

REPRESENTASI SOSIAL TENTANG GANGGUAN JIWA PADA MASYARAKAT YANG INGIN Mencari BANTUAN PSIKOLOGIS FORMAL (STUDI PADA MASYARAKAT BANTEN YANG RELATIF MODERN)

Ferdinand Prawiro & Agnes Vereen

Fakultas Psikologi, Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta, Indonesia
Corresponding author: ferdi.prawiro@atmajaya.ac.id

ABSTRACT

Banten is one of the provinces that ranks first in health centers that organize mental health efforts. In Banten Province, the prevalence of patients with mental disorders who received treatment and were not abandoned was only 32.16%. With adequate knowledge and access to mental health services, there is no behavior to seek formal psychological help in there. This study aims to understand the meaning of mental disorders in Bantenese society using social representation theory with a structural approach and divided into two stages. The first stage aims to find the attributes of social representations of mental disorders using the word association method. There were 172 participants who participated in the first stage with a total of 929 responses. The categorization process was carried out, and 36 categories were obtained. Content analysis resulted in a Cohen's Kappa value of .588. The second stage aims to map the central core and peripheral attributes using the double denial technique. Results from 181 participants were tested with chi-square goodness of fit expected frequency. The social representation of mental illness in Banten society includes 17 attributes, 12 attributes of central core elements, and five attributes of peripheral elements. The results showed that Banten people have sufficient knowledge related to mental illness and sources of help. However, people still have negative views, concerns, cost considerations, feelings of helplessness, and confidentiality issues. Psychoeducation can be recommended as an intervention to increase public knowledge and shake abnormal and crazy attributes in peripheral elements

Keywords: *social representation, structural approach, central core, peripheral, mental disorder*

PENDAHULUAN

American Psychology Association mendefinisikan gangguan jiwa sebagai kondisi kesehatan yang melibatkan perubahan emosi, pemikiran, atau perilaku (atau kombinasi dari semuanya). Gangguan jiwa dikaitkan dengan masalah yang mengganggu fungsi sosial, pekerjaan, atau keluarga (Parekh, 2018). Berdasarkan data

dari *Institute for Health Metrics and Evaluation* (2017) dinyatakan bahwa secara global, kontributor terbesar tahun hidup dengan kesakitan atau disabilitas (*Years Lived with Disability Conditions/YLDs*) adalah gangguan jiwa (14.4%). Data ini menggambarkan bahwa gangguan jiwa merupakan masalah global yang serius dan memerlukan penanganan serta pencegahan. *World Health*

Organization menjelaskan upayanya dalam menangani masalah jiwa di dunia adalah dengan mendukung perluasan akses keperawatan berkualitas dan terjangkau untuk semua orang yang membutuhkannya ("*Department of Mental*", 2020). Selain itu, *World Health Organization* juga melibatkan promosi kesehatan jiwa dan pencegahan gangguan mental, neurologis, dan penggunaan zat.

Sebagaimana diharapkan oleh *World Health Organization*, pemerintah Indonesia membuat kebijakan terkait kesehatan jiwa dalam Undang-Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, yang menjelaskan bahwa tujuan upaya kesehatan jiwa adalah memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi Orang dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Sebagai catatan, ODMK merupakan kondisi orang dengan masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan, dan/atau kualitas hidupnya, sehingga beresiko mengalami gangguan jiwa. Sementara ODGJ merupakan orang dengan gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam sekumpulan gejala dan/atau perilaku yang bermakna, sehingga menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia. Berbagai program penanggulangan masalah kesehatan jiwa yang dilakukan Kementerian Kesehatan Indonesia, meliputi peningkatan layanan kesehatan jiwa di puskesmas dan rumah sakit umum berupa pelatihan bagi petugas dan kader; peningkatan peran serta

masyarakat terutama keluarga penderita; peningkatan sistem rujukan; dan upaya pengintegrasian dengan program kesehatan lain (Kementerian Kesehatan, 2011). Selain itu, pemerintah Indonesia juga mencanangkan tahun 2017 sebagai tahun "bebas pasung" ("*Kajian Pengembangan*", 2017). Arah pembangunan kesehatan di Indonesia sesuai dengan RPJMN III 2015-2019, dari kuratif bergerak ke arah promotif dan preventif sesuai dengan kondisi dan kebutuhan. Hal ini juga didukung dengan penjelasan bahwa Kementerian Kesehatan Indonesia di tahun 2019 akan berfokus pada upaya pencegahan guna menanggulangi masalah kesehatan jiwa di Indonesia ("*Targetkan Indonesia*", 2019). Berdasarkan uraian di atas dapat terlihat bahwa pemerintah Indonesia melakukan berbagai upaya dalam menangani masalah kejiwaan. Akan tetapi, berdasarkan data penderita gangguan jiwa di Indonesia yang menerima pengobatan dan tidak ditelantarkan secara nasional hanya sebesar 38,14% (Dashboard Indikator Keluarga Sehat, 2019). Kemudian, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (2018) terdapat 31.5% rumah tangga yang memasung anggota keluarganya yang memiliki gangguan jiwa skizofrenia/psikosis. Rendahnya prevalensi penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan serta tingginya kasus pemasungan, menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan kesadaran dan pelayanan kesehatan jiwa dapat dikatakan belum sepenuhnya berhasil.

Salah satu provinsi yang menempati urutan pertama dengan puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa adalah Banten, dengan nilai

prevalensi 100% (Direktorat Jendral P2P, dalam “*Pusat Data*”, 2019). Pengelompokan kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa adalah kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 puskesmas di wilayahnya dengan kriteria: memiliki minimal 2 (dua) tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa (dokter dan perawat); melaksanakan upaya promotif kesehatan jiwa dan preventif terkait kesehatan jiwa yang terintegrasi dengan program kesehatan puskesmas lainnya; melaksanakan deteksi dini, penegakan diagnosis, penatalaksanaan awal dan pengelolaan rujukan balik kasus gangguan jiwa (“*Profil kesehatan*”, 2019). Berdasarkan Dinas Kesehatan Provinsi Banten (2017) diketahui bahwa jumlah layanan jiwa di puskesmas yang ada di Banten sejumlah 70 puskesmas dari 235 puskesmas yang ada di Provinsi Banten.

Berdasarkan data penderita gangguan jiwa yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan di Provinsi Banten prevalensinya sebesar 32,16%, yang mana nilai ini berada di bawah rata-rata nasional (Dashboard Indikator Keluarga Sehat, 2019). Di tahun 2017 Dinas Kesehatan Provinsi Banten (2017) menyatakan bahwa kasus pasung di Banten mencapai 101 jiwa. Padahal Provinsi Banten memiliki peraturan khusus yang dirancang untuk menanggulangi masalah pasung dalam Peraturan Gubernur Banten Nomor 83 Tahun 2017 Tentang Gerakan Banten Bebas Pasung. Melalui fenomena pemasangan orang dengan gangguan jiwa, dapat terlihat adanya bantuan selain formal yang diberikan oleh orang sekitar penderita gangguan jiwa. Bantuan formal merupakan penyedia

layanan kesehatan profesional dengan peran khusus dalam penyampaian perawatan kesehatan mental, misalnya: psikiater, psikolog, dokter umum, dan perawat kesehatan mental. Sedangkan penyedia layanan dan profesional yang tidak memiliki peran khusus dalam pemberian perawatan kesehatan mental, misalnya: guru, supervisor, pelatih, disebut bantuan semi-formal. Kemudian dukungan sosial informal, adalah sumber bantuan yang didapatkan dari awam terdekat, misalnya: teman, pasangan, orang tua. Sumber bantuan yang terakhir adalah pertolongan diri sendiri (*self-help*), misalnya: penggunaan situs web yang tidak terarah (Rickwood et al., 2012).

