

STUDI EKSPLORASI FAKTA SOSIAL PADA PENERIMA MANFAAT DI BALAI REHABILITASI

Laila Azkia

Program Studi Pendidikan Sosiologi dan Antropologi

Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan, Universitas Lambung Mangkurat

laila.azkia@ulm.ac.id

Abstrak

Orang dengan gangguan jiwa keadaanya selama ini memprihatinkan di Indonesia. Stigmatisasi dan diskriminasi oleh masyarakat yang membuat hidup mereka memprihatinkan. Ditambah lagi minimnya dukungan masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa. Penelitian ini adalah tentang fakta sosial penderita gangguan jiwa yang ada di BRSPDM Budi Luhur. Metode penelitian adalah kualitatif dengan penentuan informan secara *purposive*. Kajian kesehatan jiwa dan eksplorasi aspek sosial terinspirasi dari karya Emile Durkheim terkait fenomena bunuh diri. Durkheim meyakini bahwa fenomena bunuh diri bukan hanya kajian ilmu jiwa atau psikologi. Bunuh diri adalah fakta sosial yang harusnya dijelaskan dengan fakta sosial lain. Minimnya support keluarga dan orang sekitar menjadi fakta sosial penerima manfaat. Selain itu adanya tekanan baik dalam bentuk kekerasan secara fisik dan juga kekerasan secara mental dialami oleh penerima manfaat.

Kata Kunci: Fakta Sosial, Penerima Manfaat, BRSPDM Budi Luhur.

Abstract

People with mental disorders have been apprehensive in Indonesia. Stigmatization and discrimination by the people which makes their lives worrying. Plus the lack of public support for mental health problems. This research is about social facts of mental disorder sufferers at BRSPDM Budi Luhur. The research method is qualitative with Purposive sampling. Mental health studies and explorations of social aspects are inspired by Emile Durkheim's work on the phenomenon of suicide. Durkheim believes that the phenomenon of suicide is not just a study of psychology Suicide is a social fact that should be explained by other social facts. The lack of family support and those around them are a social fact of beneficiaries. In addition there are pressures both in the form of physical violence and mental violence experienced by beneficiaries.

Key Words: Social Fact, Mental Disorder, Rehabilitation Center

PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa selama ini hanya dianggap sebagai ranah kajian Psikologi. Padahal kesehatan jiwa tidak hanya soal pribadi atau psikologis tetapi juga soal sosial atau masyarakat. Kesehatan jiwa erat kaitannya dengan konteks sosial. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat

berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

Penelitian tentang kesehatan jiwa yang dilakukan oleh tim The World Report 2001 menghasilkan data bahwa kesehatan jiwa adalah masalah yang dialami oleh sekitar 25% dari seluruh penduduk di dunia. Sedangkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Tahun 1995 yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan dengan menggunakan sampel dari Susenas-BPS terhadap 65.662 rumah tangga, menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa per 1.000 anggota rumah tangga adalah: Gangguan Mental Emosional usia 15 tahun ke atas 140/1000 dan Gangguan Mental Emosional usia 5-14 tahun 104/1000 (Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan, Nomor : 048/Menkes/SK/I/2006).

Orang dengan gangguan jiwa keadaanya selama ini memprihatinkan di Indonesia. Stigmatisasi dan diskriminasi oleh masyarakat lah yang membuat hidup mereka memprihatinkan. Pada 10 Oktober 2014 pada situs www.depkes.go.id, Menteri Kesehatan memberikan himbauan kepada seluruh tenaga kesehatan di Indonesia untuk melaksanakan Empat Seruan Nasional Stigma dan Diskriminasi terhadap ODGJ. Yaitu (1) Tidak melakukan stigmatisasi dan diskriminasi kepada siapapun juga dalam pelayanan kesehatan (2) Tidak melakukan penolakan atau menunjukkan keengganan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada ODGJ, (3) Senantiasa memberikan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan, baik akses pemeriksaan, pengobatan, rehabilitasi maupun reintegrasi ke masyarakat pasca perawatan di rumah sakit jiwa atau panti sosial. (4) Melakukan berbagai upaya *promotif* dan *prevetif* untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan, mencegah timbulnya dan atau kambuhnya gangguan jiwa, meminimalisir faktor resiko masalah kejiwaan, serta mencegah timbulnya dampak psikososial. Disamping seruan untuk tenaga kesehatan serta upaya-upaya lain yang dilakukan Pemerintah untuk ODGJ yang juga penting adalah pemberdayaan ODGJ yang bertujuan agar dapat hidup mandiri, produktif, dan percaya diri di tengah masyarakat, bebas dari stigma, diskriminasi atau rasa takut, malu serta ragu-ragu. Upaya tersebut menurut Menteri Kesehatan ditentukan oleh kepedulian keluarga dan masyarakat di sekitarnya.

