minim. Pengetahuan masyarakat hanya sebatas tahu dan tidak mencapai tingkat analisis. Informan mengetahui bahwa pemasangan adalah salah satu cara pengendalian namun hingga saat ini keberhasilan pengobatan belum diperolehnya. Hal ini tergambar dari hasil wawancara sebagai berikut :

“Tidak pernah aku lihat ada yang sebuah termasuk tetangga kami sudah puluhan tahun dipasung terus tidak sembuh-sembuh juga” (Mah, 24 Mei 2008).

“Kalau mengganggu pasung saja, biaya rumah sakit mahal” (Has, 14 Mei 2008)

“Tidak ada yang kami lihat sembuh, alasan memilih pemasangan karena mudah dan praktis ” (Sb, 24 Mei 2008).

Minimnya pengetahuan masyarakat tentang pengendalian penderita gangguan jiwa juga diungkapkan oleh beberapa informasi dari tokoh masyarakat yang tergambar pada hasil wawancara sebagai berikut :  
“Keluarga penderita melakukan pemasangan karena dianggap : bagus dan aman” (Am, 22 Mei 2008).

“Keluarga penderita mengerti bahwa pemasangan tidak boleh tapi apa boleh buat demi keamanan lingkungan” (SI, 22 Mei 2008)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tindakan pemasangan dilakukan adalah bagian dari tindakan trial and error atau hanya coba-coba tanpa dukungan ilmu pengetahuan yang memadai sehingga kesembuhan tidak tercapai. Hal ini sesuai dengan uraian Ngatimin (2005) bahwa : “derajat kesehatan masyarakat dan berbagai tindakan untuk sehat sangat tergantung pada tingkat teknologi yang dimiliki dan diamalkan dalam budaya itu“.

Perilaku yang ditunjukkan dengan memasung atau mengikat penderita bukan karena berdasarkan pengalaman atau empirical behavior. Hal ini menunjukkan bahwa promosi kesehatan masih belum mampu untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dan bahkan perilaku sehatnya. Ngatimin (2005) mengungkapkan bahwa : “keberhasilan penyuluhan kesehatan sebagai bagian kegiatan promosi kesehatan diharapkan tidak ada lagi *'trial and error'* untuk mencapai empirical behavior. Melalui proses penyuluhan kesehatan, masyarakat dibawa untuk memanfaatkan theoretical behavior atau perilaku berobat menuju

sehat melalui pemahaman akan hidup sehat yang didasari dengan ilmu pengetahuan“.

#### **E. Keputusan Keluarga Penderita Yang Dipasung Terhadap Tindakan Pengendalian Penderita Gangguan Jiwa Di Kabupaten Sidenreng Rappang**

Pengambilan keputusan pengendalian penderita ditentukan oleh peran keluarga dan tokoh masyarakat. Sebagian besar informan mengambil keputusan untuk melakukan pengendalian berdasarkan persepsinya. Hal ini tergambar pada hasil wawancara sebagai berikut :

“Pemasungan tersebut bukan keputusan peribadi akan tetapi keputusan dengan semua keluarga dan masyarakat sekitar rumah” (Sur, 13 Mei 2008).

“Pemasungan kami lakukan karena anjuran dari keluarga dan masyarakat disekitar kami. Mereka membantu mencarikan alat pasung dan diantara mereka ada yang membawa alat pasung dan bergotong-royong membantu memasukkan putri kami ke alat yang sudah tersedia” (Mdr, 12 Mei 2008).

“Bukan keputusan pribadi, kami sekeluarga sepakat untuk memasungnya. Alasan memilih pemasungan karena tinggal bapak saja yang serumah dengan ibu karena anak-anaknya sudah berkeluarga” (Sb, 24 Mei 2008).