Melalui data ini dapat disimpulkan bahwa dengan adanya pelayanan kesehatan jiwa yang memadai, penduduk Banten seharusnya memiliki akses dan pengetahuan terkait gangguan jiwa yang lebih luas dibandingkan provinsi lainnya di Indonesia. Namun ternyata sebagian masyarakat belum menunjukkan perilaku untuk mencari bantuan psikologis secara formal. Cramer (1999) menjelaskan fenomena ketersediaan layanan profesional kesehatan mental dan tidak mencari bantuan disebut sebagai “*service gap*”. Fenomena *service gap* ini dapat ditinjau menggunakan teori perilaku mencari bantuan. Menurut Rickwood, Deane, Wilson dan Ciarrochi (2005), mencari bantuan adalah proses secara aktif mencari dan memanfaatkan hubungan sosial untuk membantu masalah pribadi. Faktor-faktor yang diperkirakan mempengaruhi proses pencarian bantuan, antara lain: kesadaran pribadi dalam kaitannya dengan masalah kesehatan jiwa; kemampuan untuk mengartikulasikan atau mengungkapkan

kepada orang lain; ketersediaan sumber bantuan; serta kemauan untuk mengungkapkannya kepada orang lain.

Berdasarkan uraian di atas dapat terlihat bahwa masyarakat Banten seharusnya memiliki pengetahuan serta akses layanan kesehatan jiwa yang memadai, sehingga seluruh faktor perilaku mencari bantuan muncul. Akan tetapi, teori pencarian bantuan lebih berfokus pada individual, sedangkan penelitian ini berusaha untuk mengkaji fenomena di masyarakat yang berfokus pada perspektif kolektif. Oleh karena itu, penelitian ini akan menggunakan teori representasi sosial dalam proses mengkajinya. Peneliti menduga bahwa fenomena *service gap* ini terjadi karena adanya pemaknaan tentang gangguan jiwa yang menghambat individu di kelompok dalam mencari bantuan, sehingga penelitian ini bermaksud untuk melihat pandangan dan pemaknaan masyarakat Banten yang ingin mencari bantuan psikologis formal. Penelitian ini diharapkan dapat membantu mengatasi fenomena *service gap* dengan melihat adanya pemaknaan yang menjadi penghalang masyarakat dalam mencari bantuan psikologis formal. Proses memaknai suatu hal atau objek ini disebut juga sebagai representasi sosial. Moscovici (dalam Wagner et al., 1999) menjelaskan bahwa representasi sosial merupakan elaborasi kolektif yang dilakukan oleh kelompok tertentu terhadap suatu objek sosial untuk mengatur perilaku dan komunikasi.

Secara khusus penelitian ini menggunakan struktur representasi sosial yang mencakup elemen inti dan perifer dalam melihat pemaknaan individu terkait gangguan jiwa. Pendekatan struktural

digunakan karena tujuan penelitian ini adalah ingin melihat gambaran representasi sosial tentang gangguan jiwa berdasarkan sebuah struktur, bukan bagaimana perkembangan representasi sosial tersebut dari masa ke masa maupun dinamika interaksi sosial yang membentuk representasi tersebut. Elemen inti dan perifer dijelaskan dalam *central core theory* oleh Abric (dalam Sammut et al., 2015), yang juga dikenal sebagai *central nucleus theory* atau '*noyau central*', yang merupakan teori struktur representasi sosial. Struktur representasi sosial terdiri dari *central core* dan *peripheral core*. Sammut et al. (2015) menjelaskan bahwa *central core* menunjukkan gagasan yang dianggap lebih penting, paling melekat kuat, esensial dan cenderung bersifat stabil, menetap atau tidak mudah untuk berubah. Sedangkan elemen *peripheral core* dapat ditemui di sekitar *central core* yang memberikan gambaran pelengkap dari unsur utama yang bersifat dinamis dan mudah berubah. Sammut et al. (2015) menggambarkan bahwa elemen *central core* identik dengan konsensus yang signifikan di antara anggota kelompok, bersifat umum, sedikit jumlahnya, elemen bersifat abstrak, stabil dari waktu ke waktu, dan tidak bisa dinegosiasikan. *Central core* berkaitan dengan nilai, norma dan sejarah kelompok, serta berkontribusi pada homogenitas grup. Sedangkan elemen *peripheral core* banyak perbedaan di antara anggota kelompok, elemen konkrit dan kontekstual, banyak dan bervariasi, serta tidak stabil, dan tergantung kondisi. *Peripheral core* berkaitan dengan pengalaman individu anggota grup dan memungkinkan heterogenitas grup.

Penelitian terkait representasi sosial tentang gangguan jiwa pernah dilakukan sebelumnya di Banten oleh Putri dan Prawiro (2018), yang menjelaskan bahwa di Indonesia gangguan mental hampir selalu diterjemahkan menjadi gangguan jiwa, istilah yang bisa juga berarti "gangguan roh". Istilah jiwa atau roh memiliki makna yang erat kaitannya dengan alam spiritual. Penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa peran serta dukun dalam proses pengobatan penderita gangguan jiwa yang dianggap memiliki keterkaitan dengan supranatural mengindikasikan bahwa faktor budaya masih melekat di masyarakat Indonesia. Humaeni (2012) menjelaskan bahwa Banten sejak dulu dikenal sebagai daerah yang religius, dengan Islam agama mayoritas yang dianut dan merupakan Islam paling fanatik kedua di Indonesia setelah Aceh. Selain itu, mitos yang paling banyak ditemukan di Banten adalah tentang manusia suci yang dianggap memiliki kelebihan luar biasa dan kehebatan magis. Kentalnya agama dan kepercayaan masyarakat dapat terlihat dari buku-buku sejarah Banten, diketahui bahwa Kyai selalu memiliki peran penting bagi masyarakat Banten. Kyai dengan ilmu agama dan kemampuan ilmu supranaturalnya menjadi tempat masyarakat Banten dalam meminta pertolongan dan bantuan dalam mengatasi berbagai persoalan praktis (Humaeni, 2012). Penelitian yang dilakukan oleh Putri dan Prawiro (2018) dilatarbelakangi oleh fenomena pasung dan menyasar masyarakat di Kecamatan Ciomas di Serang, Banten. Secara tidak langsung populasi dalam penelitiannya adalah mereka yang masih tradisional dan tidak

memiliki keinginan untuk mencari bantuan psikologis secara formal. Penelitian ini akan berbeda dengan penelitian sebelumnya, dimana kelompok yang dipilih adalah masyarakat yang relatif modern (baik infrastruktur dan tingkat sosial-ekonomi) serta memiliki keinginan mencari bantuan psikologis formal.