Kajian kesehatan jiwa dan eksplorasi aspek sosial terinspirasi dari karya Emile Durkheim terkait fenomena bunuh diri. Durkheim meyakini bahwa fenomena bunuh diri bukan hanya kajian ilmu jiwa atau psikologi. Bunuh diri adalah fakta sosial yang harusnya dijelaskan dengan fakta sosial lain. Temuan menarik dari studi yang dilakukan Durkheim adalah, bahwa ternyata terdapat pola dalam fenomena bunuh diri tersebut. Pola yang ditemukan adalah terkait jenis kelamin, jenis pekerjaan, agama, status, dan solidaritas sosial. Penelitian ini berusaha untuk mengeksplorasi

fakta sosial atau konteks sosial yang ada pada penerima manfaat di Panti Sosial Bina Laras Budi Luhur. Untuk kemudian penelitian selanjutnya berusaha menganalisis, menemukan pola dan menarik kesimpulan. Sehingga tema besar penelitian ini adalah “Studi Eksplorasi Fakta Sosial pada Penerima Manfaat di Panti Sosial Bina Laras Budi Luhur”.

Pengantar buku “*Suicide*”, Durkheim mempertanyakan apakah fakta tentang bunuh diri menarik bagi para Sosiolog? Karena bunuh diri selama ini dianggap sebagai tindakan individu yang dipengaruhi oleh individu saja dan tergantung pada faktor individu semata, sehingga berarti fenomena bunuh diri adalah milik psikologi saja (Durkheim, 1951:xiv). Pengantar tersebut dilanjutkan oleh pemikiran-pemikiran yang dituliskan dalam halaman-halaman selanjutnya. Durkheim risau dengan banyaknya fenomena bunuh diri, sementara opini yang ada dalam masyarakat pada saat itu berkeyakinan bahwa “bunuh diri itu adalah akibat penyakit kejiwaan” (Wirawan, 2012:13). Keyakinan yang berkembang dimasyarakat tentang bunuh diri tidak diterima Durkheim.

Durkheim mencoba melihat angka statistik yang dikumpulkannya di negara yang tinggi angka sakit jiwanya seperti Norwegia, jumlah orang yang melakukan bunuh diri justru berada pada urutan keempat. Setelah melakukan analisis kritis atas kasus-kasus bunuh diri di beberapa negara, Durkheim menyimpulkan bahwa kasus bunuh diri harus dikaji dari konteks struktur sosial masyarakat dan negara itu. Bagi Durkheim, bunuh diri adalah sebuah fakta sosial yang harus dijelaskan dengan fakta sosial lain, bukan dengan fakta individu atau fakta psikologi saja. Fakta sosial atau konteks sosial adalah konsep utama Durkheim untuk menemukan berbagai teori besarnya (Wirawan, 2012:13-14).

Fakta sosial yang digali dalam riset ini adalah tentang nilai dan norma yang berlaku dan dianut oleh penerima manfaat. Peneliti menggali apa saja nilai-nilai sosial atau sebuah pandangan berharga yang dianut oleh penerima manfaat. Peneliti juga menggali norma-norma sosial yang melingkupi kehidupan penerima manfaat. Baik norma yang berlaku di keluarga, di lingkungan sekitar maupun norma yang berlaku saat penerima manfaat menempuh pendidikan dan bekerja.

Riset ini adalah tentang keadaan penderita gangguan jiwa yang ada di BRSPDM Budi Luhur. Tahun 2016, *Human Right Watch* mengeluarkan laporan berjudul “Hidup di Neraka: Kekerasan terhadap Penyandang Disabilitas Psikososial di Indonesia”. Laporan tersebut berisi tentang bagaimana para penyandang gangguan jiwa mengalami stigma, pengobatan paksa hingga kekerasan fisik dan seksual di tengah masyarakat, rumah sakit jiwa maupun institusi lainnya (Kurniawan, 2018). Hasil riset tersebut tentunya adalah sebuah tamparan keras bagi pemerintah dan masyarakat di Indonesia. Ternyata selama ini kita adalah pelaku atau membiarkan pelaku melakukan perilaku yang tidak adil bagi penderita gangguan jiwa. Perilaku

yang tidak adil atau diskriminasi dan stigma tersebut mungkin adalah salah satu alasan mengapa penderita gangguan jiwa semakin banyak di Indonesia. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa naik pada tahun 2018 jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Riset tirto.id yang dilakukan di daerah Kebumen Pada tahun 2019 menghasilkan kesimpulan yang cukup mencengangkan. Hasil penelitiannya adalah bahwa stigmatisasi memiliki pengaruh besar terhadap proses pengobatan ODGJ. Semakin sedikit stigma, semakin besar peluang kesembuhan (Putri, 2019). Indonesia memiliki PR besar untuk mengurangi jumlah ODGJ, salah satunya lewat mengurangi diskriminasi dan stigma negatif tentang ODGJ di masyarakat. Riset ini berusaha untuk mengenal lebih dekat ODGJ yang ada di BRSPDM Budi Luhur. Harapannya setelah mengenal lebih dekat maka sikap kita menjadi lebih baik terhadap ODGJ yang ada di sekeliling kita. Mengetahui lebih dekat salah satunya lewat mengetahui fakta sosial yang melingkupi kehidupan ODGJ.

