

Dinding Budaya: Studi Kualitatif Mengenai Stigma Masyarakat Terhadap Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan Mental Di Wilayah Pedesaan

Khonsa Alfauziyyah¹, Cucum Novianti²

¹Universitas Islam Bunga Bangsa Cirebon | khonsaaalfauziyyah@gmail.com

²Universitas Islam Bunga Bangsa Cirebon | cucum.novianti@gmail.com

Abstrak

Stigma masyarakat terhadap gangguan jiwa di wilayah pedesaan masih menjadi penghalang utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan mental formal. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hambatan sosiokultural yang membentuk "dinding budaya" di masyarakat wilayah Adidharma. Menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, data dikumpulkan melalui wawancara mendalam terhadap 4 orang informan yang terdiri dari tokoh masyarakat, anggota keluarga pasien, dan tenaga kesehatan. Teknik analisis data dilakukan melalui tahapan *coding* (terbuka, aksial, dan selektif). Hasil penelitian mengungkap tiga faktor utama stigma: persepsi gangguan jiwa sebagai penyakit rohani akibat kurang iman, ketakutan akan aib keluarga yang merusak reputasi sosial, serta resistensi terhadap pengobatan medis kimia. Temuan ini menunjukkan bahwa hambatan mental sosiokultural jauh lebih signifikan dibandingkan hambatan geografis. Disimpulkan bahwa diperlukan model bimbingan konseling yang sensitif budaya dengan melibatkan tokoh agama untuk mengikis stigma dan menjembatani akses layanan kesehatan jiwa.

Kata Kunci: Stigma, Kesehatan Mental, Wilayah pedesaan, Fenomenologi, BKPI.

Abstract

The societal stigma against mental disorders in rural areas remains a major barrier to the utilization of formal mental health services. This study aims to explore the sociocultural barriers that form "cultural walls" in the Adidharma community. Using qualitative methods with a

phenomenological approach, data were collected through in-depth interviews with four informants consisting of community leaders, family members of patients, and health workers. Data analysis techniques were carried out through coding stages (open, axial, and selective). The results of the study revealed three main factors of stigma: the perception of mental disorders as spiritual illnesses due to lack of faith, fear of family shame that damages social reputation, and resistance to chemical medical treatment. These findings indicate that sociocultural mental barriers are far more significant than geographical barriers. It is concluded that a culturally sensitive counseling model is needed, involving religious leaders, to reduce stigma and bridge access to mental health services.

Keywords: *Stigma, Mental Health, Rural Areas, Phenomenology, BKPI.*

PENDAHULUAN

Kesehatan mental telah menjadi isu kesehatan global yang mendesak, di mana World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa 1 dari 8 orang di dunia hidup dengan gangguan mental. Di Indonesia, data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terbaru menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk usia di atas 15 tahun meningkat menjadi 9,8%, namun ironisnya, *treatment gap* atau kesenjangan pengobatan di Indonesia masih mencapai angka 90%. Artinya, sebagian besar penderita gangguan jiwa tidak mendapatkan layanan medis yang semestinya.

Ciri-ciri individu dengan regulasi emosi yang baik antara lain mampu mengendalikan diri, menjalin hubungan sosial yang baik, berhati-hati dalam mengambil keputusan, memiliki toleransi terhadap diri sendiri, berusaha mengembangkan diri, dan tidak mudah putus asa (Pratama 2026).

Kondisi ini semakin memprihatinkan di wilayah pedesaan. Masyarakat pedesaan seringkali menghadapi hambatan ganda: keterbatasan infrastruktur kesehatan dan kuatnya kontrol sosial. Di wilayah Adidharma, meskipun akses fisik terhadap puskesmas atau rumah sakit tersedia, angka pemanfaatan layanan kesehatan jiwa tetap rendah. Fenomena ini mengindikasikan bahwa masalah utama bukan terletak pada jarak geografis, melainkan pada "Dinding Budaya" yang dibangun oleh stigma sosial.

Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di wilayah pedesaan bukan sekadar pandangan negatif, melainkan telah mengakar dalam bentuk kepercayaan sosiokultural. Penelitian terdahulu oleh (Yusuf et al. 2019) telah mengidentifikasi determinan kuantitatif dari perilaku pencarian bantuan medis. Namun, penelitian tersebut masih terbatas pada angka-angka statistik dan belum mampu membedah secara mendalam bagaimana stigma tersebut dinegosiasikan dalam kehidupan sehari-hari di tingkat keluarga dan tokoh masyarakat. Di sinilah letak *research gap* penelitian ini: terdapat kekosongan

literatur yang menjelaskan mekanisme psikologis dan budaya mengapa masyarakat lebih memilih pengobatan tradisional dibandingkan fasilitas medis formal di wilayah pedesaan yang memiliki kontrol sosial tinggi.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi esensi pengalaman masyarakat dan keluarga dalam menghadapi stigma kesehatan mental. Adapun pertanyaan penelitian yang ingin dijawab adalah:

1. Bagaimana konstruksi stigma sosiokultural terhadap gangguan jiwa terbentuk di wilayah Desa Adidharma?
2. Mengapa "Dinding Budaya" menjadi penghambat utama masyarakat dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan mental formal?

Melalui perspektif Bimbingan Konseling Pendidikan Islam (BKPI), penelitian ini diharapkan mampu merumuskan strategi intervensi yang sensitif budaya guna meruntuhkan stigma tersebut.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi. Desain ini dipilih untuk mengeksplorasi dan memahami esensi dari pengalaman hidup individu terkait fenomena stigma yang menjadi penghambat akses layanan kesehatan (Creswell & Poth, 2018). Berbeda dengan penelitian kuantitatif oleh (Yusuf et al. 2019) yang berfokus pada statistik determinan, pendekatan fenomenologi dalam penelitian ini memungkinkan peneliti untuk menangkap "suara" dan makna tersembunyi di balik keengganan masyarakat pedesaan dalam mengakses layanan psikiatri. Penelitian dilaksanakan di wilayah Adidharma pada periode Januari hingga Maret 2025, sebuah daerah pedesaan yang memiliki karakteristik kontrol sosial yang kuat dan ketergantungan yang tinggi pada sistem pengobatan tradisional.

Subjek penelitian ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan berjumlah 4 orang yang dipilih berdasarkan kriteria keterlibatan langsung dengan fenomena stigma kesehatan mental. Meskipun jumlah informan terbatas, pemilihan ini didasarkan pada prinsip saturasi data, di mana pada informan keempat peneliti telah mencapai titik jenuh informasi dan tidak lagi menemukan tema baru yang signifikan. Penentuan informan juga bertujuan untuk mencapai triangulasi sumber dengan melibatkan elemen tokoh masyarakat, keluarga penderita gangguan jiwa, dan tenaga kesehatan guna mendapatkan data yang komprehensif. Rincian profil informan disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 1. Profil Informan Penelitian

Kode	Inisial	Peran/Kategori	Jenis Kelamin	Usia (Tahun)
IK	Tn. S	Tokoh Masyarakat (Ketua RW)	Laki-laki	55
IU-1	Ny. M	Keluarga ODGJ (Ibu Pasien)	Perempuan	48
IU-2	Tn. R	Keluarga ODGJ (Ayah Pasien)	Laki-laki	52
IP	Ns. A	Tenaga Kesehatan (Perawat Jiwa)	Perempuan	34

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam (*in-depth interview*) semi-terstruktur yang berlangsung selama 45–60 menit untuk setiap sesi. Wawancara direkam menggunakan alat perekam digital atas persetujuan informan dan didukung dengan observasi partisipatif pasif untuk mengamati interaksi sosial di lingkungan tempat tinggal informan (Putri & Murhayati, 2025). Peneliti bertindak sebagai instrumen utama dalam proses penggalian data.

Analisis data dilakukan secara induktif melalui analisis tematik menurut tahapan Braun & Clarke (2006) yang meliputi: (1) pengenalan data melalui transkrip verbatim, (2) pembuatan kode awal (*coding*), (3) pencarian tema, (4) peninjauan tema, (5) pendefinisian dan penamaan tema, serta (6) penulisan laporan akhir. Untuk menjamin keabsahan data, peneliti melakukan *member checking* dengan mengonfirmasi kembali draf temuan kepada para informan.