Dengan demikian, tujuan penelitian ini adalah untuk melihat gambaran representasi sosial (*central core dan peripheral*) tentang gangguan jiwa pada masyarakat Banten yang relatif modern yang memiliki keinginan untuk mencari bantuan psikologis formal.

METODE

Partisipan

Pada tahap pertama, sampel terdiri 172 partisipan yang diperoleh melalui *accidental sampling*. Rentang usia antara 18 tahun hingga 54 tahun dengan mayoritas berusia 18-29 tahun, yaitu sebanyak 162 orang (94.19%). Mayoritas partisipan berdomisili di Kota Tangerang Selatan (f=118 orang/68.60 %) dengan pendidikan terakhir SMA (f=135 orang/78.49 %).

Pada tahap kedua, sampel terdiri 181 orang yang diperoleh melalui *accidental sampling*. Rentang usia antara 18-54 tahun dengan mayoritas berusia 18-29 tahun, yaitu sebanyak 175 orang (96.69%). Mayoritas partisipan berdomisili di Kota Tangerang Selatan (f=140 orang/77.35%) dan pendidikan terakhir adalah SMA (f=149 orang/82.32%).

Prosedur

Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui dua tahap dengan menggunakan

metode *word association* dan teknik *calling into questions*. Alat ukur dibuat dalam bentuk formulir *online* yang kemudian tautannya diberikan kepada calon partisipan. Pengumpulan data tahap pertama dilakukan dengan menggunakan metode asosiasi kata atau *word association* dengan memberikan sebuah pertanyaan terbuka (*open-ended question*). Kemudian partisipan diminta untuk mengetik di formulir *online* yang telah disediakan mengenai hal-hal yang muncul secara cepat dan spontan di benaknya ketika membaca kata “gangguan jiwa”. Jawaban bersifat bebas, tidak ada batasan jumlah respon, dan tidak ada jawaban yang benar atau salah. Respon-respon yang muncul pada tahap pertama ini diolah dan dikategorisasi ke dalam kelompok kata yang serupa sebagai atribut-atribut representasi sosial gangguan jiwa pada masyarakat Banten.

Tahap kedua dilakukan dengan pendekatan kuantitatif, hasil kategorisasi yang didapat dari tahap pertama dijadikan item pada kuesioner tahap kedua. Teknik yang digunakan pada tahap kedua ini disebut *calling into questions*, berbentuk pernyataan-pernyataan yang dinegasikan. Kuesioner tahap kedua ini bertujuan untuk mengetahui atribut mana yang masuk ke dalam elemen *central core* ataupun elemen *peripheral* dari representasi sosial gangguan jiwa pada masyarakat Banten. Pada tahap ini partisipan diminta untuk memberikan tanggapan (sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, sangat setuju) dengan menandai pilihan yang sesuai dengan pernyataan-pernyataan yang dinegasikan secara *online*.

Metode Analisis Data

Data pada tahap pertama berupa respon/jawaban partisipan dan dianalisis dengan mengelompokkan data ke dalam beberapa kategori. Respon-respon dikategorikan berdasarkan kemiripan respon yang pada akhirnya menjadi atribut-atribut representasi sosial gangguan jiwa. Proses analisis konten (*content analysis*) dilakukan dengan bantuan rekan peneliti dengan tujuan untuk menjaga reliabilitas kategorisasi dan memastikan proses *content analysis* tidak terpengaruh oleh penilaian subjektif peneliti. Hasil kategorisasi peneliti dan rekan peneliti sebagai *interrater* dibandingkan dan dianalisis menggunakan uji statistik *Cohen Kappa Interrater Agreement*. Menurut Kraska-Miller (2014), uji statistik *Cohen Kappa Interrater Agreement* dapat mengukur sejauh mana tingkat kesepakatan antara dua atau lebih peneliti. Uji statistik ini memastikan kategori yang dibuat tidak bersifat subjektif dan kesamaan hasil penilaian antara peneliti bukanlah suatu kebetulan (Kraska-Miller, 2014).

Pengambilan data tahap kedua bertujuan untuk menggolongkan tiap atribut representasi sosial dalam elemen *central core* dan *peripheral*. Seluruh data yang terkumpul diinput oleh peneliti ke dalam sebuah tabel yang terdiri dari jawaban berbentuk empat poin dalam *rating* skala Likert pada tiap item. Kemudian, peneliti mengelompokkan data ke dalam dua kategori, yaitu respon negatif (“Sangat Tidak Setuju” dan “Tidak Setuju”) dan respon positif (“Setuju” dan “Sangat Setuju”). Kategori yang akan diuji adalah kategori respon negatif, karena semakin besar respon penolakan

memperbesar kemungkinan suatu atribut sebagai *central core*. Frekuensi respon negatif akan diuji menggunakan uji *chi-square goodness of fit* dengan $\frac{2}{3}$ *expected frequency*. Peneliti menghitung $\frac{2}{3}$ dari total partisipan dan dibandingkan dengan jumlah respon negatif yang muncul pada tiap atribut. Atribut dengan frekuensi respon negatif yang secara signifikan lebih tinggi dari $\frac{2}{3}$ *expected frequency* merupakan *central core* (Tafani et al., 2002). Signifikan atau tidaknya frekuensi respon negatif akan terlihat ketika hasil uji *chi-square* (χ^2) lebih besar dari nilai *chi-square* tabel dan signifikansi kurang dari .05. Jika frekuensi respon negatif mencapai atau lebih dari $\frac{2}{3}$ *expected frequency* dan signifikan dalam uji *chi square goodness of fit*, maka atribut tersebut dinyatakan sebagai *central core*. Selain kemungkinan tersebut, maka atribut merupakan elemen *peripheral*.

HASIL

Tahap Pertama

Seluruh jawaban yang dihasilkan sebanyak 929 buah, kemudian dikelompokkan dan menghasilkan 36 kategori. Kategorisasi dilakukan dengan melihat kesamaan maksud/arti dari masing-masing jawaban dan mengelompokkannya ke dalam satu kategori. Untuk menghasilkan atribut representasi sosial tentang gangguan jiwa, peneliti melakukan eliminasi terhadap kategori yang memiliki jumlah frekuensi partisipan (n) kurang dari 10% total partisipan, yaitu 17 orang. Proses eliminasi menghasilkan 17 kategori yang akan digunakan untuk penelitian tahap kedua (lihat tabel 1).

Tabel 1.