Penelitian ini adalah penelitian awal yang nantinya akan ada kelanjutannya. Riset awal ini ingin menemukan atau mengeksplorasi konteks sosial atau fakta sosial yang dimiliki oleh penerima manfaat di Panti Sosial Bina Laras Budi Luhur. Arah penelitian selanjutnya adalah menganalisis sehingga menemukan pola dan menarik kesimpulan hubungan antara konteks sosial atau fakta sosial dengan fenomena gangguan jiwa penerima manfaat di Panti tersebut.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan yang subjektif dan holistik. Holistik artinya penelitian ini akan menggambarkan secara mendalam tentang situasi atau proses yang diteliti. Informan dalam penelitian ini dipilih melalui metode *puspositive sampling*. Kriteria yang peneliti buat untuk memilih informan adalah bahwa informan dalam penelitian ini merupakan penerima manfaat yang bisa diajak berkomunikasi dengan peneliti. Hal ini gunanya agar peneliti bisa memperoleh data yang lengkap. Pekerja sosial yang menangani penerima manfaat telah membantu peneliti dalam menentukan siapa penerima manfaat yang memenuhi kriteria tersebut. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara dan dokumentasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Panti Sosial Bina Laras 'Budi Luhur' Banjarbaru merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Sosial RI dan berada di bawah serta bertanggung jawab secara langsung kepada Direktur Jenderal Rehabilitasi Sosial yang melaksanakan Pelayanan

Rehabilitasi Sosial bagi penyandang Disabilitas Mental eks Psikotik (Gangguan mental / kejiwaan) dengan jangkauan daerah asal Penerima Manfaat Regional Kalimantan, Sulawesi, Papua dan kawasan Indonesia Timur lainnya. PSBL 'Budi Luhur' Banjarbaru mulai melaksanakan kegiatan operasionalnya pada tanggal 26 Oktober 1982 dan diresmikan oleh Direktur Jenderal Bina Rehabilitasi dan Pelayanan Sosial Departemen Sosial RI pada tanggal 20 Nopember 1982 dengan nama Panti Rehabilitasi Penderita Cacat Mental (PRPCM) 'Budi Luhur'. Terhitung tanggal 1 April 1994 dengan dikeluarkan Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Rehabilitasi Sosial Depsos RI Nomor: 06/KEP/BRS/IV/1994 berubah nama menjadi Panti Sosial Bina Laras 'Budi Luhur' hingga saat ini. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Sosial RI No.58/HUK/2003 tanggal 29 Juli 2003 status Panti ditingkatkan menjadi Tipe A Aselon IIIA.

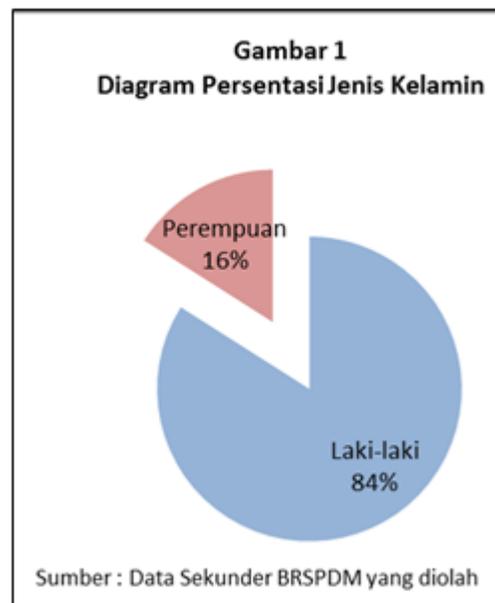
Permensos Nomor 18 Tahun 2018 Tanggal 09 Agustus 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja UPT Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas dan Lingkungan Ditjen Rehabilitasi Sosial menyebutkan bahwa Panti Sosial Bina Laras Budi Luhur berubah nama menjadi Balai Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Mental "Budi Luhur", Banjarbaru, Kalimantan Selatan. Tugas utama Balai adalah melaksanakan Rehabilitasi Sosial kepada penyandang disabilitas Mental orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Tugas utama dari Balai adalah melaksanakan Rehabilitasi Sosial kepada penyandang disabilitas mental Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan jangkauan wilayah Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Kalimantan Barat Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

Persyaratan penerima manfaat adalah (1) penyandang disabilitas mental (gangguan jiwa) mampu dididik dan mampu dilatih. (2) Berusia 15 sampai dengan 59 tahun. (3) telah mendapat perawatan dan dinyatakan sembuh / tenang oleh Dokter Jiwa / Psikiater. (4) Berbadan sehat jasmani, tidak mempunyai penyakit menular serta tidak mempunyai cacat ganda. (5) Mampu melakukan kontak sosial dan mampu mengikuti program terapi rehabilitasi sosial. (6) Lulus seleksi yang dilaksanakan oleh petugas (Pekerja Sosial.Psikolog/Psikiater). (7) Tidak dalam kondisi hamil (bagi wanita). Ketentuan khusus yaitu (a) penerima manfaat setelah lulus seleksi akan mengikuti masa orientasi selama 1 bulan dan masa rehabilitasi sosial paling lama 6 bulan. Apabila selama masa percobaan tidak dapat mengikuti kegiatan / program maka akan dikembalikan kepada Keluarga / Penanggung Jawab. (b) Orang tua/Wali/Keluarga turut bertanggung jawab, agar tetap menjalin hubungan dengan penerima manfaat, serta bersedia menerima kembali apabila disalurkan / dikembalikan kepada keluarga. Dan (c) Keluarga turut bertanggung jawab apabila penerima manfaat mengalami sakit (opname) selama mengikuti layanan rehabilitasi sosial. Seluruh Pelayanan Rehabilitasi Sosial Tidak Dipungut Biaya dan Gratis.

