

## Mereka Memanggilku “Kenthir”

*R. Budi Sarwono*<sup>1</sup>

Universitas Sanata Dharma  
Yogyakarta

*Subandi*<sup>2</sup>

Fakultas Psikologi  
Universitas Gadjah Mada

### *Abstract*

*“Kenthir” is a stigma that commonly addressed to the psychosis sufferer in Javanese culture. This research studies about psychological dynamics of early phase of psychosis sufferer since they live in “kenthir’s” stigma and some other Javanese stigmas, and also about the influence of this stigma to their effort in doing re-integration with society in the context of Javanese culture. This qualitative research was conducted by the case study approach. The researcher was observed the psychological dynamics of four psychosis sufferers that was distributed in two regencies in Yogyakarta Special Region (Daerah Istimewa Yogyakarta). Beside this psychological dynamics, the thing that is observed by the researcher is how the psychosis sufferers attempt to re-integrate to the society. The primary research data is acquired both through systematic and unsystematic interview to the sufferer and the informant (family, neighbours, village officials, clinic psychologist, Mental Hospital psychologist and significant others). The supporting data is investigated from medically records data from Mental Hospital, doctor’s prescription, status update from facebook account and other notes. The data are codified thematically grouped to be analyzed. The result shows that stigma in the Javanese society gave to the psychosis sufferers, is not always affect them during their reintegration in to the society. It solely depends on how each subject view that stigma. In fact, a patient publically called “kenthir” by the surrounding people shows successful reintegration to the society.*

*Keywords: kenthir, psikosis, reintegration, stigma*

Laporan tahunan *World Health Organization* (WHO) tahun 2001 memaparkan bahwa 25% penduduk dunia, mengalami gangguan mental dan perilaku. Tigapuluh persen diantaranya (400 juta jiwa) mengalami masalah kesehatan mental berupa kecemasan. Kondisi pasien gangguan mental di Indonesia tergambar dari data

pasien di 33 Rumah Sakit Khusus (RSK) – dahulu RSJ-. Pada tahun 2006 ke 33 RSK itu merawat 2.5 juta pasien dengan kecenderungan selalu bertambah. Dalam lingkup lebih kecil – sebagai contoh Kota Jakarta-, pada tahun 2006 seluruh RSK di kota itu merawat 10.074 pasien, pada tahun 2007 meningkat menjadi 17.124 (Harian Waspada, 11 Oktober 2009).

Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki dua RSK yang dikelola

<sup>1</sup> Korespondensi dengan penulis dapat dilakukan melalui: budikin@yahoo.com

<sup>2</sup> Atau melalui: subandi@ugm.ac.id

pemerintah, yakni Rumah Sakit dr Sardjito dan Rumah Sakit Ghrasia Pakem. Pada tahun 2003, kedua Rumah Sakit tersebut merawat 7.000 pasien, pada tahun berikutnya (2004) jumlahnya meningkat menjadi 10.610 pasien. Sebagian besar dari jumlah pasien tersebut adalah rawat jalan. Sedang pasien rawat inap pada tahun 2003 sebanyak 678, dan meningkat menjadi 1.314 pada tahun 2004. Jumlah penderita gangguan mental di RSK DIY secara keseluruhan berjumlah 28.365 pada tahun 2007, dan meningkat menjadi 53.794 pada tahun 2008, kemudian meningkat lagi menjadi 61.688 pada tahun berikutnya (Profil Kesehatan Provinsi DIY, 2010). Angka yang dilansir oleh Dinas Kesehatan DIY itu belum termasuk pasien yang dirawat di RSK swasta. Sehingga angka sebenarnya dipastikan jauh lebih besar dari angka tersebut.

Gambaran kesehatan mental seperti dipaparkan di atas, baik di tingkat global, nasional, maupun regional merefleksikan masih adanya persoalan kemanusiaan yang patut mendapat perhatian dari para akademisi. Penelitian-penelitian dibidang ini masih menjadi informasi penting yang dibutuhkan masyarakat. Edukasi publik tentang kesehatan mental masih menjadi medan bakti yang terbuka lebar bagi para akademisi agar perannya tidak terkungkung dalam lingkaran menara gading akademika. Dalam kerangka pikir seperti itulah penelitian ini dilakukan.

Pilihan peneliti memilih topik psikosis fase awal (*first episode of psychosis*) berdasarkan pada empat alasan, pertama *Duration of Untreated Psychosis* (DUP) merupakan sebuah titik kritis dalam keseluruhan kasus psikosis yang harus mendapatkan perhatian dari semua pihak. DUP adalah rentang waktu yang dialami oleh pasien psikosis dari awal gejala muncul sampai mendapatkan penanganan

pertama dari ahli yang kompeten. Rumusnya, semakin pendek DUP semakin besar harapan pasien sembuh, semakin panjang DUP semakin panjang pula harapan terhadap kesembuhannya. Lama dan tidaknya DUP ini sering berkaitan erat dengan ketidakmengertian masyarakat tentang psikosis, ketakutan terhadap stigma, kepercayaan mistik dan beberapa sebab lainnya. Kedua, dalam budaya Jawa "*jeneng*" (nama baik) adalah nilai yang diutamakan. Stigma sering dihubungkan dengan lunturnya bangunan nama baik. Keluarga pasien psikosis fase awal sering memilih menyembunyikan gejala ini supaya tidak mendapatkan stigma dari masyarakat. Apalagi dalam budaya Jawa, gejala psikosis masih sering dikaitkan dengan hal-hal irasional seperti kerasukan setan, terkena guna guna, kutukan dan lain sebagainya. Ketiga, edukasi yang benar tentang gejala psikosis fase awal kepada masyarakat akan sangat bermanfaat bagi pasien dalam upaya melakukan reintegrasi dengan lingkungannya. Keempat, onset psikosis terjadi pada masa remaja akhir sampai dewasa awal, hal ini membuat pasien mengalami ketertekanan lebih berat, menambah beban yang muncul karena tugas perkembangan mereka.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa DUP merupakan target utama intervensi awal untuk gangguan psikotik. Semakin cepat dilakukan intervensi bisa mencegah timbulnya psikosis lanjut dan dapat mempersingkat DUP (Platz, Umbricht, Cattapan-Ludewig, Dvorsky, Arbach, Brenner, & Simon, 2006). Dengan demikian, semakin lama mendapatkan bantuan pengobatan, akan memperpanjang penderitaan orang dengan psikosis tersebut (Tranulis, Park, Delano, & Good, 2009). DUP adalah panjang pendeknya waktu yang dialami pasien psikosis pada awal gejala dirasakan sampai ia menda-