Pengambilan keputusan pengendalian penyakit gangguan jiwa pada umumnya merupakan keputusan sosial atau masyarakat serta keluarga berperan dalam hal tersebut. Pengambilan keputusan tersebut juga berdasarkan dengan dukungan moril keluarga dan masyarakat, dalam pembuatan alat pasung tersebut sebagaimana kutipan berikut :

“Kami bersama-sama dengan tetangga lainnya membuatkan pasungan yang dibuat dari kayu radda” (Ham, 15 Mei 2008).

“Mereka membantu mencarikan alat pasung dan diantara mereka ada yang membawa alat pasung dan bergotong-royong membantu memasukkan putri kami ke alat yang sudah tersedia” (Mdr, 12 Mei 2008).

Namun ada juga informan yang melakukan tindakan pengendalian dengan berdasarkan keputusannya sendiri, sebagaimana kutipan berikut :

“Pemasungan kami lakukan atas keputusan kami sendiri karena aku sangat menentukan di lingkungan keluargaku dan alasan memilih pemasungan karena dengan cara tersebut merupakan cara pengobatan orang gila. Peran orang lain hanya sekedar menganjurkan supaya Herman berobat ke dokter bahkan ada yang menganjurkan supaya dimasukkan ke rumah sakit jiwa. Semuanya itu aku anggap tidak membantu karena kalau dikasih masuk kerumah sakit membutuhkan biaya banyak” (Ps, 12 Mei 2008).

Gambaran keputusan yang dipilih dalam pengendalian penderita gangguan jiwa menunjukkan tindakan *self medication* atau pengobatan sendiri dan bahkan ada keluarga yang memutuskan untuk menghentikan pengobatan dan hanya mengendalikannya dengan merantai.

Peran lingkungan terhadap pengambilan keputusan keluarga penderita untuk membawa penderita ke rumah sakit jiwa relatif kecil dan tidak dapat mempengaruhi keputusan keluarga sebagaimana gambaran hasil wawancara berikut:

“Peran dalam mempengaruhi keluarga penderita yang mengambil keputusan dalam memasung penderita jiwa tidak lebih sebagai tetangga dalam kehidupan sehari-hari dan sekedar saran sebagai atasan” (Sjg, 24 Mei 2008).

“Kami pernah menyarankan kepada keluarga penderita agar membawa ke rumah sakit jiwa, tapi katanya biayanya mahal” (Am, 22 Mei 2008).

“Yang pernah saya lakukan menyarankan agar supaya anaknya dimasukkan kerumah sakit jiwa, tapi sepertinya tidak ditanggapi” (Pa, 12 Mei 2008).

Proses pengendalian penderita oleh keluarga pada umumnya sesuai dengan proses pencarian pengobatan. Hal ini sesuai dengan uraian Menurut Suchman dalam Sarwono, (1997) bahwa : terdapat lima macam reaksi dalam proses mencari pengobatan, yaitu : *Pertama*, shopping yaitu proses mencari alternatif sumber pengobatan guna menemukan seseorang yang dapat memberikan diagnosa dan pengobatan sesuai dengan harapan si sakit. *Kedua*, pragmentation yaitu proses pengobatan oleh beberapa fasilitas kesehatan pada lokasi yang sama, contohnya berobat ke dokter, sekaligus ke sinse atau dukun. *Ketiga*, procrastination yaitu proses penundaan pencarian pengobatan meskipun gejala penyakitnya sudah dirasakan. *Keempat*, self medication yaitu pengobatan sendiri dengan menggunakan berbagai ramuan atau obat-obatan yang dinilai tepat baginya. Dan *kelima*, discontinuity yaitu penghentian proses pengobatan.

Peran petugas kesehatan dalam pengambilan keputusan belum nampak. Walaupun tindakan penyuluhan telah dilakukan oleh petugas kesehatan sebagaimana kutipan berikut :

“Kami membantu keluarga penderita dengan jalan melapor kepada ketua RBM dan mengarahkan pada ketua RGA penderita supaya penderita dibawah kerumah sakit jiwa untuk berobat secara gratis” (Srs, 16 Mei 2008).