Program rehabilitasi yang dilakukan BRSPDM Budi luhur selama 1 tahun hanya menerima 100 orang. Dalam 1 tahun tersebut dilaksanakan 2 kali program, masing-masing program selama 6 bulan. Sehingga dalam 1 kali program penerima manfaat yang bisa mendapat rehabilitasi hanya 50 orang. Tetapi ada penerima manfaat yang seumur hidup bisa mendapat rehabilitasi di BRSPDM, mereka disebut dengan istilah “anak negara”. Anak negara yang ada di BRSPDM Budi Luhur sebanyak 9 orang. Mereka adalah penerima manfaat yang menjadi penghuni panti sejak 9 tahun lalu, tanpa memiliki keluarga atau penanggung jawab. Dulu tidak ada aturan harus ada wali atau penanggung jawab dalam seleksi penerimaan calon penerima manfaat. Sehingga negara menanggung mereka selama seumur hidup untuk tetap dibina dan diayomi di BRSPDM Budi Luhur.

Saat penelitian dilakukan yaitu bulan November 2019 ada sebanyak 50 penerima manfaat

yang tinggal di panti. Perbandingan laki-laki dan perempuan dilihat dari persentasi tersebut menarik untuk dikaji. Jawaami menulis di salah media pada tahun 2017 dengan judul “Kenapa Pasien Sakit Jiwa Lebih Banyak Pria”. Isi tulisan tersebut mengutip data dari WHO, Medical Daily Daily Mail bahwa perempuan lebih rentan mengalami gejala gangguan kejiwaan seperti depresi dari pada laki-laki. Tetapi perempuan memiliki banyak memiliki horman estrogen yang dapat memproteksi diri dari gangguan kejiwaan dari pada laki-laki. Perempuan juga cenderung



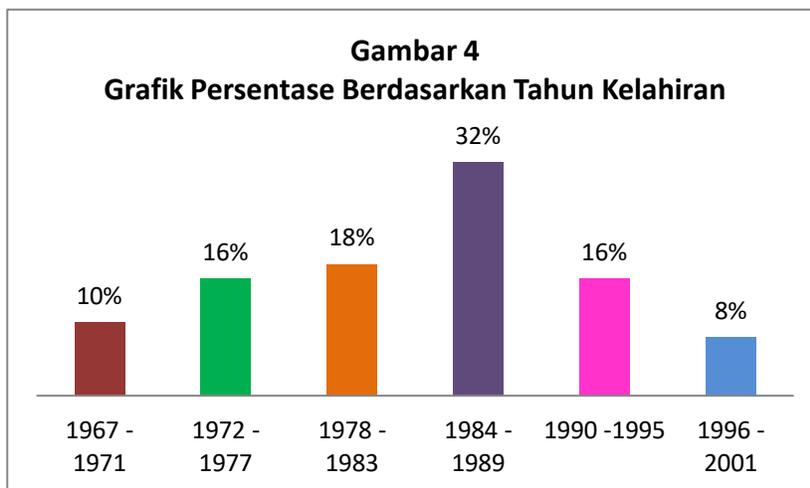
satu

dan

terbiasa mengalami depresi sehingga ia lebih mampu dalam mengelola perasaan. Karakter perempuan yang memiliki komunikasi atau ikatan sosial yang baik dengan orang sekelilingnya membuat ia mampu mereduksi depresi yang ia alami. Sedangkan laki-laki menganggap bahwa depresi yang ia alami adalah sesuatu yang harus ia pendam sendiri dan ikatan sosial yang dimiliki laki-laki tidak sekuat perempuan. Hal tersebut membuat laki-laki tidak mampu melewati fase tertekan dan ia terkurung dalam depresinya sendiri. Ini membuat gejala gangguan kejiwaan laki-laki meningkat ketahap yang lebih lanjut. Fakta ini sejalan dengan apa yang diberitakan Tribun Pontianak pada November 2019 terkait jumlah ODGJ laki-laki dan perempuan. Dalam tulisan tersebut disebutkan bahwa dalam 5 tahun terakhir jumlah ODGJ laki-laki yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Sungai Bangkong Pontianak adalah 34.280 orang sedangkan ODGJ perempuan yang

dirawat adalah sekitar 16.897 orang. Persentase perbandingannya adalah 67% pasien ODGJ laki-laki dan 33% pasien ODGJ perempuan.