patkan *treatment* pertama kali. DUP sangat tergantung pada pemahaman keluarga tentang psikosis. Lincoln dan McGorry (dalam De Haan, Welborn, Krikke, & Linszen, 2004), memaparkan peran keluarga sangat penting dalam memperpendek DUP ini. Pasien yang gagal dalam upaya mencari bantuan pada gangguan psikosis awal akan mengalami psikosis yang lebih panjang. Sebuah penelitian tentang psikosis fase awal dengan desain yang berbeda telah diteliti oleh Subandi dan Marchira (2010). Kedua peneliti ini menganalisis beberapa variabel yaitu intervensi psikoedukasi kepada *caregiver*, pengetahuan keluarga tentang gejala psikosis dan ketaatan pasien dalam pengobatan.

Onset psikosis rata-rata terjadi pada masa remaja akhir atau dewasa awal, dan dapat terjadi setiap saat dalam kehidupan (Grano, Lindsberg, Karjalainen, Nroos, & Blomber, 2010). Lebih lanjut menurut Compton dan Broussard (2009), onset pada pria sedikit lebih awal daripada wanita, yaitu tiga sampai lima tahun sebelum wanita. Menurut penelitian Compton dan Broussard (2009); Shiers dan Smith (2010); Grano, *et al.*, (2010); dan Sharifi, Kermani-Ranjbar, Amini, Alaghband-rad, Salesian, dan Seddigh, (2009), psikosis rata-rata terjadi pertama kali pada masa remaja akhir sampai dewasa awal, dan dapat terjadi setiap saat dalam kehidupan.

Sebuah penelitian tentang stigma pada orang yang mengalami sakit mental dilakukan di Teheran oleh Ghanean, Nojomi, dan Jacobson (2001). Penelitian yang melibatkan 136 subjek penelitian bertujuan untuk mengetahui dampak stigma bagi penderita sakit mental disebuah negara Islam. Ghanean bersama tim peneliti ingin membandingkan dampak stigma di negara barat yang cenderung sekuler dengan

negara Iran yang lebih mendasarkan pengharapan kepada *Allah*. Hasil penelitian tersebut menginformasikan, skala internalisasi stigma pada penderita sakit mental di Iran sama tingginya dibanding negara barat. Artinya, stigma berdampak sama bagi pasien yang hidup di lingkungan sekuler maupun religius. Asumsi awal dari penelitian itu adalah bahwa pasien yang hidup dalam lingkungan religius lebih tahan terhadap stigma. Hasil penelitian menunjukkan bahwa religiusitas tidak terlalu berpengaruh bagi penderita sakit mental dalam menyikapi stigma. Hal yang sama bisa juga terjadi dalam penelitian ini. Salah satu subjek penelitian dalam penelitian ini pada awal ia sakit mendapatkan pendampingan dari seorang *Kyai* pada, tetapi pada akhirnya keluarganya memilih untuk berobat secara medis di Rumah Sakit.

Penelitian lain yang meneliti dampak stigma dilakukan oleh Lai, Hong, dan Chee, (2000). Peneliti mengatakan, dampak langsung stigma terhadap pasien psikiatri adalah rasa rendah diri, malu akan penyakitnya, takut akan penolakan sosial, takut kesulitan mendapatkan pekerjaan dan takut kehilangan hak atas layanan kesehatan. Selain pengaruh terhadap pasien secara langsung, ternyata stigma juga berpengaruh kepada keluarga pasien (Carol, Tsao, Tumala, & Robert, 2008). Sementara itu Corrigan dan Watson (2007) mengatakan, stigmatisasi sangat menghambat pelayanan terhadap pasien penyakit mental. Ia bahkan berpendapat bidang psikiatripun telah gagal dalam menghilangkan pengaruh stigma (pandangan stereotip) tentang penderita kesehatan mental, kecuali pada pemahaman bahwa penderita penyakit mental tidak selalu membahayakan.

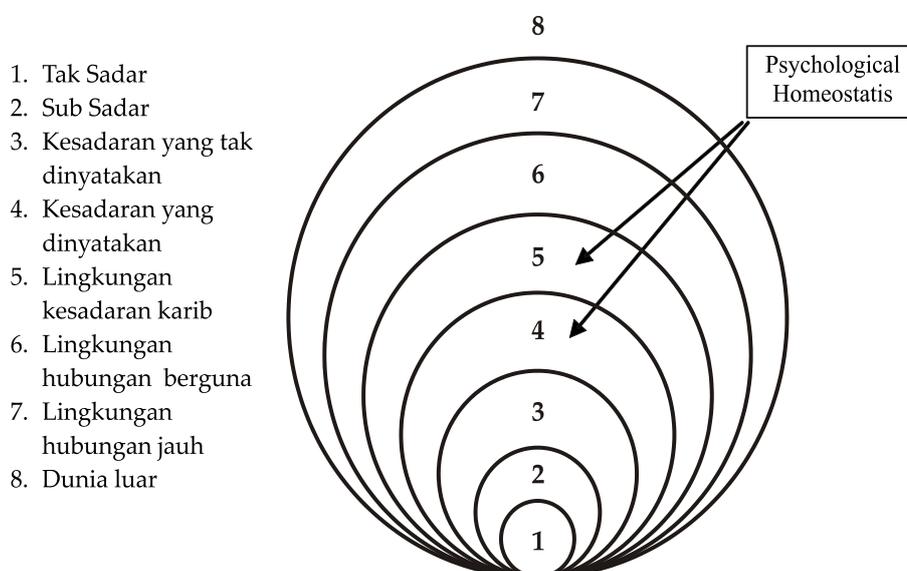
Keterkaitan antara kebudayaan Jawa dan penyakit mental diteliti oleh Emil

Kraepelin, seorang psikiater Jerman yang mengunjungi Pulau Jawa pada awal abad ke-20 (Ameen dalam Subandi, 2006). Kraepelin mewawancarai 100 pasien psikiatri di Bogor, dan 39 diantaranya terdiagnosis *dementia praecox* (Bendick, dikutip dalam Messias dalam Subandi, 2006). Di Jawa, Kraepelin menemukan bahwa penanganan gangguan ini menunjukkan hasil yang cukup baik, bahkan sampai kondisi pemulihan penuh.