Hasil observasi pada puskesmas menunjukkan bahwa pelayanan penyakit gangguan jiwa diberikan secara rawat jalan dengan menyediakan obat ringan. Namun pelayanan tersebut tidak layak bagi penderita yang mengalami penyakit jiwa yang kronis sehingga dirujuk ke rumah sakit jiwa.

Namun komunikasi kesehatan belum optimal sehingga pesan yang disampaikan kurang efektif dalam mempengaruhi perilaku masyarakat. Sebagaimana uraian Notoatmodjo (2005) bahwa : Hal-hal yang mempengaruhi perilaku adalah : 1) pemikiran dan perasaan (*thoughts* dan *feeling*); 2) Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personal references*); 3) Sumber daya (*resources*) yang tersedia : 4 ) Sosial budaya (*culture*) setempat.

Dalam upaya promosi kesehatan yang berkaitan dengan pengendalian penderita gangguan jiwa, petugas kesehatan sebagai sumber daya promosi hanya merupakan bagian kecil yang dapat mempengaruhi perilaku. Pengaruh kuat yang diperoleh masyarakat adalah sosial budaya setempat serta pribadi yang dipercayainya. Hal ini sesuai dengan uraian Cotin dalam Ngatimin (2005) bahwa : "*cultures appears to play independent role in health status*".

#### **F. Solusi Promosi Kesehatan dalam Tindakan Pengendalian Penderita Gangguan Jiwa di Kabupaten Sidenreng Rappang.**

Promosi kesehatan untuk mengubah perilaku masyarakat dalam pengendalian penderita gangguan jiwa perlu dilakukan. Promosi kesehatan adalah promosi bagi masyarakat sehat dalam bentuk pelayanan preventif dan promotif serta promosi bagi masyarakat yang sakit yaitu pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Bagi penderita gangguan jiwa, promosi kesehatan mengarah pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif.

Pelayanan kuratif bagi penderita gangguan jiwa dilakukan dengan upaya peningkatan kesadaran keluarga untuk mencegah peningkatan keparahan penyakit. Sedang pelayanan rehabilitatif dilakukan agar penderita penyakit gangguan jiwa tidak lagi mengalami kekambuhan.

Selanjutnya faktor-faktor yang terkait dengan pendekatan upaya promotif juga harus diperhatikan sebagaimana uraian Ngatimin, 2005 bahwa faktor perilaku kesehatan adalah selalu menekankan adanya keseimbangan antara *agent – host – environment* dengan berdasarkan pada dua konsep yaitu konsep dasar hidup sehat melalui teknologi hulu dan hilir. Dalam kasus penyakit gangguan jiwa agent atau penyebab penyakit merupakan faktor psikis yang menekan mental penderita sehingga dapat memperburuk kondisi kejiwaannya. Host adalah penderita atau pribadinya dan environment adalah lingkungan serta orang disekitar penderita.

Upaya promotif dalam rangka pengendalian penyakit gangguan jiwa hendaknya ditekankan pada tiga aspek yang perlu diseimbangkan. Host atau penyebab penyakit atau tekanan psikis harus dipahami terlebih dahulu sehingga upaya minimalisasi pengaruh dapat dilakukan. Sebagai gambaran bahwa perlakuan diskrimanatif pada penderita justru menambah stressor psikososialnya dan membuat penderita semakin kronik dan sulit disembuhkan.

Host dalam penyakit gangguan kejiwaan merupakan mental penderita dapat diseimbangkan dengan memberikan perhatian dan

dukungan moral. Sedang keseimbangan environment hendaknya tercipta dengan dukungan lingkungan seperti keluarga dan masyarakat sekitar. Untuk itu promosi kesehatan bagi pengendalian penderita gangguan jiwa diarahkan pada keluarga dan masyarakat.