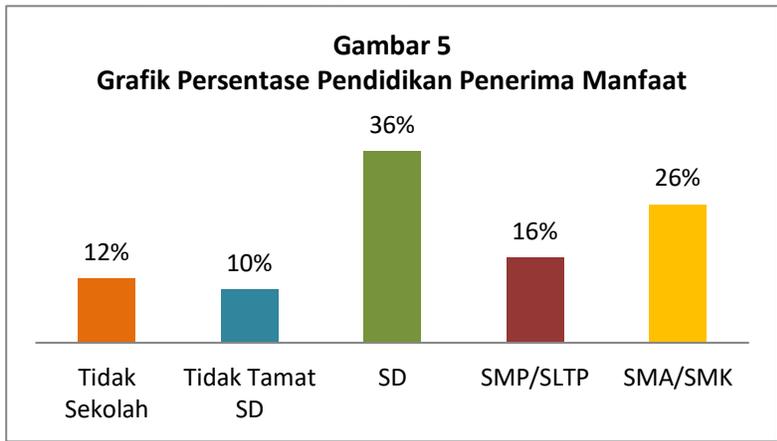
Rentang usia penerima manfaat cukup bervariasi. Usia termuda adalah 18 tahun yaitu kelahiran tahun 2001 dan usia tertua adalah 52 tahun yaitu kelahiran tahun 1967. Rentang usia terbanyak penerima manfaat adalah usia 30-35 tahun, kelahiran tahun 1985-1989 yaitu sekitar 32% dari total penerima manfaat yang tinggal di BRSPDM Budi Luhur, Banjarbaru. Persyaratan untuk menjadi penerima manfaat di BRSPDM Budi Luhur adalah berusia antara 15-59 tahun. Namun saat peneliti di lapangan peneliti menemukan adanya perempuan berusia 12 tahun yang menjadi penerima manfaat di Balai. Sosok perempuan tersebut menarik bagi peneliti dikarenakan wajah dan perawakannya yang seperti anak kecil dan tatapannya yang kosong. Peneliti kemudian



mendekati salah seorang pekerja sosial untuk menanyakan sosok perempuan tersebut. Pekerja sosial menceritakan bahwa perempuan tersebut berinisial St adalah seorang anak yang berasal dari Kalimantan Tengah, dua minggu yang lalu ia dibawa oleh Dinas Sosial untuk dititipkan di Balai ini.

Anak tersebut sebenarnya diantar oleh Dinas Sosial Kalimantan Tengah ke Panti Asuhan Budi Mulia, tetapi Panti menolak dikarenakan anak tersebut mengalami gangguan jiwa. Walau usianya tidak memenuhi syarat tetapi Balai menerima anak tersebut untuk sementara waktu. Balai menyebut status anak tersebut sebagai 'anak titipan'. Anak titipan sebenarnya hanya boleh ada di Balai selama maksimal 14 hari, St telah melampaui batas tinggal maksimal, namun Balai tetap memberi toleransi sampai Dinas Sosial Kalimantan Tengah menjemputnya untuk kemudian dibawa ke Panti yang khusus menangani anak dengan disabilitas mental seperti St.

Penerima manfaat yang tinggal di panti memiliki jenjang pendidikan yang beragam. Penerima manfaat yang tidak sekolah ada sebanyak 6 orang, tidak tamat SD sebanyak 5 orang, lulusan SD sebanyak 18 orang. Lulus dari Sekolah Menengah Pertama (SMP) sebanyak 8 orang dan lulus dari SMA/SMK sebanyak 13 orang. Gejala gangguan jiwa mulai muncul di usia sekolah, sehingga menyebabkan tidak selesainya proses pendidikan yang ditempuh. Hal ini diungkapkan oleh beberapa penerima manfaat saat diwawancarai. Ada penerima manfaat yang dari SD sudah sakit-sakit yang tidak jelas, ada juga yang saat sekolah di

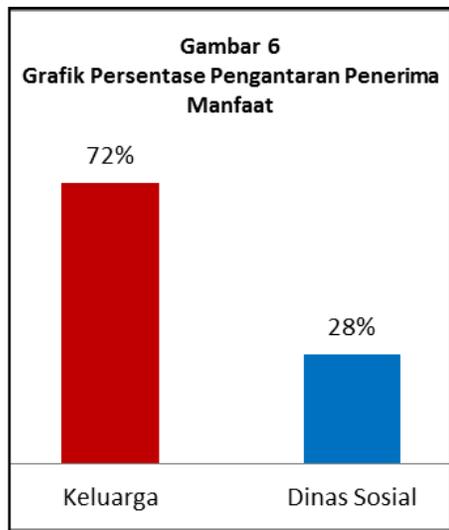


SMP emosinya terlampau tinggi sehingga sering bertengkar dengan teman. Berikut adalah kutipan wawancara dengan penerima manfaat terkait pendidikannya :

Waktu ulun sekolah pesantren kelas 2, waktu itu kerasukan ulun, diobati lawas kada waras-waras. Ulun sekolah sampai pesantren kelas 2 haja lawas kda turun ulun garing. (Waktu saya sekolah di pesantren kelas 2 saya kesambet. Kemudian saya diobati supaya sadar kembali tetapi tidak sembuh-sembuh. Akhirnya saya sekolah sampai kelas 2 itu karena sering tidak masuk gara-gara sakit kesambet itu)

Balai Rehabilitasi Sosial Penyandang Disabilitas Mental Budi Luhur mendapat penerima manfaat melalui 3 macam cara. Cara pertama adalah lewat penjarangan hasil lapangan yaitu ODGJ korban pasung atau ODGJ yang ditemukan terlantar di jalan. Kedua melalui dinas sosial kabupaten kota yang mengantar ke Balai ODGJ yang terlantar di daerahnya. Dan cara ketiga adalah ODGJ yang diantar sendiri oleh keluarganya. Di BRSPDM Budi Luhur Banjarbaru sendiri sebanyak 36 penerima manfaat datang diantar sendiri oleh keluarganya dan 14 orang penerima manfaat datang diantar oleh Dinas Sosial dari Kabupaten dan Kota di wilayah Kalimantan Selatan, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat dan Kalimantan Utara.