Hasil Kategorisasi Respon Tahap Pertama

No	Atribut Representasi Sosial	Jumlah orang	Jumlah respon
1	Penyakit	77	112
2	Disebabkan oleh tekanan hidup	82	102
3	Berhubungan dengan mental	79	97
4	Tidak sehat	59	66
5	Memerlukan dukungan emosional	40	54
6	Memerlukan bantuan psikolog	22	22
7	Memerlukan bantuan psikiater	27	23
8	Gila	36	36
9	Aspek emosi	29	35
10	Penting untuk dibantu	31	34
11	Tempat pengobatan	30	30
12	Pengalaman buruk di masa lalu	23	28
13	Memerlukan obat	25	28
14	Ilmu psikologi	24	24
15	Berbahaya	21	22
16	Berbeda	17	18
17	Kehilangan kontak realitas	16	18

Untuk memastikan bahwa kategori yang telah dibuat oleh peneliti tidak bersifat subjektif, maka dilakukan perhitungan statistik *Cohen Kappa Interrarter-Agreement*. Hasil uji reliabilitas *Cohen Kappa Interrarter-Agreement* menghasilkan nilai Cohen's Kappa (K) = 0.588. Berdasarkan panduan dari Kraska-Miller (2014) nilai Kappa (K) sebesar 0.588 termasuk ke dalam kategori *moderate* atau sedang.

Tahap Kedua

Terdapat 12 dari 17 atribut yang teruji secara signifikan dalam uji *chi square goodness of fit* dengan $\frac{2}{3}$ *expected frequency*. Hal tersebut mengindikasikan bahwa 12 atribut tersebut berada di dalam

central core, sedangkan 5 atribut lainnya merupakan *peripheral* dari representasi

sosial tentang gangguan jiwa pada masyarakat Banten (lihat tabel 2)

Tabel 2.
Hasil Penelitian Tahap Kedua

Atribut Representasi Sosial	<i>f_o</i>	Ket.	Centrality Score	χ^2	Keterangan
Perlu dibantu*	177	<i>f_o>f_e</i>	0.98	26.30	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Berhubungan dengan mental*	177	<i>f_o>f_e</i>	0.98	26.30	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Dipelajari dalam ilmu psikologi*	171	<i>f_o>f_e</i>	0.94	21.00	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Memerlukan dukungan emosional*	167	<i>f_o>f_e</i>	0.92	17.79	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Perlu ditangani oleh psikiater*	167	<i>f_o>f_e</i>	0.92	17.79	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Perlu ditangani oleh psikolog*	164	<i>f_o>f_e</i>	0.91	15.56	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Berhubungan dengan pengalaman buruk di masa lalu*	164	<i>f_o>f_e</i>	0.91	15.56	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Berkaitan dengan aspek emosi*	164	<i>f_o>f_e</i>	0.91	15.56	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Membahayakan keselamatan dirinya maupun orang lain*	163	<i>f_o>f_e</i>	0.90	14.85	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Sakit*	152	<i>f_o>f_e</i>	0.84	8.14	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Memerlukan obat*	151	<i>f_o>f_e</i>	0.83	7.63	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Disebabkan oleh tekanan hidup*	148	<i>f_o>f_e</i>	0.82	6.19	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Perlu tempat khusus dalam menanganinya**	139	<i>f_o>f_e</i>	0.77	2.79	χ^2 hitung < χ^2 tabel
Penyakit**	136	<i>f_o>f_e</i>	0.75	1.95	χ^2 hitung < χ^2 tabel
Abnormal**	120	<i>f_o<f_e</i>	0.66	0.00	χ^2 hitung < χ^2 tabel
Tidak dapat membedakan mana yang nyata dan khayalan**	72	<i>f_o<f_e</i>	0.40	19.63	χ^2 hitung > χ^2 tabel
Gila**	59	<i>f_o<f_e</i>	0.33	31.51	χ^2 hitung > χ^2 tabel

Keterangan:

(*) Atribut yang termasuk dalam *central core*.

(**) Atribut yang termasuk dalam *peripheral*.

Berdasarkan pengertiannya, *central core* merupakan sumber makna dalam suatu representasi (Camargo & Wachelke, 2010). Atribut dalam elemen ini berkaitan erat dengan memori kolektif, sejarah, dan akar ideologi dari sebuah kelompok sosial. Sammut et al. (2015) menggambarkan elemen *central core* bersifat umum, sedikit jumlahnya, abstrak, stabil dari waktu ke waktu, tidak bisa dinegosiasikan, serta berkontribusi pada homogenitas grup. Berdasarkan penelitian ini, atribut yang memenuhi kriteria *central core* adalah:

- perlu dibantu
- berhubungan dengan mental

- dipelajari dalam ilmu psikologi
- memerlukan dukungan emosional
- perlu ditangani oleh psikiater
- perlu ditangani oleh psikolog
- berhubungan dengan pengalaman buruk di masa lalu
- berkaitan dengan aspek emosi
- membahayakan keselamatan dirinya maupun orang lain
- sakit
- memerlukan obat
- disebabkan oleh tekanan hidup

Elemen *peripheral* bersifat dinamis, sehingga memungkinkan representasi berubah atau menyesuaikan

dengan berbagai konteks sosial (bersifat kontekstual). Ketika keadaan berubah elemen *peripheral* juga dapat terpengaruh, seperti masalah yang lebih menonjol di media, tujuan, dan ketertarikan pribadi memungkinkan elemen *peripheral* muncul atau menghilang (Sammud et al., 2015). Atribut yang tidak memenuhi kriteria termasuk ke dalam elemen *peripheral*, yaitu:

- perlu tempat khusus dalam menanganinya
- penyakit
- abnormal
- tidak dapat membedakan mana yang nyata dan khayalan
- gila

Interpretasi

Jika dibagi berdasarkan temanya, terdapat 6 kelompok utama dari gabungan atribut di elemen *central* dan *peripheral*, yaitu: karakteristik orang dengan gangguan jiwa, gambaran kondisi orang dengan gangguan jiwa, penyebab gangguan jiwa, akibat yang muncul dari gangguan jiwa, solusi dalam menangani gangguan jiwa, serta label yang melekat dengan gangguan jiwa. Secara umum, masyarakat Banten mengenali gangguan jiwa sebagai suatu kondisi yang mengganggu mental dan emosi. Hal ini membuat orang dengan gangguan jiwa digambarkan sebagai seseorang yang memiliki masalah dalam mengontrol diri dan emosi. Masyarakat Banten menganggap bahwa gangguan jiwa dipicu oleh pengalaman buruk dan tekanan hidup, serta memandang gangguan jiwa sebagai suatu kondisi yang perlu mendapatkan penanganan. Akan tetapi masih ada label atau pandangan buruk

yang melekat pada orang dengan gangguan jiwa.

Karakteristik Orang Dengan Gangguan Jiwa

Pada tema karakteristik terdapat atribut “berhubungan dengan mental” dan “berkaitan dengan aspek emosi” pada elemen *central*, serta atribut “tidak dapat membedakan yang nyata dan khayalan” pada elemen *peripheral*. Penggunaan istilah sakit mental, gangguan mental, atau *mental illness* sebagai istilah lain yang digunakan untuk gangguan jiwa peneliti interpretasikan erat kaitannya dengan atribut “berhubungan dengan mental”, dalam hal ini bahasa dianggap menjadi pengaruh terbentuknya representasi sosial.