Stigma sering berkaitan dengan kepercayaan masyarakat setempat akan kuasa gaib. Ternyata kepercayaan gaib yang melingkupi fenomena psikosis tidak hanya terjadi di tanah Jawa, tetapi juga hidup dalam masyarakat Mexico (Zacharias, 2006). Mayoritas masyarakat pedesaan di Mexico menyembuhkan penderita psikosis menggunakan cara yang disebut *curanderismo*. Teknik ini sebetulnya mengandung teknik terapeutik yang dilakukan oleh tabib atau ahli terapi (*curanderos*) yang melakukan tugasnya seperti seorang psikospiritual. Dalam terapi *curanderismo*, pasien didiagnosis dengan menggunakan telur ayam dan lilin. Selanjutnya bahan

bahan itu dijadikan alat pemujaan dan persembahan bagi mereka. Pasien akan dianggap sakit jiwa kalau dilakukan ritual dengan alat-alat tersebut, pasien menunjukkan gejala kemasukan roh jahat atau jin ke dalam tubuhnya. Selanjutnya tabib akan memberikan usada dengan cara spiritual dan hipnotis. Dalam penelitian Zacharias (2006), metode ini terbukti bisa memberikan kesembuhan bagi sebagian kecil masyarakat yang benar-benar percaya pada pengaruh alam gaib.

Francis Hsu (dalam Koentjaraningrat, 2009) mengemukakan konsep *psychological homeostatis*, untuk menggambarkan fenomena integrasi anggota masyarakat dengan masyarakatnya. Konsep ini merupakan perkawinan psikologi barat dengan psikologi timur. Menurut teori ini manusia yang selaras dan seimbang adalah mereka yang dapat menjaga keseimbangan hubungan antara diri pribadinya dengan lingkungan sekitarnya, terutama lingkungan sekitar yang paling dekat dan paling serius tempat ia dapat mencurahkan rasa cinta, kemesraan dan baktinya. Manusia yang telah terintegrasi secara so-



Gambar 1. Posisi individu yang telah mencapai *Psychological Homeostatis* menurut Francis Hsu (Koentjaraningrat, 2009)

sial adalah mereka yang telah menempati lingkaran *psychological homeostatis*. Yaitu ketika kaki individu berpijak pada *Lingkaran kesadaran yang dinyatakan* dan *Lingkaran hubungan karib*. Manusia yang sudah berhasil menduduki kedua lingkaran tersebut oleh Hsu disebut manusia yang memiliki keselarasan dan keseimbangan antara diri pribadi dengan lingkungannya.

Dukungan sosial dalam penelitian ini mengacu pada teori House (dalam Smet 1994). Dukungan sosial dikategorikan menjadi lima jenis, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informatif, serta dukungan jaringan sosial.

#### Pertanyaan penelitian

1. Bagaimana stigma berpengaruh bagi penderita gangguan psikosis fase awal dalam proses reintegrasi dengan masyarakat dalam kehidupan masyarakat Jawa?
2. Bagaimana dinamika psikologis pasien psikosis fase awal dalam proses reintegrasi dengan masyarakat dalam kebudayaan Jawa?
3. Bagaimana lingkungan memberikan dukungan sosial dalam proses reintegrasi penderita psikosis fase awal dalam konteks masyarakat Jawa?

#### Metode

Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif memfokuskan pengamatan mendalam kepada empat pasien psikosis fase awal yang dirujuk oleh dua RSK di Yogyakarta. Metode studi kasus dipakai agar mendapat gambaran lebih jelas mengenai aspek aspek yang diteliti, yaitu pengaruh stigma bagi penderita gangguan psikosis fase awal dalam proses reintegrasi dengan masyarakat dalam kehidupan masyarakat

Jawa, dinamika psikologis pasien psikosis fase awal dalam proses reintegrasi dengan masyarakat, dan bagaimana lingkungan memberikan dukungan sosial kepada penderita

Subjek atau subjek penelitian adalah pasien psikosis fase awal yang dirujuk oleh RSK tertentu. Pemilihan subjek penelitian diperoleh secara *purposive sampling* yang dilakukan oleh psikiater atau psikolog Rumah Sakit atau Puskesmas tempat penderita pernah mendapatkan pengobatan secara medis. Peneliti melakukan wawancara, baik terstruktur maupun tidak terstruktur, melakukan observasi dan analisis data. Penelitian dimulai bulan April 2012 sampai September 2012. Data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan tema-tema spesifik, sehingga didapatkan gambaran bagaimana dinamika psikologis pasien gangguan psikosis fase awal dalam berproses melakukan upaya reintegrasi dengan masyarakat.

#### Hasil

Paparan berikut menggambarkan stigma terhadap subjek penelitian *N*, dinamika psikologis dan dukungan sosial terhadapnya. Stigma terhadap *N* dibedakan menjadi dua macam. Pertama stigma dari dirinya sendiri diantaranya adalah: gila, lupa ingatan, "*ora eling*" stres dan "*khilaf*". Data ini dirangkum dari hasil wawancara dan dari status *facebook* subjek penelitian selama ia sakit. Kedua, stigma yang diperoleh dari lingkungannya, yaitu stres dan psikosis. Stigma stres diperoleh dari wawancara dengan beberapa informan, sedang stigma psikosis didapat dari seorang mantri kesehatan yang cukup memahami dunia kesehatan jiwa.