Penerima manfaat yang diantar keluarganya bukan berarti ia ingin atau mengetahui akan di antar ke Panti. Beberapa penerima manfaat justru tidak tahu kenapa ia bisa sampai ke Panti. Ada juga yang tiba-tiba



diantar keluarganya tanpa meminta persetujuan darinya. Sebagaimana yang terjadi pada Hrm, ia telah 5 bulan di Balai dan masih kesal dengan ibunya yang membawanya tanpa meminta persetujuan atau bahkan bicara dulu dengannya. Saat itu ia dan ibunya pergi ke Rumah Sakit Sambang Lihum untuk mengambil obat, tiba-tiba sepulang dari Rumah Sakit, Hrm diantar ibunya ke Balai. Hrm terkejut ketika mengetahui bahwa ia dimasukkan di balai ini.

Keadaan penerima manfaat saat datang pertama kali ke Balai beragam. Ada yang dalam keadaan sehat dan rapi karena memang telah dirawat oleh keluarga atau oleh Rumah Sakit Jiwa sebelumnya. Ada juga yang datang dalam keadaan yang sangat tidak terawat, seperti penerima manfaat berinisial Kj. Kj adalah seorang perempuan berusia 18 tahun. Saat datang ke Balai ia dalam keadaan yang tidak terawat. Baju lusuh dan rambut yang sangat kusut dengan dipenuhi oleh banyak sekali kutu-kutu rambut. Sehingga pekerja sosial perempuan langsung memandikan Kj dan membersihkan seluruh tubuh Kj. Namun karena rambutnya teramat sangat kusut, tidak bisa disisir atau dirapikan lagi dan jumlah kutu rambut yang banyak susah dihilangkan sehingga akhirnya pekerja sosial memangkas rambut Kj sampai habis alias botak. Keadaan penerima manfaat saat datang merupakan tantangan tersendiri bagi pekerja sosial.

Fakta Sosial yang digali peneliti selain identitas utama juga terkait kedekatan keluarga dengan penerima manfaat. Tekanan keluarga diungkapkan informan berinisial AH. AH adalah anak laki-laki satu-satunya dari 5 bersaudara. Harapan orang tua yang tinggi pada anak laki-laki satu-satunya membuat ayahnya terlampaui keras jika AH melakukan sebuah kesalahan. Berikut adalah ungkapan hati AH :

“Abahku rajin, menyariki tarus, dipupuhi aku rajin, sapida hilang, aku umbah main bola kada ingat lagi. Dipukuli imbah tu. Bengkak tanganku dahulu pakai sintar mamupuh. Mencaii kasapidanya malam, sariki aku, kada ingat meandak”

(Ayahku sering marah-marah kepadaku, aku sering dipukul. Pernah pulang main bola aku lupa dimana meletakkan sepeda, akhirnya sepedaku hilang. Bengkak tanganku dipukul ayah dengan senter. Malam-malam aku disuruh mencari sepeda, tapi karena aku lupa dimana meletakkan sepedanya akhirnya tidak ketemu dan aku dimarahi”.

Terkait kekerasan di keluarga juga diceritakan oleh penerima manfaat lain yang berinisial MY yang berusia 45 tahun. Ayah MY dikenal sebagai sosok yang keras terhadap pelanggaran atas peraturan yang beliau buat. MY dilarang merokok sehingga saat ketahuan merokok yang dilakukan ayah MY adalah :

“Mun ketahuan dicatuk sidin, ni nah tanganku pengkor gara-gara dicatuk abah pakai sesapu, itu bakas ketahuan berokok”

(Kalau ketahuan dipukul ayah, ini tanganku patah gara-gara dipukul ayah pakai sapu karena ketahuan merokok)

Sebelumnya MY adalah pasien Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum selama 1 tahun. Mengonsumsi sabu-sabu sampai tahap kecanduan menjadi alasan mengapa MY di RS jiwa. Mungkin juga karena sakit yang tidak jelas diagnosanya yang ia derita sejak masih Sekolah Dasar.

Kekerasan dalam keluarga juga di alami oleh gadis beusia 13 tahun yaitu St. St mengalami gangguan kejiwaan setelah sebelumnya mendapat perlakuan yang tidak menyenangkan dari ibu sambungnya. Ayah dan ibu kandung St bercerai, kemudian ibu kandung St pergi. St tinggal bersama ayahnya yang kemudian menikah lagi. Ayah St bekerja jauh sehingga St tinggal bersama ibu sambungnya. Sayangnya ibu sambung St tidak merawat St dengan baik, St lebih banyak dibiarkan tidur di luar rumah. Lingkungan sekitar tempat tinggal St adalah pasar yang penuh dengan preman, sehingga sangat rentan untuk St mendapat perbuatan yang tidak menyenangkan. St diselamatkan oleh dinas sosial setempat dan diantar ke Balai dalam keadaan linglung dan susah berkomunikasi secara normal.