Jika dikaitkan dengan respon dari atribut “berkaitan dengan aspek emosi”, partisipan menggambarkan sosok pengidap gangguan jiwa dengan perasaan yang mudah teriritasi, tidak stabil, merasakan emosi-emosi negatif, dan tidak mampu mengendalikan diri. Kemudian respon pada atribut “tidak dapat membedakan yang nyata dan khayalan”, di antaranya hilang kesadaran, kehilangan akal, linglung dan bingung, kehilangan kontak realitas, dan sulit diajak berkomunikasi. Peneliti menginterpretasi kedua atribut ini saling berhubungan, dimana elemen *central* menjadi sumber makna elemen *peripheral*. Seperti yang dijelaskan Sammut et al. (2015), elemen *peripheral* bergantung dan dimodulasi oleh elemen *central* dalam pembentukan maknanya. Kehilangan kendali untuk mengontrol diri pada elemen *central* membuat pemaknaan karakteristik orang dengan gangguan jiwa erat dikaitkan dengan hilangnya kesadaran pada elemen *peripheral*.

Peneliti menginterpretasi atribut “tidak dapat membedakan yang nyata dan khayalan” terkategori dalam elemen *peripheral*, karena orang dengan gangguan jiwa tidak selalu memiliki masalah dengan kontak realitas, seperti gejala halusinasi/delusi, namun orang dengan gangguan jiwa seringkali digambarkan memiliki gejala halusinasi/delusi di media. Seperti yang dijelaskan oleh Höijer (2011), representasi sosial pada individu dan kelompok dapat terbentuk melalui interaksi sosial dan komunikasi. Perkembangan pesat di bidang teknologi saat ini ikut berkontribusi dalam membentuk pikiran/pandangan masyarakat. Moscovici (dalam Höijer, 2011) menekankan peran media dalam perkembangan representasi sosial. Media memungkinkan pembentukan atribut “tidak dapat membedakan yang nyata dan khayalan” dalam elemen *peripheral*. Peneliti menduga banyaknya tayangan orang dengan gangguan jiwa yang digambarkan memiliki gejala halusinasi/delusi di media turut berperan dalam pembentukan atribut ini. Penggambaran di media ini mungkin berubah dari waktu ke waktu, dan kembali kepada pengalaman individu dalam menerima informasi di media. Atribut “berhubungan dengan aspek emosi” dan “tidak mampu membedakan yang nyata dan khayalan” berada pada tema yang sama, namun berada pada elemen yang berbeda. Hal ini dikarenakan karakteristik pada gangguan jiwa memang tergantung pada jenisnya, tetapi secara umum aspek yang mengalami gangguan adalah emosi, pola pikir, dan perilaku. Oleh karena itu, atribut “berkaitan dengan aspek emosi” masuk ke dalam elemen *central*, karena sifatnya yang stabil serta menjadi sumber

makna pada atribut lainnya. Sedangkan atribut “tidak dapat membedakan yang nyata dan khayalan” masuk ke dalam elemen *peripheral* karena bersifat kontekstual, spesifik, dan tidak stabil.

Gambaran Kondisi Orang Dengan Gangguan Jiwa

Pada tema kondisi terdapat atribut “sakit” pada elemen *central* dan atribut “penyakit” pada elemen *peripheral*. Terdapat hal menarik dari hubungan atribut “sakit” dan “penyakit”, dimana kedua atribut saling berhubungan. Jika seseorang dianggap sedang sakit, maka kemungkinan besar orang tersebut sedang menderita penyakit. Penemuan ini menunjukkan bahwa masyarakat Banten menggambarkan orang dengan gangguan jiwa adalah seseorang yang dalam keadaan tidak baik secara jasmani maupun rohani. Mereka yang mengalami gangguan jiwa juga dipandang sebagai seseorang yang tidak dapat menjalankan fungsi atau perannya dengan baik dalam aktivitas sehari-hari. Memori kolektif masyarakat tentang *mental illness* atau sakit jiwa adalah istilah yang menggambarkan orang dengan gangguan jiwa adalah orang-orang yang berada dalam kondisi sakit.

Kemampuan masyarakat mengenali karakteristik atau gejala membuat atribut “penyakit” menjadi salah satu representasi sosial dari gangguan jiwa. Selain itu, sifat gangguan jiwa yang berhubungan dengan mental dan tidak kasat mata membuat atribut “penyakit” dipahami oleh masyarakat bahwa gangguan jiwa serupa dengan penyakit medis atau biologis. Peneliti menginterpretasi adanya proses *anchoring*, dimana ide-ide asing dapat dikenali dan menjadi bagian dari kerangka

acuan kolektif suatu masyarakat dengan mengaitkan fenomena atau konteks yang sudah dikenal (Höijer, 2011). Dalam hal ini, gangguan jiwa sebagai suatu hal yang asing, abstrak, dan sulit untuk dikenali dikaitkan dengan penyakit sebagai suatu hal yang pernah dikenali/dipelajari sebelumnya. Hal ini dapat terlihat dari bagaimana masyarakat memandang penyebab gangguan jiwa. Masyarakat mengaitkan penyebab gangguan jiwa dengan faktor sosial dan psikologis, bukan dengan faktor biologis, namun mengaitkannya dengan penyakit. Peneliti menginterpretasi bahwa masyarakat menganalogikan gangguan jiwa dengan penyakit, namun sifatnya tidak identik. Dengan analogi ini, maka atribut “penyakit” dapat dipahami berada dalam elemen *peripheral*. Adanya kesenjangan antara pemaknaan tentang penyebab dan kondisi ini membuat atribut ini bersifat tidak stabil. Pemaknaan penyebab dan sifatnya yang tidak stabil dalam proses *anchoring* memungkinkan atribut “penyakit” masuk ke dalam elemen *peripheral*. Walaupun demikian, keberadaan atribut “penyakit” di elemen *peripheral* menunjukkan tidak semua responden menganggap gangguan jiwa sebagai suatu penyakit.

Penyebab Gangguan Jiwa

Pada tema penyebab terdapat 2 elemen *central* yang saling berkaitan, yaitu “berhubungan dengan pengalaman buruk di masa lalu” dan “disebabkan oleh tekanan hidup”. Berdasarkan respon dari partisipan pada penelitian ini gangguan jiwa digambarkan sebagai keadaan yang disebabkan oleh pengalaman buruk di masa lalu, seperti kegagalan, masalah

ekonomi, tuntutan dari orang sekitar, pengalaman di masa kecil atau masa lalu, perundungan, perceraian, burnout, serta berada pada hubungan sosial yang tidak sehat. Pengalaman buruk di masa lalu menyebabkan munculnya sakit hati, luka batin, dan trauma. Kemudian partisipan juga mengaitkan gangguan jiwa dengan tekanan yang berasal dari pikiran, yang kemudian membuat seseorang merasa frustrasi, stress dan tertekan.