Subjek penelitian *N* memiliki modalitas yang cukup baik di bidang kognisi, tetapi kurang optimal pemanfaatannya. Ia

memiliki pemikiran yang baik, komunikasi yang bagus dan pengetahuan (umum) yang cukup luas. Dalam waktu yang cukup lama *N* “terpenjara” oleh obat-obatan yang selalu membuatnya lemas, mengantuk, dan malas. Kondisi pasien menjadi lemah, gerakan tubuh minim, dan akibat selanjutnya adalah obesitas yang mulai mengganggu afeksinya. Dinamika psikologis yang muncul dalam proses reintegrasi pada diri *N* cukup banyak, diantaranya perasaan minder, merasa tidak bisa berkomunikasi dengan orang lain, khawatir, takut akan kondisi psikisnya (*kagol*), resah karena semakin gemuk.

Dukungan sosial yang diperoleh *N* lebih banyak didapatkan dari keluarga dan keluarga besarnya, sedangkan dukungan dari lingkungannya sangat minim. Keluarga ini cenderung eksklusif daripada inklusif, mungkin karena belum lama pindah dari Jakarta setelah Bapak *N* pensiun. Cara hidup khas perkotaan yang cenderung individualistik masih terbawa dalam keluarga ini, begitu pula dialek “Jakartanan” masih sering muncul selama kunjungan peneliti. Dukungan yang cukup bermakna bagi *N* didapatkan dari Pak Mantri. Pak Mantri adalah pensiunan PNS dari Dinas Kesehatan di sebuah Kabupaten di DIY. Ia memahami betul seluk beluk psikosis, sebab tugas terakhirnya adalah merawat penderita *scizofrenia* yang sudah berada di jalan-jalan dan di pasar-pasar. Pak Mantri banyak memberikan edukasi kepada *N* dan keluarganya.

Sebagai orang Jawa, *N* dan keluarganya cenderung percaya kepada mistik, oleh sebab itu upaya penyembuhan yang pertama yang dilakukan adalah minta pertolongan seorang ustad, dengan pengandaian ustad bisa mengusir roh jahat yang berada di tubuh *N*. Setelah pergi ke ustad satu ke ustad yang lain, dari pondok pesantren satu ke pondok

pesantren lain dan tidak menemukan kesembuhan, keluarga lalu memutuskan untuk membawa *N* ke RSK. Keputusan untuk mendapatkan *treatment* medis ini memperpanjang DUP bagi *N*. Selain percaya pada mistik, keluarga *N* juga hidup dalam kungkungan nilai budaya Jawa yang mengatakan *wanita sebagai kanca wingking* (wanita sebagai sub ordinasi pria dalam budaya patriarkal). Nilai ini mempengaruhi keengganan orang tuanya untuk menyekolahkan *N* lebih tinggi ke Universitas. Hal ini nampak dari wawancara dengan Bapak *N* yang mengatakan “Untuk apa sekolah tinggi-tinggi, toh nanti dia mengikuti suaminya”. Dari serangkaian wawancara dengan keluarga *N* peneliti juga menyimpulkan adanya nilai *bobot bibit bebet* yang menghidupi keluarga ini. *Bobot bibit bebet* adalah nilai yang menganggap adanya strata sosial dalam lingkungan masyarakat. Sebagai pensiunan PNS keluarga *N* merasa lebih unggul dibanding tetangganya yang pada umumnya hidup dalam kesederhanaan. Nilai nilai semacam ini justru kontra produktif bagi upaya kesembuhan bagi *N*. Hubungan sosial menjadi renggang, kurang cair dan eksklusif. Peran serta lingkungan menjadi sangat terbatas. Sehingga keberhasilan proses reintegrasi *N* dengan masyarakat pada skala Hsu, baru sampai tingkat lima (lingkungan karib).

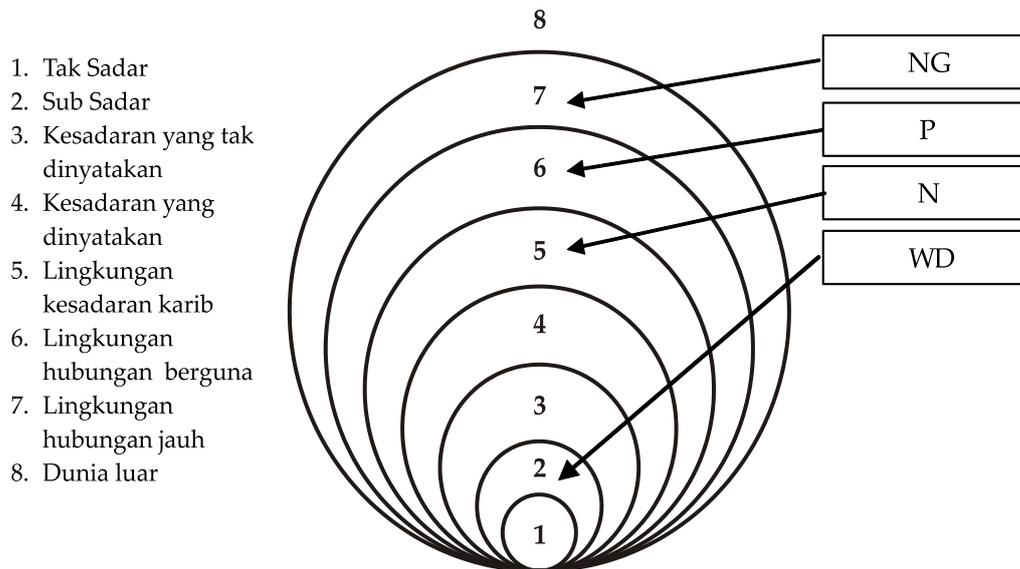
*P* adalah subjek penelitian kedua. Dinamika psikologis *P* dalam melakukan upaya reintegrasi dengan masyarakat dapat dipaparkan sebagai berikut. Stigma yang diberikan lingkungan terhadap *P* adalah stres dan “memori rusak”, selebihnya *P* tidak pernah memberikan stigma terhadap dirinya sendiri bahkan cenderung mengingkari keberadaannya pada saat sakit. Dukungan sosial kepada *P* dari lingkungannya cukup lengkap, ada dukungan emosional, dukungan penghar-

gaan, instrumental dan informatif. *P* hidup dalam lingkup budaya Jawa yang memiliki assertivitas emosi rendah, cenderung *introvert*, percaya pada hal-hal mistik, tetapi *P* tidak terpengaruh pada nilai-nilai *bobot bibit bebet*. Kondisi kondisi tersebut membuat *P* memiliki dinamika psikologis yang positif dalam integrasi kepada masyarakat. Ia tidak menunjukkan gejala kekacauan pikiran (kognitif), cenderung memiliki perasaan yang positif dan harga diri yang terbangun oleh pekerjaan yang baik (afeksi), dan perilaku yang relatif baik selama penelitian dilakukan. Dari kondisi internal dan eksternal yang dialami oleh *P* ini, menghasilkan proses reintegrasi yang cukup baik. Dalam skala Hsu, reintegrasi *P* sampai skala enam (lingkungan hubungan berguna). Artinya, reintegrasi *P* mampu mencapai pada lingkungan pekerjaan dengan amat baik. Ia mampu melakukan fungsi-fungsinya sebagai seorang pekerja dengan sangat baik.