Selain kekerasan dalam keluarga, beberapa penerima manfaat juga sebelumnya hidup tanpa dukungan keluarga. Tidak adanya dukungan keluarga untuk penerima manfaat yang telah menikah yaitu dalam bentuk perceraian atau putusya hubungan ia dengan suami atau istri sehingga ia tinggal sendiri. Sedangkan untuk penerima manfaat yang masih lajang tidak adanya dukungan keluarga dalam bentuk hidup sendiri tanpa ada orang tua atau saudara yang menemani. Salah seorang penerima manfaat berinisial Hrm bercerita bahwa ia tumbuh tanpa ada kedekatan dengan orang tua dan saudara-saudaranya. Saat ditanya soal akrab atau tidaknya ia dengan keluarga Hrm menjawab :

“Kada bu, jarang bepandiran. Ulun jarang dirumah. Berawaan aza tapi kada yang bepandir banar. Ulun kada nangkap dipandiri bu ai. Dipandiri orang tu kada tapi merespo. Obat-obat pang kena saraf sudah bekas obanya tuh bu ai”.

(Tidak bu, jarang bicara. Saya jarang ada di rumah. Saling tegur sapa, tapi tidak bicara banyak. Saya tidak terlalu nangkap diajak bicara bu. Di ajak bicara orang tapi saya tidak merespon. Obat-obatan yang saya konsumsi efeknya sudah sampai ke saraf bu”

Kesendirian tersebut selain membuat penerima manfaat sering keluar rumah dan menghabiskan waktu dengan mengonsumsi narkoba atau mabuk-mabukan juga bisa membuat penerima manfaat sering mendengar bisikan-bisikan yang menyuruhnya untuk melakukan sesuatu. Seperti penerima manfaat dengan inisial Ag yang mendengar bisikan ditelinganya yang menyuruhnya untuk memukul kaca rumah tetangga dikampung. Perbuatan-perbuatan akibat bisikan-bisikan yang didengar tersebut membuat penerima manfaat diberi stereotip “orang gila” oleh keluarga dan tetangga dilingkungan sekitarnya.

Kurangnya dukungan atau kedekatan keluarga juga diungkapkan oleh penerima manfaat berinisial Ew. Sebelum di Balai ia tinggal dengan anak dan suaminya. Namun karena kurangnya pengetahuan keluarga terkait kesehatan jiwa sehingga keseharian Ew lebih banyak sendiri, ia sering melamun, tidak mau makan, mandi dan sering tidak bisa tidur. Hal semacam itu tidak ditanggapi dengan tepat oleh keluarga sehingga gejala gangguan kejiwaan tersebut meningkat ketahap lanjut. Ew akhirnya dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dan kemudian diantar ke Balai untuk diterapi sosial. Saat tinggal di Balai, jika Ew mengalami gejala semacam itu maka pekerja sosial yang bertanggung jawab terhadapnya segera menjadwalkan Ew untuk konsultasi dengan psikolog. Berikut ungkapan hati Ew

“... semalam pas aku kada bisa guring, aku beanu lawan ibu di psikiater. Inya psikiater ibunya nih., nyaman lawan ibunya bepander., curhat ulun. Ulun betah disini ja, iya lingkungannya nyaman”.

(Semalam waktu aku tidak bisa tidur, aku bertemu ibu psikiater. Beliau enak diajak bicara sehingga aku curhat dengan beliau. Aku betah disini, lingkungannya nyaman)

Penerima manfaat berinisial AH juga pernah menceritakan terkait lingkungan sekitar tempat tinggal asalnya yang tidak ramah dengannya. Iya tinggal di desa yang dialiri aliran sungai, sehingga ia sering main ke sungai. Namun, di sungai banyak anak-anak yang mengolok-oloknya dan memukulnya dengan batu atau apapun. Walah AH mengatakan bahwa ia menganggap itu sebagai bentuk candaan, tetapi *bullying* semacam itu tentu kalau didapat terus menerus akan membuat sakit hati dan kecewa.

Penerima manfaat berinisial Rz juga menceritakan tentang lingkungan sekitar atau tetangga di dekat rumahnya dulu yang sering mengolok-oloknya. *“Aku sering dikatain gila oleh tetangga. Aku sedih, sakit hati”.* Diskriminasi tersebut ditanggapi Rz dengan diam. Selain sedih dan sakit hati karena di olok-olok tetangga, Rz juga tidak senang kalau belanja di warung sering harganya ditinggikan. Menurutnya ini karena penjual di warung tersebut menganggap Rz orang gila yang tidak mengerti harga barang yang dibeli. Hal-hal semacam ini bagi Rz adalah bentuk pembeda-bedaan dirinya dengan orang lain atau diskriminasi.