Aspek etika penelitian dijunjung tinggi dengan memberikan *informed consent* sebelum wawancara dimulai. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas informan melalui penggunaan kode inisial (seperti Tn. S, Ny. M, dsb.) guna melindungi privasi sosial mereka di lingkungan pedesaan.

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian di wilayah Adidharma mengungkap adanya "Dinding Budaya" yang menjadi penghambat utama akses masyarakat terhadap layanan kesehatan mental. Temuan ini diklasifikasikan ke dalam tiga tema utama yang saling berkaitan. Secara sistematis, ringkasan temuan penelitian disajikan dalam Tabel 2 berikut:

Tabel 2. Temuan Tema dan Subtema Penelitian

Tema Utama	Subtema	Kutipan Pendukung Utama
1. Persepsi Penyakit Rohani	Miskonsepsi penyebab (kurang iman/guna-guna).	"Wong kene percayane niku penyakit ati, Mas. Amargi kirang ibadah utawi wonten sing ngerjai (guna-guna)." (IK)
2. Proteksi Reputasi (Aib)	Ketakutan label sosial (<i>courtesy stigma</i>).	"Kalau tetangga tahu anak saya begini, nanti satu keluarga malu. Takutnya saudara-saudaranya jadi susah dapat jodoh." (IU-1)
3. Resistensi Medis	Ketidakpercayaan efikasi obat kimia.	"Obat dokter itu bikin lemes terus, kasihan. Lebih mantap kalau dibawa ke orang pintar, didoakan biar setannya keluar." (IU-2)

1. Gangguan Jiwa sebagai "Penyakit Rohani"

Masyarakat desa Adidharma secara dominan mengkonstruksi makna gangguan jiwa melalui perspektif spiritual. Informan menyatakan bahwa perilaku aneh penderita sering dianggap sebagai akibat dari kurangnya ibadah atau gangguan makhluk halus. Sebagaimana diungkapkan oleh IK: "Di sini kalau ada yang ngomong sendiri, biasanya dianggap rohaninya lagi kosong... dibawa ke pak kiai dulu buat didoain, bukan ke dokter."

Temuan ini menunjukkan dominasi *Socio-Magical Model* dibandingkan *Biomedical Model*. Hal ini sejalan dengan teori *Explanatory Models* dari Kleinman (1980), di mana etiologi penyakit yang dipahami masyarakat menentukan jalur pencarian bantuan (*help-seeking behavior*) yang dipilih (Yusuf et al., 2019).

2. Stigma "Aib Keluarga" dan Pertahanan Reputasi Sosial

Penelitian Keputusan keluarga menghindari layanan psikiatri dipicu oleh ketakutan akan stigma publik. Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa dianggap sebagai noda klan. Informan IU-1 menjelaskan: "Kalau tetangga tahu anak saya dibawa ke RS Jiwa, nanti satu keluarga malu."

Fenomena ini merupakan bentuk nyata dari *courtesy stigma* (Goffman, 1963), di mana stigma menjangar ke orang-orang terdekat penderita. Akibatnya, keluarga cenderung melakukan isolasi mandiri demi menjaga martabat di mata komunitas yang bersifat kolektif (Ahmad et al., 2025).

3. Resistensi terhadap Medis: Ketidakpercayaan pada Obat Kimia

Terdapat ketidakpercayaan kuat terhadap efikasi pengobatan kimia. Informan IU-2 berpendapat bahwa obat medis hanya membuat pasien pasif.

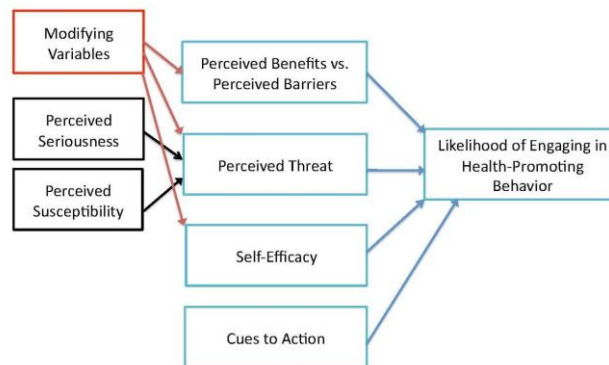
Kurangnya literasi kesehatan mental membuat keluarga merasa pengobatan medis hanya menciptakan ketergantungan (Mahardika, H. F. K., 2021). Sebagaimana dijelaskan dalam *Health Belief Model*, individu hanya akan memanfaatkan layanan jika manfaat yang dirasakan lebih besar daripada hambatan atau risiko yang muncul (Priyoto, 2019).