Berbagai strategi promosi kesehatan yang dapat dilakukan adalah dengan advokasi, empowerment dan social support. Advokasi merupakan usaha sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan dalam kebijakan publik secara bertahap dan maju (*incremental*). Seperti kita ketahui bahwa pola pikir informan masih diliputi pemahaman bahwa pengobatan medis atau rumah sakit jiwa dianggap tidak berhasil sehingga keluarga mencari metode pengobatan lain atau bahkan menghentikan pengobatan. Akibatnya penderita tidak mengalami kesembuhan serta menjadi beban keluarga. Konsekwensi ini melahirkan persoalan bagi masyarakat sekitar dan mempertahankan kepercayaan bahwa penyakit gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan.

Sebagai proses advokasi, maka upaya promosi kesehatan yang dapat dilakukan adalah :

- Melakukan lobi dengan pemerintah Kabupaten Sidenreg Rappang untuk meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas baik berupa penyediaan tenaga kesehatan jiwa maupun penyediaan obat bagi penderita gangguan jiwa. Obat yang harus tersedia di puskesmas tidak mencakup pengobatan penyakit jiwa.

Sehingga kepercayaan keluarga penderita terhadap pelayanan kesehatan dasar cenderung kurang.

- Melakukan pembentukan pendapat umum pada komponen masyarakat akan metode penanggulangan penderita gangguan jiwa baik dalam taraf ringan maupun bagi penderita gangguan jiwa yang mengarah pada kegilaan. Pendapat umum yang harus ditumbuhkan adalah bahwa gangguan jiwa harus dikenali gejalanya. Pengobatan penyakit gangguan jiwa dalam taraf ringan seperti stress harus dilakukan untuk mencegah terjadinya peningkatan gangguan jiwa.

Empowerment adalah suatu usaha penggerakan masyarakat secara partisipatif untuk menilai, dan menyelesaikan masalahnya mereka sendiri. Dalam penanggulangan penyakit jiwa, keterlibatan masyarakat secara aktif dapat dicapai melalui pemberian pemahaman pada pemuka /tokoh masyarakat akan pentingnya pengobatan dan dukungan lingkungan bagi penderita. Upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan mendidik pemuka masyarakat (misalnya kepala desa, guru dan lain-lain) dan pekerja kemanusiaan lainnya tentang keterampilan pelayanan psikologis yang dasar (misalnya cara memberi support emosional, memberi informasi, peneguhan yang simpatik, dan pengenalan masalah kesehatan jiwa yang mendasar) untuk menimbulkan kesadaran dan support masyarakat serta untuk merujuk individu ke Puskesmas/RSU bila diperlukan.

Social support adalah suatu upaya dukungan sosial bagi tercapainya perilaku atau keadaan yang diharapkan. Dukungan sosial sangat bermanfaat bagi penyembuhan penyakit jiwa. Masyarakat hendaknya memahami bahwa penderita gangguan jiwa harus diperlakukan secara manusiawi, sehingga jika terdapat penderita yang sulit dikendalikan emosionalnya seharusnya dirawat di rumah sakit jiwa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Budiarso, dkk., 1980, ***Survey Kesehatan Rumah Tangga***. Depkes R.I, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2003, ***Pedoman Kesehatan Jiwa (Pegangan Bagi Kader Kesehatan)***. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2004, ***Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Dasar di Puskesmas***, Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan, Direktorat Jendral Pelayanan Medik, 2004, ***Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut (Psikogeriatik) Di Puskesmas***, Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Departemen Kesehatan, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2004, ***Pedoman Penanggulangan Masalah Psikososial***. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Depkes RI, 2006, ***Deteksi Dini Jiwa***. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- FKUI, 2006, ***Membangun Kesadaran Baru Tentang Kesehatan Jiwa***, [Http://www.suarakarya.com](http://www.suarakarya.com)
- Idris, F., 2004, ***Manajemen Public Private Mix Penanggulangan Tb Strategi DOTS Dokter Praktek Swasta***, PB IDI, Jakarta.
- Jangan Biarkan Keluarga Anda Sakit Jiwa***, [Http://www.KeluargaSehat.com](http://www.KeluargaSehat.com)
- Mantra, Idabagus, 2004, ***Filsafat Penelitian dan Metode Penelitian Sosial***, Pustaka Pelajar Offset, Jogyakarta.
- Maramis, W.E, ***Ilmu Kedokteran Jiwa***, Airlangga, 1990
- Muzaham, Fauzi (editor), 1995, ***Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan***, Universitas Indonesia Press, Jakarta.
- Naidoo dan Wills, 2000, ***Health Promotion***, Bailliere Tindall, London