Akibat Yang Muncul Dari Gangguan Jiwa

Tema yang berikutnya adalah akibat, dengan atribut “membahayakan keselamatan dirinya maupun orang lain” sebagai elemen *central*. Masalah pada aspek emosi dan ketidakmampuan orang dengan gangguan jiwa untuk mengontrol diri pada atribut sebelumnya, peneliti kaitkan dengan atribut “membahayakan keselamatan dirinya maupun orang lain”. Respon yang dihasilkan pada atribut ini dapat dikelompokkan menjadi berbahaya untuk orang lain dan diri sendiri. Pada kelompok berbahaya bagi orang lain, banyak dari partisipan yang menggambarkan orang dengan gangguan jiwa sebagai sosok yang kasar, sering mengamuk, galak, menakutkan, dan berbahaya. Sedangkan respon berbahaya bagi dirinya sendiri adalah orang dengan gangguan jiwa berpotensi untuk melukai diri sendiri atau bahkan melakukan percobaan untuk bunuh diri. Atribut “membahayakan keselamatan dirinya dan orang lain” yang menjadi bagian dari *central core* karena sifatnya yang stabil dan tidak bergantung pada konteksnya. Melalui atribut ini, dapat disimpulkan bahwa masyarakat Banten memaknai

gangguan jiwa dengan karakteristik berbahaya, bagaimanapun konteksnya. Lebih dalam lagi, peneliti menginterpretasi adanya kaitan atribut ini dengan atribut sebelumnya, yaitu “berkaitan dengan aspek emosi” pada elemen *central*. Orang dengan gangguan jiwa dianggap berbahaya karena memiliki masalah pada emosi dan kontrol diri, dimana perilakunya tidak dapat terkendali dan terprediksi.

Solusi Dalam Menangani Gangguan Jiwa

Tema yang berikutnya adalah solusi, dengan enam atribut *central* dan 1 atribut *peripheral*. Keenam atribut *central* tersebut adalah “perlu dibantu”, “memerlukan dukungan emosional”, “memerlukan obat”, “perlu ditangani oleh psikiater”, “perlu ditangani oleh psikolog”, dan “dipelajari dalam ilmu psikologi”. Pada elemen *peripheral* terdapat atribut “perlu tempat khusus (rumah sakit/rumah sakit jiwa) dalam menanganinya”. Secara umum, peneliti menginterpretasi atribut-atribut dalam tema ini muncul karena partisipan dalam penelitian ini mengasosiasikan gangguan jiwa dengan masalah psikis, bukan dengan biologis yang sifatnya permanen. Melalui pemikiran tersebut, muncul pemikiran bahwa gangguan jiwa dapat disembuhkan dan diatasi. Pemaknaan masyarakat tentang keadaan sakit dan mengidap penyakit pada gangguan jiwa menjadi jelas tergambar bagaimana masyarakat memaknai kebutuhan orang dengan gangguan jiwa untuk ditangani. Respon dalam atribut “perlu dibantu” secara umum adalah tidak boleh disepelekan, penting serta harus ditangani oleh ahli, dan membutuhkan penanganan yang tepat. Atribut ini

mungkin erat kaitannya dengan atribut “sakit”, dimana keadaan sakit membuat masyarakat berpikir bahwa orang dengan gangguan jiwa penting untuk ditangani dan membutuhkan bantuan ahli di bidangnya. Bantuan yang masyarakat rasa diperlukan oleh orang dengan gangguan jiwa adalah berupa dukungan emosional dan obat-obatan. Hal ini yang menjadi alasan atribut “memerlukan dukungan emosional” dan “memerlukan obat” masuk ke dalam elemen *central*. Respon dari atribut “memerlukan dukungan emosional” adalah memerlukan dukungan orang terdekat berupa perhatian, empati, simpati, toleransi, tenang, serta sabar. Bantuan berupa dukungan emosional dikarenakan dasar pemikiran masyarakat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh tekanan hidup dan pengalaman buruk sehingga dukungan berupa perhatian, empati, dan kepedulian dirasa dapat mengatasi gangguan jiwa, bukan secara biologis.

Bantuan berupa dukungan emosional yang dirasa perlu ini memungkinkan peran psikolog dalam penanganannya, hal ini dikarenakan cara penanganan yang lebih menggali pengalaman masa lalu dan tekanan hidup yang dialami oleh klien melalui konseling dan terapi. Penanganan ini menjadi sejalan dengan pemikiran masyarakat jika dikaitkan dengan penyebab yang dikaitkan dengan gangguan jiwa. Atribut “perlu ditangani oleh psikolog” dan “dipelajari dalam ilmu psikologi” menjadi saling berkaitan, karena psikologi adalah ilmu yang mempelajari kejiwaan. Selain itu, untuk menjadi psikolog, seseorang harus memiliki latar belakang ilmu psikologi. Oleh karena itu, tidak mengherankan jika atribut ini masuk ke dalam elemen *central*.

Sedangkan pada atribut “memerlukan obat” mencakup respon yang menyebut orang dengan gangguan jiwa adalah pasien yang memerlukan bantuan medis, pengobatan khusus, dirawat atau direhabilitasi, dengan bantuan obat-obatan. Jika kembali dikaitkan dengan pandangan masyarakat tentang gangguan jiwa yang dianggap sebagai suatu keadaan sakit, serta kemampuan masyarakat dalam mengidentifikasi adanya gejala/karakteristik tertentu yang muncul pada orang dengan gangguan jiwa tidak mengherankan jika gangguan jiwa dikaitkan dengan bantuan obat-obatan. Selain itu, peneliti juga menduga terjadi proses *anchoring*, dimana masyarakat mengaitkan gangguan jiwa dengan penyakit. Hal ini memungkinkan masyarakat merasa bahwa orang dengan gangguan jiwa memerlukan obat-obatan dalam penanganannya. Oleh karena itu, perlunya obat memungkinkan peran psikiater dalam penanganannya.

Pada elemen *peripheral* terdapat atribut “perlu tempat khusus (rumah sakit/rumah sakit jiwa) dalam menanganinya”, dengan respon rumah sakit dan rumah sakit jiwa. Representasi sosial tentang suatu hal sangat terkait dengan proses sejarah dari objek tersebut (Schmitz et al., 2003). Berdasarkan sejarahnya orang dengan masalah kejiwaan ditangani di berbagai tempat, seperti *asylum* (suaka) oleh lembaga sukarela, kemudian rumah sakit, dan rumah sakit jiwa. Di Indonesia, sebelum ada rumah sakit jiwa, pasien gangguan jiwa ditampung di rumah sakit sipil atau rumah sakit militer. Proses sejarah tersebut kemungkinan dapat berpengaruh pada pembentukan atribut *peripheral* “perlu

tempat khusus (rumah sakit/rumah sakit jiwa) dalam menanganinya”, dimana tempat penanganan bersifat mudah berubah dan tidak stabil.

Label Yang Melekat Dengan Gangguan Jiwa

Atribut "abnormal" dan "gila" merupakan elemen *peripheral* yang termasuk pada tema label. Kedua atribut ini dikelompokkan pada tema label, karena atribut ini merupakan identitas yang diberikan oleh masyarakat dan memiliki kecenderungan bersifat negatif. Jika dilihat secara normatif, representasi sosial mengandung unsur yang mengungkapkan afeksi dalam hubungannya dengan objek, dalam hal ini tidak menyukai/membenci/menolak (Wolter, 2018). Atribut abnormal mencakup respons berbeda, aneh, unik, menyimpang, tidak normal, dan tidak wajar. Peneliti menginterpretasi munculnya atribut ini adalah karena masyarakat mampu mengenali gejala/ciri/karakteristik yang muncul pada orang dengan gangguan jiwa, sehingga hal ini memungkinkan masyarakat mengenali adanya perbedaan yang muncul pada orang dengan gangguan jiwa. Orang dengan gangguan jiwa dipandang sebagai seseorang yang melakukan sesuatu yang tidak sesuai dengan norma sosial atau di luar batas wajar, sehingga dianggap aneh atau menyimpang. Walaupun beberapa jenis gangguan jiwa dapat mudah dikenali dengan adanya gejala yang muncul, namun tidak semua gangguan jiwa memiliki gejala yang dapat diobservasi atau dilihat. Hal ini menyebabkan atribut abnormal tergolong pada elemen *peripheral*, karena sifatnya yang kontekstual.