*Ng* adalah subjek penelitian ketiga. Stigma yang didapatkan *Ng* dari lingkungannya adalah "*kenthir*", "*stress*" dan "*kenthir*", namun demikian *Ng* tidak pernah menstigma diri. Dukungan sosial yang diperoleh *Ng* dari lingkungannya tidak semua bersifat suportif, tetapi beberapa paradoksal. Misalnya dukungan emosional, lingkungan *Ng* tidak memperlakukan dia secara khusus seperti mantan pasien psikosis, tetapi justru kondisi itu bermanfaat bagi *Ng*. Ia terjun ke dalam masyarakat yang natural, tidak artifisial, hal itu justru membawa efek psikologis yang baik pada diri *Ng*. Dukungan informasi muncul dalam informasi tentang lowongan pekerjaan, dukungan instrumental nampak dalam pembiaran *Ng* memelihara ayam di rumah yang sempit. Dukungan dalam bentuk penghargaan adalah menempatkan *Ng* dalam posisi penting di dalam keluarga. Dinamika

psikologis *Ng* dalam melakukan reintegrasi dipenuhi dengan perasaan berguna, bermanfaat, diterima apa adanya oleh lingkungannya. Hal itu membuat *Ng* lebih baik dalam melakukan reintegrasi. Secara kognitif pikiran *Ng* baik, lancar dan nampak tidak ada masalah. Aspek afektif sehat, nampak selalu tersenyum dan selera humor yang tetap terjaga. Secara konatif *Ng* nampak wajar, integrasi perilakunya normal, lincah. Sebagai orang yang hidup dalam lingkup budaya Jawa, *Ng* dan keluarganya percaya pada hal-hal mistik. Nilai nilai gotong royong dipegang teguh oleh *Ng*, bahkan ia mampu tampil sebagai kepala keluarga dalam memimpin putaran ekonomi rumah tangga. Konsep *bibit bobot bebet* nampak tidak penting pada diri *Ng* sehingga *Ng* bisa bergaul dengan sangat cair, meskipun ia tidak mendapatkan suasana *diemong*, seperti penyandang psikosis lainnya. Keberhasilan *Ng* dalam melakukan integrasi dengan masyarakat dalam skala Hsu, mampu sampai tingkat tujuh (lingkungan hubungan jauh)

*Wd* adalah subjek penelitian keempat. Hasil pengamatan terhadap *Wd* diringkas dalam beberapa poin berikut ini: stigma yang melingkupi *Wd* adalah "*edan*" dan "*edan lanangan*". *Wd* tidak pernah memberikan stigma pada dirinya sendiri. Dukungan sosial yang didapatkan dari lingkungannya adalah dukungan informasi, instrumental dan penghargaan. Ia mendapat tawaran untuk memproduksi *takir* dan *suji*, yaitu perangkat untuk mengadakan selamatan di Jawa. Ia mendapatkan informasi lowongan kerja, diundang untuk ikut kegiatan kampung. Tetapi karena kondisi kejiwaan yang labil, dukungan ini tidak dimanfaatkan oleh *Wd* dan keluarganya. Dinamika psikologis *Wd* dalam proses reintegrasi dengan masyarakat lebih didominasi perasaan murung, *tantrum*, dan bingung. Sebagai orang yang



Gambar 2. Keberhasilan dalam proses Reintegrasi sosial keempat subjek penelitian menurut Francis Hsu (Koentjaraningrat, 2009)

hidup dalam budaya Jawa, *Wd* cenderung mempraktekkan cara hidup *priyayi* yang eksklusif, dan mengisolasi diri meskipun ia hidup dalam masyarakat yang cukup mampu mengamalkan sikap hidup *narimo*, menerima apapun yang dilakukan orang semacam *Wd* kepada mereka. Dari berbagai kondisi yang ada, keberhasilan reintegrasi *Wd* dalam skala Hsu masih menunjukkan keberhasilan yang sangat rendah, yakni level dua (Sub sadar), atau dalam kalimat yang berbeda, karena kondisinya, *Wd* belum berhasil melakukan integrasi dengan masyarakat.

## Diskusi

*Dinamika Psikologis Subjek Penelitian dalam Proses Reintegrasi.* Dinamika psikologis pasien psikosis awal dalam melakukan proses reintegrasi dengan kehidupan masyarakat ternyata sangat beragam. Asumsi awal bahwa pasien psikosis akan memiliki dominasi perasaan negatif ketika melakukan proses reintegrasi dengan masyarakat ternyata tidak sepenuhnya benar. Penelitian ini membuktikan bahwa

ada diantara mereka yang melakukan proses reintegrasi sosial dengan berbekal perasaan yang positif. Hal yang menarik, mereka yang melakukan proses reintegrasi sosial dengan dominasi perasaan positif memiliki keberhasilan integrasi jauh lebih baik dibanding mereka yang melakukan reintegrasi sosial dengan perasaan dominan negatif.

Tabel 1 menggambarkan dinamika psikologis masing masing subjek penelitian ketika melakukan proses reintegrasi dengan masyarakat bila dibandingkan dengan tingkat keberhasilan proses reintegrasi mereka dilihat dengan skala reintegrasi sosial menurut Hsu.