- Ngatimin, Rusli, 2005, ***Ilmu Perilaku Kesehatan***, Yayasan PK-3, Makassar
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2003, ***Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar***, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005, ***Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*** Rineka Cipta, Jakarta.
- Pdpersi, 2007, ***Perawatan Berbasis Komunitas Bisa Menekan Gangguan Jiwa***. [Http://www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)
- Penderita Gangguan Jiwa Terus Meningkat***, Kompas 3 Juli 2006, [Http://www.compas.com](http://www.compas.com)
- Penyakit Jiwa Mengintai Siapa Saja***, Kompas 1 Maret 2005, [Http://www.compas.com](http://www.compas.com)
- Saleh, Rahmayulis, ***20% Penduduk Indonesia Menderita Gangguan Jiwa***. [Http://www.bisnis.com](http://www.bisnis.com)
- Sarwono, Solita, 1997, ***Sosiologi Kesehatan : Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya***, Gajamada University Press, Jogjakarta
- Susanto, Tantut, 2007, ***Struktur Sosial, Dukungan Sosial dan Penyakit Kronis***, [Http://www.susanto\\_unej@yahoo.com](http://www.susanto_unej@yahoo.com).
- Tinggi, Penderita Gangguan Jiwa***, Pikiran Rakyat 9 Nopember 2005, [Http://www.pikiranrakyat.com](http://www.pikiranrakyat.com)

Lampiran 1

## **PEDOMAN WAWANCARA PADA KELUARGA PENDERITA**

Nama informan :  
Umur :  
Status Informan :  
Alamat :  
Tgl Wawancara :  
Pewawancara :  
Durasi Wawancara :

Variabel Persepsi :

1. Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam melakukan tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa ? (Gali lebih dalam cara pengendalian serta intensitasnya )
2. Bagaimana harapan bapak/ibu dalam melakukan tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa ? (Gali lebih dalam tentang alasan dan seberapa jauh harapannya )
3. Bagaimana motivasi bapak/ibu dalam melakukan tindakan pengendalian penderita gangguan jiwa ? (Gali lebih dalam tentang tindakan yang akan dilakukan dengan motivasi tersebut)

Variabel Pengetahuan

1. Bagaimana pemahaman bapak/ibu dalam melakukan tindak pengendalian penderita penyakit gangguan jiwa ? (Gali lebih dalam tentang metode yang dikenalnya)

2. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang tindakan pengendalian penderita penyakit gangguan jiwa yang lain ? (selain tindakan pemasungan?)
3. Bagaimana pendapat bapak/ibu tentang tindakan pengendalian penderita penyakit gangguan jiwa yang pernah dilakukan ? (Gali lebih dalam tentang alasan memilih pemasungan?)

#### Variabel keputusan

1. Apakah keputusan pemasungan merupakan keputusan pribadi ? (Gali lebih dalam tentang alasan memilih keputusan tersebut).
2. Bagaimana peran orang-orang disekitar bapak/ibu dalam mengambil keputusan untuk memasung penderita penyakit gangguan jiwa ? (Gali lebih dalam sejauh mana peran orang lain)

Lampiran 2

## **PEDOMAN WAWANCARA PADA TOKOH MASYARAKAT DAN KADER KESEHATAN**

Nama informan :  
Umur :  
Status Informan :  
Alamat :  
Tgl Wawancara :  
Pewawancara :  
Durasi Wawancara :

### **Variabel Persepsi :**

Bagaimana pendapat anda tentang persepsi keluarga penderita yang melakukan pemasangan ? (Gali lebih dalam tentang tindakan yang pernah dilakukan dalam mempengaruhi persepsi tersebut ).