Jika dilihat dengan perspektif lain, hal ini mengindikasikan bahwa sebutan “orang gila” bagi ODMK dan/atau ODGJ masih relatif cukup populer pada kalangan mahasiswa. Padahal istilah “gila” tidak boleh digunakan lagi karena bersifat stigmatis. Penyebutan “Orang dengan ...” mengandung pemahaman bahwa gangguan jiwa tidak merupakan bagian yang ada dalam diri orang tsb, dan tetap dapat diupayakan pengobatan sebagaimana penyakit lain. Dengan kata lain, sebutan ODMK dan/atau ODGJ sebagai pengganti “orang gila” merupakan salah satu upaya untuk tetap memanusiakan para penderita gangguan jiwa.

DISKUSI

Penelitian ini menggambarkan pemikiran kelompok dan mengungkap makna yang mendasarinya, yang kemudian dapat dikaitkan dengan perilaku terhadap fenomena sosial. Wawasan yang diperoleh mengenai pemikiran kelompok menjelaskan bahwa masyarakat lebih mengaitkan penyebab gangguan jiwa dengan faktor sosial dan psikologis, bukan faktor biologis. Karakteristik orang yang mengalami gangguan jiwa juga dikaitkan dengan aspek emosi, pikiran, dan perilaku. Partisipan dalam penelitian ini mengetahui bentuk bantuan yang dibutuhkan, seperti dukungan emosional dan obat-obatan, serta mengetahui sumber bantuan yang dibutuhkan, yaitu dengan bantuan ahli seperti psikolog dan psikiater.

Berdasarkan penemuan ini, dapat disimpulkan bahwa secara umum pengetahuan masyarakat tentang gangguan jiwa sudah cukup memadai dan representasi sosial yang terbentuk

cenderung bersifat netral dan positif. Namun pada penelitian ini diketahui bahwa masih ada label yang bersifat negatif. Peneliti menduga bahwa hal ini menjadi salah satu penyebab rendahnya pencarian bantuan psikologis formal pada masyarakat Banten. Selain itu, isu biaya pada masyarakat yang meminta bantuan psikologis formal dan isu kerahasiaan pada masyarakat yang meminta bantuan psikologis lain, juga dapat menjadi data pendukung bahwa masyarakat masih memiliki kekhawatiran dan pertimbangan pada sumber bantuan psikologis formal.

Temuan dalam penelitian terkait pelabelan gila dan abnormalitas serta agresivitas sejalan dengan penelitian serupa yang dilakukan di Inggris dan Prancis oleh Morant (1995) menyatakan bahwa tema “perbedaan” ditemukan secara konsisten dalam representasi tentang gangguan jiwa pada awam dan profesional. Selain itu, penelitian lainnya dilakukan di India oleh Dixit (2005) juga menjelaskan bahwa orang dengan gangguan jiwa digambarkan berpotensi berbahaya bagi masyarakat, karena tingkah lakunya yang cenderung agresif dan berhubungan dengan kekerasan yang tidak disengaja, seringkali disebut sebagai manifestasi dari gangguan jiwa dan dianggap abnormal. Penelitian ini juga sejalan dengan hasil temuan Foster (2001) di Inggris, bahwa representasi sosial tentang gangguan jiwa adalah keberbedaan, tingkah laku yang tidak dapat diprediksi, dan tindak kekerasan yang tidak dapat dipahami. Hasil temuan Silberman (1998) di Mexico menjelaskan bahwa gangguan jiwa didefinisikan sebagai kegilaan (“gila”). Hal ini menggambarkan bahwa gangguan jiwa dipandang sebagai sesuatu yang

berhubungan dengan pikiran yang bermasalah, serta memiliki kecenderungan untuk berperilaku tidak sewajarnya dan kehilangan kontrol diri. Hal ini dapat menggambarkan bagaimana gangguan jiwa, khususnya hal yang berkaitan dengan karakteristik atau gejala bersifat mendasar dan universal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil temuan Ohlsson (2016) di Swedia, dimana partisipan dalam penelitiannya menyatakan masalah emosional sebagai suatu hal yang samar dan tidak jelas. Kemudian hasil temuan Silberman (1998) menjelaskan bahwa penyakit mental didefinisikan sebagai "penyakit" umum. Hal ini menggambarkan bahwa terdapat proses *anchoring* dan *objectification* pada pemahaman partisipan tentang gangguan jiwa. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan temuan Dixit (2005) yang menjelaskan partisipan dalam penelitiannya membedakan penyakit mental dari penyakit fisik, dimana penyakit fisik dipandang mudah diidentifikasi, didiagnosis dan disembuhkan secara medis sedangkan penyakit mental dipandang sulit diidentifikasi, didiagnosis, dan disembuhkan secara medis. Hal ini sesuai dengan penggambaran karakteristik orang dengan gangguan jiwa pada penelitian ini yang dikaitkan dengan aspek emosi, pikiran, dan perilaku, serta berhubungan dengan mental. Karakteristik ini bersifat tidak kasat mata dan sulit untuk teridentifikasi.

Akan tetapi, pada penelitian ini didapatkan data bahwa masyarakat Banten memandang orang dengan gangguan jiwa dapat diberikan bantuan dan pertolongan secara emosional maupun fisik dengan obat-obatan, dengan psikiater maupun

psikolog. Temuan ini bertolak belakang dengan hasil temuan Dixit (2005), dimana partisipannya memandang bahwa gangguan jiwa sulit untuk disembuhkan secara medis.

Penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian terkait yang dilakukan di Indonesia. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Subandi (2012) di Yogyakarta, gangguan jiwa dikaitkan erat dengan agama, dimana agama dianggap dapat menjadi salah satu faktor pemicu munculnya gangguan jiwa. Selain itu, penelitian serupa dilakukan di Banten oleh Putri dan Prawiro (2018), dimana hasil temuannya menjelaskan bahwa masyarakat mengaitkan penyebab gangguan jiwa dengan supranatural. Perbedaan temuan ini dapat memperlihatkan bahwa lokasi pengambilan data dan sasaran populasi mempengaruhi hasil representasi sosial. Partisipan dalam penelitian ini secara tidak langsung terfilter oleh syarat memiliki gawai dan koneksi internet. Oleh karenanya, partisipan dalam penelitian ini adalah mereka yang terpapar dengan perkembangan teknologi dan informasi, yang dimana hal ini berhubungan dengan tingkat sosial ekonomi.