Penerima manfaat juga ada yang sebelumnya menjadi korban pasung oleh keluarga. BS menceritakan:

“Di saat saya mengamuk karena ada bisikan-bisikan untuk berbuat macam-macam misalnya disuruh memukul orang. Keluarga saya memasung saya selama seminggu”.

Ketidak mengertian keluarga dan orang sekitar tentang gangguan kejiwaan membuat mereka mengambil keputusan cepat tanpa pertimbangan yang matang yaitu dipasung atau diikat. Menurut laporan *“Human Right Watch : Hidup di Neraka”*, di Indonesia lebih dari 57.000 orang dengan disabilitas psikososial yang setidaknya sekali dalam hidup mereka pernah dipasung,

dibelenggu atau dikurung di ruang tertutup. Minimnya pemahaman tentang gangguan jiwa dan bahayanya pasung belum tersosialisasi dengan baik pada masyarakat di Indonesia.

PENUTUP

Gangguan jiwa bukan hanya persoalan psikologis semata tetapi juga persoalan sosial. Oleh karenanya yang dibutuhkan oleh penderita gangguan jiwa bukan hanya terapi psikologis tetapi juga terapi sosial. Terapi sosial menjadi salah satu bentuk penyembuhan dikarenakan menjadi bagian dari masyarakat dan dapat diterima oleh masyarakat tentunya adalah sesuatu yang bernilai bagi penderita gangguan jiwa. Sayangnya selama ini diskriminasi, bullying, dan stereotip diterima oleh penerima manfaat dari masyarakat sekitar bahkan dari keluarganya sendiri.

Minimnya support keluarga dan orang sekitar menjadi latar belakang fakta sosial penerima manfaat. Selain itu adanya tekanan baik dalam bentuk kekerasan secara fisik dan juga kekerasan secara mental dialami oleh penerima manfaat. Kesendirian dan tidak adanya orang yang ia percaya membuat penerima manfaat melarikan diri dengan mengonsumsi narkoba dan minuman keras. Kesendirian juga membuat hadirnya bisikan-bisikan yang terdengar ditelinga, bisikan tersebut membuat penerima manfaat melakukan hal yang tidak semestinya.

Diskriminasi, bullying, dan stereotip negatif terhadap penderita gangguan jiwa harus dihapuskan. Penghapusan ini bukan hanya tugas pemerintah tetapi semua pihak khususnya akademisi. Diskriminasi, bullying, dan stereotip negatif telah terbukti menjadi pemicu gangguan jiwa serta terbukti menjadi penghambat kesembuhan penderita gangguan jiwa. Jadi mari menjadi masyarakat yang sehat dan menyehatkan secara kejiwaan sehingga kita dan orang-orang disekitar kita memiliki kesehatan jiwa yang sehat dan stabil.

DAFTAR PUSTAKA

- Denzin, Norman K, Yvonna S.Lincoln, 2009. *Handbook Of Qualitative Research*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Departemen Kesehatan. 2014. *Stop Stigma dan Diskriminasi Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)*. 10 Oktober 2014
- Durkheim, Emile. 1951. *Suicide*, translated by John A. Spaulding and George Simpson and edited by George Simpson. New York : Free Press.
- Fillingham, Lydia Faux. 1993. *Faucault Untuk Pemula*. Terjemahan A.Widyamartaya. Yogyakarta : Kanisius.

- Jawaami, Arfian Jamul. 2017. *Kenapa Pasien Sakit Jiwa Lebih Banyak Pria?*. Di akses pada <https://www.ayobandung.com/read/2017/07/31/22268/kenapa-pasien-sakit-jiwa-lebih-banyak-pria>
- Kurniawa, Frendy. 2018. *Daerah Mana yang Punya Kasus Gangguan Jiwa Terbanyak? Periksa Data*. Di akses pada <https://tirto.id/daerah-mana-yang-punya-kasus-gangguan-jiwa-terbanyak-cCBb>
- Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan. Nomor 048/Menkes/SK/I/2006. Tanggal 13 Januari 2001
- Moleong, Lexy. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Poloma, Margaret, 2004. *Sosiologi Kontemporer*. Jakarta: Rajawali Press.
- Putri, Aditya Widya.. 2019. *Stigma Sosial Menghalangi Kesembuhan Penderita Gangguan Jiwa*. Diakses pada <https://tirto.id/stigma-sosial-menghalangi-kesembuhan-penderita-gangguan-jiwa-ekv2>.
- Ritzer, George dan Goodman, Douglas, 2004. *Teori Sosiologi Modern*. Jakarta : Kencana.
- Santoso, Meilanny Budiarti. *Kesehatan Mental Dalam Perspektif Pekerja Sosial*. Social Work Jurnal, Volume 6 Nomor 1.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tribun Pontianak, 2019. *Tren Kunjungan Pasien ODGJ Rawat Jalan 5 Tahun Terakhir*. Di akses pada <https://pontianak.tribunnews.com/2019/11/07/tren-kunjungan-pasien-odgj-rawat-jalan-5-tahun-terakhir>
- Wirawan. 2013. *Teori-Teori Sosial Dalam Tiga Paradigma*. Jakarta : Kencana Prenamedia Group