*Pengaruh Stigma terhadap Reintegrasi Pasien.* Meskipun pada awalnya kata stigma bernuansa "cap diluar" namun dalam khasanah psikosis, stigma lebih menandai sesuatu yang terdapat di dalam diri individu (L'Opez-Ibor, Cuenca, & L'opez-Ibor, 2008). Stigma bagi penderita psikosis akan berdampak secara psikologis ketika ia mengetahui maknanya. Compton dan Broussard (2009) menulis, stigma gangguan jiwa memiliki efek negatif pada pende-

Tabel 1  
Dinamika psikologis pasien psikosis fase awal dalam reintegrasi dengan masyarakat

	Dinamika Psikologis	Reintegrasi Skala Hsu
<b>N</b>	<p>Kognitif: Memiliki pemikiran yang cakap, cara berkomunikasi bagus, pengetahuan cukup,</p> <p>Afektif : Minder, merasa tidak bisa berkomunikasi dengan orang lain, khawatir, takut dengan kondisi psikisnya, resah karena gemuk</p> <p>Konasi : Lemas, ngantuk, tidak bersemangat, gerak tubuh minim</p>	Skala 5 : Lingkaran kesadaran karib
<b>P</b>	<p>Kognitif: Pemahaman dalam berkomunikasi baik, komunikasi lancar</p> <p>Afektif : Merasa senang aman, nyaman tidak ada olok olok, tidak merasa takut bergaul, bangga memiliki pekerjaan yang baik, merasa berharga, bermanfaat, bertanggungjawab terhadap pekerjaan</p> <p>Konatif : Integrasi gerak tubuhnya terorganisir dengan baik. Perilaku halus. Bekerja rajin dan bertanggungjawab serta berdisiplin</p>	Skala 6 :Lingkaran hubungan berguna
<b>Ng</b>	<p>Kognitif : pemikiran baik, hitung menghitung lancar, komunikasi lancar, logika jalan</p> <p>Afektif : Rasa berguna, merasa diterima apa adanya, rasa humor yang baik, ramah, merasa tidak ada perbedaan dengan teman lain,</p> <p>Konatif : gerakan badan terintegrasi dengan baik, rajin dalam bekerja, lincah</p>	Skala 7 : Lingkaran hubungan jauh
<b>Wd</b>	<p>Kognitif: delutif, tidak logis, struktur logika kacau</p> <p>Afektif : Murung, tantrum, bingung, menutup diri, anhedonia, menyendiri, marah marah,</p> <p>Konatif : lemah, malas, ngantuk, banyak bengong,</p>	Skala 2 : Sub Sadar

rita dan keluarganya. Ternyata di dalam penelitian ini ditemukan, tidak semua stigma gangguan jiwa berdampak secara psikologis pada diri pasien. Stigma "stres" misalnya, ternyata berpengaruh berbeda pada setiap pasien, padahal jelas mereka tahu arti kata "stres". Bahkan Ng salah satu subjek penelitian ini ketika sudah sembuh justru dipanggil dengan panggilan "Thir" yang berasal dari kata "Kenthir" yang berarti agak sedikit gila. Ng bisa menerima dengan baik panggilan itu meskipun ia tahu persis apa makna kata *kenthir* itu. Nyatanya Ng adalah satu dari empat subjek penelitian yang reintegrasi-

nya paling bagus dalam penelitian ini.

Kata stres dipakai orang-orang dilingkungan keempat subjek penelitian ini untuk menamai nama sakitnya si pasien. Secara etimologis kata stres diserap dari bahasa Inggris *stress* yang berarti ketegangan mental, ketegangan jiwa. Bagi orang Jawa, menyebut pasien psikosis dengan kata stres sebetulnya adalah bentuk *eufimisme*, yaitu penghalusan kata-kata untuk menyebut fenomena yang sebenarnya. Dalam bahasa yang fulgar, masyarakat di sekitar pasien psikosis dimana penelitian ini dilakukan menamai mereka dengan sebutan "*edan lanangan*",

"*kenthir*". *Eufimisme* yang dilakukan orang-orang di sekitar pasien psikosis hanya menegaskan apa yang disebut bahwa orang Jawa adalah "*nggone semu*" (Endraswara, 2012). Pilihan kata stres yang *nota bene* adalah kata asing, lebih terasa enak bagi masyarakat sekitar untuk menamai nama sakitnya pasien psikosis. Konsep *nggone semu*, pada diri pasien dan keluarga muncul dalam sikap introversi, menutup-nutupi, dan menyamarkan psikosis dengan kata yang dalam adab orang Jawa dirasakan lebih halus seperti kata "sakit".

Stigma akan berpengaruh secara psikologis kepada pasien jika ia memahami maksud dari kata-kata yang dibuat stigma itu. Oleh sebab itu, stigma yang ditempelkan masyarakat dengan memakai bahasa setempat sebetulnya lebih dalam mempengaruhi gejala psikologis pasien. *Wd*, subjek penelitian dalam penelitian ini menerima stigma "*edan lanangan*". Sayangnya peneliti tidak dapat menggali lebih jauh efek stigma "*edan lanangan*" ini karena di tengah-tengah penelitian *Wd* relapse. Stigma "*edan lanangan*" bagi *Wd* merupakan akibat dari tingkah laku *Wd* yang selalu terobsesi untuk menikah, minta diantar ke rumah *D* pria idamannya, kebiasaan nongkrong di pinggir jalan dan menggoda setiap laki-laki yang lewat dan mengajaknya menikah, serta obsesi untuk merasakan sensasinya diperkosa. Ia percaya bahwa diperkosa itu rasanya enak dan akan menjadikannya sembuh. Stigma "*edan lanangan*" sudah beredar seantero kampung, di warung-warung dan di balai dusun tempat ibu-ibu melakukan senam. Semua orang di kampung itu sudah memahami stigma itu. Bahkan beberapa diantaranya juga mengatakan secara langsung kepada *Wd*. Akan tetapi kondisi kejiwaan *Wd* tidak mampu mencerna stigma itu. Pikirannya *Wd* masih kacau, sering menangis, dan cenderung memiliki

pemikiran yang obsesif. Bahkan pada saat penelitian ini hampir berakhir, peneliti melihat kecenderungan orientasi seksual yang mulai menyimpang pada diri *Wd*. Berdasarkan ceritera dari Kader kesehatan jiwa di dusun tersebut, peneliti memperoleh keterangan bahwa *Wd* mulai memperlihatkan perilaku baru yang aneh, yaitu meraba-raba payudara, pantat dan sekitar organewanitaan sesama wanita. Hal ini membuat *Wd* semakin dijauhi oleh lingkungannya.