Berdasarkan data dalam penelitian ini diketahui bahwa selain dikaitkan dengan bantuan oleh psikiater dan obat-obatan, masyarakat mengaitkan gangguan jiwa dengan pemberian konseling dan terapi oleh psikolog. Temuan ini menjelaskan bahwa masyarakat Banten yang relatif modern secara umum memiliki pengetahuan yang cukup terkait sumber bantuan psikologis. Akan tetapi, tidak diketahui secara pasti apakah masyarakat dapat membedakan kedua istilah antara masalah kejiwaan dengan gangguan jiwa,

serta peran dari kedua profesi (psikolog dan psikiater) tersebut. Melalui penelitian ini diketahui bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara mengenal orang dengan gangguan jiwa di sekitar dengan sumber bantuan yang dipilih. Dapat dikatakan bahwa secara umum masyarakat Banten yang relatif modern memiliki pengetahuan yang memadai tentang masalah kejiwaan dan sumber bantuan dalam menanganinya. Hal ini dapat terlihat dari data bahwa orang dengan gangguan jiwa di sekitar partisipan paling banyak ditangani oleh psikiater, kemudian secara berurutan oleh keluarga, psikolog, dan tokoh agama. Walaupun peran profesional dapat terlihat jelas di masyarakat Banten yang relatif modern, tidak dapat dipungkiri bahwa sumber bantuan lainnya masih banyak mengambil andil dalam penanganan gangguan jiwa.

SARAN

Berdasarkan data dalam penelitian ini diketahui bahwa masyarakat memandang orang dengan gangguan jiwa sebagai sosok yang abnormal dan “gila”. Mengubah representasi *peripheral* yang sifatnya negatif bisa dilakukan melalui kegiatan yang dapat menambah pengetahuan masyarakat Banten terkait gangguan jiwa. Pengetahuan yang cukup diharapkan dapat mendorong masyarakat Banten untuk meminta bantuan secara tepat. Hal ini diperlukan segera agar pemaknaan gila dan abnormal ini tidak menjadi lebih stabil dan menjadi suatu memori kolektif dari kelompok sosial, karena apabila suatu fenomena sudah dianggap sebagai sesuatu yang tidak dapat diubah maka fenomena tersebut dapat merubah representasi yang telah ada.

Pengubahan atribut ini dapat dilakukan dengan memberikan psikoedukasi kepada masyarakat Banten. Psikoedukasi diharapkan dapat memberikan pengetahuan tentang jenis dan karakteristik gangguan jiwa, bahwa tidak semua gangguan jiwa menunjukkan ketidakwarasan atau perilaku yang sangat aneh, sehingga tidak perlu khawatir untuk mencari pertolongan psikologis formal. Selain itu, gambaran orang dengan atau yang berisiko mengalami gangguan jiwa di media juga dapat diubah, dengan penggunaan sebutan ODGJ dan/atau ODMK, sehingga mereka tidak perlu dikucilkan dan perlu ditangani.

DAFTAR PUSTAKA

- Camargo, B., & Wachelke, J. (2010). The study of social representation systems: relationships involving representations on aging, AIDS and the body. *Papers on Social Representations*, 19(21), 1–21.
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.3.381>
- Data pasung provinsi Banten 2017. (2017). Dinas Kesehatan Provinsi Banten.
- Department of mental health and substance use. (2020). *World Health Organization*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substanceuse/about>
- Dixit, S. (2005). Meaning and Explanations of Mental Illness: A Social Representations Approach. *Psychology and Developing Societies*, 17(1), 1–18. <https://doi.org/10.1177/097133360501700101>

- Foster, J. L. H. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Unification and Differentiation: A Study in the Social Representation of Mental Illness.*, 10, 3.1-3.18.
- Global both sexes, all ages, 2017, DALYs. (2017). *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Höijer, B. (2011). Social Representations Theory. *Nordicom Review*, 32(2), 3–16. <https://doi.org/10.1515/nor-2017-0109>
- Humaeni, A. (2012). Makna kultural mitos dalam budaya masyarakat Banten. *Antropologi Indonesia*, 33 (3), 159-179.
- Kajian pengembangan model penanganan penyakit gangguan jiwa berbasis masyarakat. (2017). *Badan perencanaan pembangunan daerah provinsi Banten*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011, July 12). <https://kemkes.go.id/article/print/1588/tujuh-kementerian-berkoordinasi-tanggulangi-masalah-kesehatan-jiwa-di-indonesia.html>
- Kraska-Miller, M. (2014). *Nonparametric statistics for social and behavioral sciences*. Boca Raton, FL: CRC Press. Diakses dari <https://books.google.co.id/books?id=n3XNBQAAQBAJ&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Laporan riskesdas 2018. (2018). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Morant, N. (1995). What is mental illness?: social representations of mental illness among British and French mental health professionals. *Papers on Social Representations*, 4(1), 41–52.
- Ohlsson, R. (2016). Diagnosis as a resource in the social representation of mental illness. *Papers on Social Representations*, 25(1), 12.1-12.24.
- Parekh, R. (2018, August). *What is mental illness?* American Psychology Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Profil kesehatan Indonesia tahun 2019. (2019). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://www.kemkes.go.id>
- Pusat data dan informasi kementerian kesehatan Republik Indonesia. (2019). [dashboard-keluargasehat.kemkes.go.id](https://dashboard.keluargasehat.kemkes.go.id)
- Putri, E., & Prawiro, F. (2018). Social Representations of Mental Illness Among the Serang Regency Ciomas Community in Indonesia. *Makara Human Behavior Studies in Asia*, 22(2), 101. <https://doi.org/10.7454/hubs.asia.1201118>
- Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J., Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3). www.auseinet.com/journal/vol4iss3suppl/rickwood.pdf
- Rickwood D, Thomas K, Bradford S. (2012). Help-seeking measures in mental health: a rapid review. *Sax Institute*. <http://www.saxinstitute.org.au>
- Schmitz, M. F., Filippone, P., Edelman, E. M. (2003). Social representations of attention deficit/hyperactivity disorder. *Culture & Psychology*, 9(4), 383-406. doi:10.1177/1354067x0394004
- Silberman, S. G. (1998). The social representation of mental health and illness among Mexican students. *Salud Mental*, 21(5).
- Subandi, M.A. (2012). Agama dalam perjalanan gangguan mental psikotik

- dalam konteks budaya Jawa. *Jurnal Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. 39 (2): 167-179.
- Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G., & Valsiner, J. (2015). *The Cambridge Handbook of Social Representation*. Cambridge University Press.
- Tafari, E., Bellon, S., Moliner, P. (2002). The role of self-esteem in the dynamics of social representations of higher education: An experimental approach. *Swiss Journal of Psychology*, 61(3), 177-188.
- Targetkan indonesia sehat jiwa, kemenkes fokus pada upaya pencegahan. (2019, October 9). *Sehat Negeriku*. <http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20191009/0932024/targetkan-indonesia-sehat-jiwa-kemenkes-fokus-upaya-pencegahan/>
- Wagner, W., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Duveen, G., & Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 95–125.
- Wolter, R. (2018). The structural approach to social representations: Bridges between theory and methods. *Psico-USF*, 23(4), 621–631. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230403>