### **Variabel Pengetahuan**

Bagaimana pendapat anda tentang pengetahuan keluarga penderita yang melakukan pemasangan ? (Gali lebih dalam tentang tindakan yang pernah dilakukan dalam memberi pengetahuan akan tindakan pengobatan penyakit gangguan jiwa).

### **Variabel keputusan**

Bagaimana peran anda dalam mempengaruhi keluarga penderita untuk mengambil keputusan dalam mengobati penderita penyakit gangguan jiwa ? (Gali lebih dalam sejauh mana manfaat peran anda)

### Lampiran 3. Karakteristik Informan

#### Informan Kunci

No	Nama	Inisial	Umur	Alamat	Status Informan	Pendidikan Terakhir	Tgl Wawancara
1	P. Suma	PS	58	Kadidi	Orangtua Penderita	SD	12 Mei 2008
2	Hj. Maderah	Mdr	70	Rappang	Orangtua Penderita	SD	12 Mei 2008
3	Hj. Suriati	Sur	50	Baranti	Saudara Penderita	SMP	13 Mei 2008
4	Halim	Hlm	60	Kulo	Orangtua Penderita	SD	15 Mei 2008
5	Hj. Semba	Sb	45	Bulo	Orangtua Penderita	SD	24 Mei 2008
6	Mahnar	Mah	34	Bulo	Saudara Penderita	SMP	24 Mei 2008

#### Informan Ahli

No	Nama	Inisial	Umur	Alamat	Status Informan	Pendidikan Terakhir	Tgl Wawancara
1	Sudjonggo	Sjg	43	Rappang	Tokoh Masyarakat	S1	24 Mei 2008
2	Suarsa	Srs	35	Kulo	Petugas Kesehatan	SLTA	16 Mei 2008
3	H. Madarah	Mad	59	Rappang	Tokoh Masyarakat	SLTA	12 Mei 2008
4	Herman	Hrm	29	Kadidi	Petugas Kesehatan	SLTA	22 Mei 2008
5	Amrah	Am	37	Rappang	Petugas Kesehatan	SLTA	22 Mei 2008
6	Hasnah	Has	37	Baranti	Petugas Kesehatan	SLTA	14 Mei 2008
7	Salahuddin	Sl	40	Cipo Takari	Tokoh Masyarakat	SMP	22 Mei 2008
8	Hj. P. Megawati	Mgw	50	Kabae Kulo	Tokoh Masyarakat	SLTA	16 Mei 2008
9	H. Mukhtar	Mkh	40	Baranti	Tetangga	D3	12 Mei 2008
10	Hamriah	Ham	55	Kulo	Tetangga	SLTA	15 Mei 2008
11	P. Abu	Pa	65	Kadidi	Tetangga	SMP	12 Mei 2008

Lampiran 5. Dokumentasi Kegiatan Penelitian



**PENDERITA JIWA DI RANTE**



## **PENDERITA JIWA DI RANTE**



## **WAWANCARA DENGAN ORANG TUA PENDERITA**



**WAWANCARA DENGAN TOKOH MASYARAKAT**



**PENDERITA JIWA (PASCA PEMASUNGAN)  
ST. HAJARAH**



**BILIK PENDERITA JIWA**





**PENDERITA JIWA DIRANTE (PASCA PEMASUNGANG)  
MUH. SAID**



**FOTO PENDERITA JIWA  
DGN KEPALA UPTD KEC. KULO**



**PENDERITA JIWA DIPASUNG  
LA BOLONG**



**PEMASUNGAN DG KAYU RADDA**



**PENDERITA JIWA  
DI DESA BULO**



**KEPALA UPTD KEC. PANCA RIJANG, STAF DAN KADER  
MELIHAT PENDERITA JIWA**



**PENDERITA JIWA  
DI DESA BULO**



**PENDERITA BERSALAMAN**