*Ng*, dalam penelitian ini menjadi antitesis bagi teori *stigmaphrenia* yang bersikap pesimistik, bahwa stigma akan menjadi penghalang utama untuk pengobatan yang tepat dan rehabilitasi bagi mereka yang menderita gangguan jiwa (L'Opez-Ibor, *et al.*, 2008). *Ng* dalam penelitian ini berhasil *mereframing* stigma "*kenthir*" yang ditempelkan pada dirinya dengan makna yang lebih baik, sehingga panggilan "*thir*" tidak membebani jiwanya. Dengan caranya sendiri *Ng* berhasil menerima panggilan "*thir*" sebagai simbol keakraban dengan teman-teman sekampungnya. Sebagaimana pemuda di kampung tersebut sebagian besar dipanggil dengan nama alias atau nama *paraban* (bahasa Jawa). *Ng* memaknai panggilan "*thir*" sebagai sebuah panggilan alias atau *paraban*, sehingga tidak melukai perasaannya sendiri.

Kemampuan *reframing* panggilan "*thir*" yang berasal dari kata "*kenthir*" yang berarti sedikit gila, menjadi sebuah panggilan alias atau *paraban* dibutuhkan kematangan kognisi tertentu. Dalam kondisi ini peneliti menyimpulkan di tingkat kognisi *Ng* sudah berhasil melakukan *recovery* dari kondisi psikotiknya. Tanpa kesadaran kognisi yang baik kemampuan *reframing* tersebut menjadi sebuah kemustahilan. Selain itu, kemampuan *reframing* tersebut tentu juga didasari perasaan *narimo* (menerima) sebuah ciri yang

melekat pada sebagian besar masyarakat Jawa. Sebelum Ng mencapai fase perasaan *narimo*, *reframing* tidak mungkin dilakukan. Berita baiknya, perasaan bisa menerima apa adanya adalah sebuah perasaan yang tinggi derajadnya bagi orang Jawa yang hidup dalam pemahaman *narimo ing pandum*, menerima apapun yang diberikan-Nya kepadanya. *Narimo*, berbeda dengan perasaan menyerah, sebaliknya ada makna kemenangan yang tersembunyi dibalik sikap itu. Untuk bisa *me-reframing* panggilan "*thir*" lebih dulu sampai pada pemahaman tentang situasi *narimo* itu.

*Dukungan Sosial kepada Pasien Psikosis dalam Proses Reintegrasi.* Dukungan sosial kepada pasien psikosis akan sangat diwarnai oleh corak masyarakat dimana ia tinggal. Dukungan sosial dalam penelitian

ini mengacu pada teori House (dalam Smet 1994), dimana dukungan sosial dikategorikan menjadi lima jenis, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dukungan informatif, serta dukungan jaringan sosial.

Tabel 2 menggambarkan jenis jenis dukungan sosial yang diperoleh oleh pasien psikosis fase awal dari lingkungannya, dan keberhasilan dalam melakukan reintegrasi sosial menurut Francis Hsu. Hampir semua subjek penelitian mendapatkan dukungan sosial dalam berbagai bentuk dan kategori. Menurut peneliti, hal ini mencitrakan hidup kemasyarakatan di tempat tinggal para subjek penelitian. Bentuk dukungan yang paling minim yang didapatkan oleh para subjek penelitian adalah dukungan jaringan sosial.

Tabel 2  
Dukungan sosial dan keberhasilan dalam proses reintegrasi

	N	P	Ng	Wd
<b>Dukungan Emosional</b>	Perhatian keluarga, dukungan Mardino	Perhatian dari teman teman, masyarakat memperlakukan P dengan hati hati	Diperlakukan sebagai orang waras (paradoksal)	Perhatian dari KKJ
<b>Dukungan Penghargaan</b>	(lebih banyak didapat dari keluarga)	Diperlakukan sbg orang normal	Lingkungan memperlakukan secara proporsional	Diajak senam
<b>Dukungan Instrumental</b>	Perawatan di sebuah pondok	Diberi kamar tumpangan ketika sakit	Diperbolehkan piara ayam di rumah yang sempit	Ajakan membuat <i>takir</i> dan <i>suji</i>
<b>Dukungan Informasi</b>	Informasi lowongan kerja di warung soto	Informasi pekerjaan di hotel J	Informasi pekerjaan	-
<b>Dukungan Jaringan Sosial</b>	Bergabung dalam KPSI	-	-	-
<b>Keberhasilan Reintegrasi Sosial Subjek penelitian</b>	Level 5 Lingkungan kesadaran karib (Hsu)	Level 6 Lingkungan hubungan berguna (Hsu)	Level 7 Lingkungan hubungan jauh	Level 2 Bawah sadar

## Kesimpulan

Setelah melakukan, pengamatan, pencatatan, penelitian, pengolahan data, pembahasan, dan berbagai diskusi bersama sejawat peneliti selama hampir satu tahun, peneliti memberikan beberapa kesimpulan berikut ini:

1. Aspek kognisi, afeksi dan konasi pasien, masing masing memiliki peran yang khusus dalam upaya reintegrasi kepada masyarakat. Kepincangan pada salah satu aspek dapat disubstitusi dengan kekuatan pada aspek yang lain. Tetapi ketiga aspek ini pada dasarnya harus saling menunjang untuk mencapai kualitas reintegrasi pasien kepada masyarakat.
2. Stigma akan berpengaruh kepada pasien psikosis dengan beberapa kondisi tertentu. Pertama: *insight* pasien masih bagus, kedua, pasien mengerti arti stigma tersebut. Apabila *insight* pasien buruk, dan ia tidak mengerti arti stigma itu, maka stigma tidak akan berpengaruh pada pasien. Kemudian stigma yang sudah mengalami penghalusan, apalagi yang merupakan serapan dari bahasa asing cenderung tidak berpengaruh pada diri pasien.
3. Pasien Ng dalam penelitian ini menjadi antitesis bagi teori stigmafrenia yang memercayai bahwa stigma akan menjadi penghambat bagi pasien untuk mengupayakan kesembuhan. Dengan bekal aspek kognisis yang bagus, pasien Ng berhasil *me-reframing* stigma "kenthir" yang ditempelkan pada dirinya menjadi sebutan yang tidak menyakiti hatinya.
4. Berbagai dukungan masyarakat, baik yang berupa penghargaan, penerimaan, informasi, jaringan sosial maupun dukungan instrumental masih mudah diterima oleh penderita psikosis yang hidup dalam kehidupan tradisional yang lebih memiliki nilai gotong royong, *tepa slira*, saling membantu. Demikian pula masyarakat yang hidup dalam tata ekonomi tradisional masih cukup toleran untuk memberikan dukungan kepada penderita psikosis fase awal.
5. Bila membandingkan keempat subjek penelitian penelitian ini, peneliti mengambil kesimpulan, adanya kecenderungan, bahwa semakin tinggi kelas sosial seseorang proses reintegrasi pasien psikosis ke masyarakat semakin rendah. Nilai nilai budaya Jawa yang memercayai adanya ajaran *bibit bobot bebet* rupanya menjadi kendala psikologis bagi kelas *priyayi* untuk kembali ke masyarakat. Masyarakat dengan "*kasta sudra*" proses reintegrasi cenderung lebih baik.
6. Masyarakat Jawa yang relatif masih percaya pada soal soal mistik dan gaib dalam beberapa kasus justru kontra produktif terhadap upaya penyembuhan dan reintegrasi pasien psikosis ke masyarakat. Kepercayaan inilah yang membuat DUP menjadi lebih panjang.

## Saran

1. DUP adalah hilangnya waktu emas bagi penderita psikosis untuk mendapatkan kesembuhan. Maka supaya DUP tidak berkepanjangan, masyarakat psikologi perlu mengembangkan program edukasi kepada para keluarga penderita psikosis dan Kader kesehatan jiwa, terutama sekali ditujukan untuk daerah daerah siaga jiwa agar kasus psikosis dapat teratasi dengan baik.
2. Penelitian psikosis yang akan datang agar lebih memperhatikan aspek buda-

ya yang melingkupi pasien psikosis, sehingga penelusuran itu akan memperkaya khasanah budaya pada persoalan ini. Temuan temuan penelitian ini yang didasarkan atas kajian kultural ternyata begitu banyak berpengaruh pada penderita psikosis. Oleh sebab itu penelusuran dari berbagai budaya (Sunda, Bali, Bugis, Batak, Betawi, dan lain-lain) akan sangat bermanfaat pada pasien psikosis itu sendiri.

3. Diperlukan bentuk kampanye sederhana dari Departemen Kesehatan yang menyadarkan masyarakat bahwa psikosis adalah penyakit biasa, sama dengan penyakit penyakit klinis lainnya, yang tidak perlu disikapi secara berlebihan apalagi dengan tindakan mistik dan sejenisnya.

### Kepustakaan

- Carol, I., Tsao, J.D.P., Tumala, A., & Robbert, L.W. (2008). Stigma in mental health care. *Academic Psychiatry*, 32, 70-72.
- Compton, M.T., & Broussard, B. (2009). *The first episode of psychosis: A guide for patients and their families*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2007). The stigma of psychiatric disorder and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(45), 164-170.
- De Haan, L., Welborn, K., Krikke, M., & Linszen, D.H. (2004). Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*, 19, 226-229.
- Dinas Kesehatan Provinsi DIY. (2010) *Profil kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta*.
- Endraswara, S. (2012). *Falsafah hidup Jawa*. Jakarta: Buana Ilmu Populer.
- Gangguan jiwa makin merebak. (11 Oktober 2009). Diunduh dari: [http://www.waspada.co.id/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57906:-gangguan-jiwa-makin-merebak&catid=46&Itemid=128](http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=57906:-gangguan-jiwa-makin-merebak&catid=46&Itemid=128) tanggal 6 Mei 2012.
- Ghanean, H., Nojomi, M., & Jacobsson, L. (2001). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action*, 1, 11-17 2011. DOI 10.5463/SRA.v1i1.10.
- Grano, N., Lindsberg, J., Karjalainen, M., Nroos, P. G., & Blomber, A. (2010). Duration of untreated psychosis is associated with more negative schizophrenia symptoms after acute treatment for first-episode psychosis. *Clinical Psychologist*, 14(1), 10-13.
- Koentjaraningrat. (2009) *Pengantar ilmu antropologi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Lai, Y.M., Hong, C.P.H., & Chee, (2000). Stigma of mental health. *Singapore Medication Journal*, 42(3), 111-114.
- L'opez-Ibor, J.J., Cuenca, O., & L'opez-Ibor, M. (2008). Stigma and health care staff. Dalam Arboleda-Fl'orez, J. & Sartorius, N. (Ed.). *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions* (hal 69-83). Inggris: John Wiley & Sons Ltd.
- Purwandari, K.E. (2001). *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*, Jakarta; Lembaga Sarana Pengukuran & Pendidikan Psikologi (LPSP3) – Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Platz, C., Umbricht, D.S., Cattapan-Ludewig, K., Dvorsky, D., Arbach, D., Brenner, H. & Simon, A.E. (2006). Help-seeking pathways in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 967-974.
- Sharifi, S., Kermani-Ranjbar, T., Amini, H., Alaghband-rad, J., Salesian, N., &

- Seddigh, A. (2009). Duration of untreated psychosis and pathways to care in patients with first-episode psychosis in Iran. *Early Intervention in Psychiatry*, 3, 131–136. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00119.x.
- Smet, B. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: Grasindo.
- Subandi, M.A. (2006). Psychocultural dimension of recovery from first episode psychosis in Java. Ph.D *Dissertation* (Unpublished). University of Adelaide, Australia.
- Subandi, M.A., & Marchira, C. (2010). The role of family empowerment and family resilience on the recovery of psychotic patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1-16.
- Tranulis, C., Park, L., Delano, L., & Good, B. (2009). Early intervention in psychosis: A case study on normal and pathological. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 33, 608–622.
- Zacharias, S. (2006). Mexican Curanderismo as Ethnopsychotherapy: A qualitative study on treatment practice, effectiveness, and mechanism of change. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53(4), 381-400.