4. Analisis Hubungan Antar-Tema: Mekanisme Dinding Budaya

Ketiga tema di atas membentuk sebuah siklus hambatan yang sistematis. Persepsi mengenai penyakit rohani menjadi justifikasi awal untuk menolak bantuan medis. Hal ini diperkuat oleh tekanan sosial berupa ketakutan akan aib, sehingga keluarga menutup diri dari edukasi kesehatan. Tingginya hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) dalam aspek sosial dan budaya ini jauh melampaui manfaat medis (*perceived benefits*) yang dipahami masyarakat, sehingga menghentikan niat untuk mencari bantuan formal.

Dalam perspektif Bimbingan Konseling Pendidikan Islam (BKPI), fenomena ini menunjukkan perlunya dekonstruksi makna takdir dan ikhtiar. Konselor Islam berperan penting untuk meluruskan bahwa mencari pengobatan medis (ikhtiar) adalah bagian dari perintah agama dan tidak bertentangan dengan konsep tawakal. Hubungan antar-variabel ini dipetakan melalui kerangka *Health Belief Model* pada Gambar 1.

The Health Belief Model



Gambar 1. Kerangka Teoritis *Health Belief Model*. Sumber: Diadaptasi dari Pennsylvania State University (n.d.).

PEMBAHASAN

Temuan penelitian mengenai "Dinding Budaya" di wilayah Adidharma memberikan gambaran kompleks tentang bagaimana stigma sosial bekerja sebagai barikade mental yang menghalangi akses kesehatan. Integrasi data

menunjukkan bahwa dinding ini terbentuk dari jalinan kepercayaan spiritual dan tekanan sosial yang sangat kuat. Meskipun fasilitas kesehatan seperti Puskesmas telah menyediakan layanan secara gratis, "jarak mental" masyarakat terhadap psikiatri tetap jauh karena adanya hambatan sosiokultural yang belum teratasi.

1. Analisis melalui Lensa Health Belief Model (HBM)

Ketiga Jika dianalisis menggunakan kerangka *Health Belief Model* (Priyoto, 2019), rendahnya pemanfaatan layanan kesehatan mental di Adidharma disebabkan oleh ketimpangan antara hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*) dan manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*). Sebagaimana ditunjukkan pada Gambar 1, hambatan sosiokultural berupa stigma "Aib Keluarga" dan persepsi "Penyakit Rohani" menjadi variabel modifikasi yang sangat kuat sehingga menekan efikasi diri (*self-efficacy*) keluarga untuk mencari bantuan medis formal.

Temuan ini memperkuat teori Goffman (1963) mengenai *courtesy stigma*. Di wilayah pedesaan dengan kolektivitas tinggi, label "gila" tidak hanya merusak citra penderita, tetapi juga dianggap sebagai ancaman bagi struktur sosial dan reputasi seluruh klan keluarga. Hal ini menjelaskan mengapa keluarga di Adidharma lebih memilih isolasi mandiri atau pengobatan tradisional sebagai strategi pertahanan reputasi (*reputational defense*).

2. Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu

Temuan ini selaras dengan studi Ibad dan Yudanagara (2025) yang menyatakan bahwa di Indonesia, dukungan spiritual sering kali menjadi pilihan utama dibandingkan medis. Hal ini juga mendukung temuan Yusuf et al. (2019) mengenai dominasi *Socio-Magical Model* dalam memahami etiologi gangguan jiwa di pedesaan Jawa. Namun, penelitian ini memberikan poin baru bahwa resistensi medis di Adidharma bukan sekadar masalah ekonomi, melainkan ketidakpercayaan terhadap "ketidakalamian" obat kimia yang dianggap hanya meredam gejala tanpa menyentuh akar spiritual penyakit tersebut.

Berbeda dengan penelitian di wilayah urban yang menunjukkan mulai terkikisnya stigma melalui literasi digital (Hartini et al., 2018), di wilayah desa Adidharma, kontrol sosial yang ketat dari tokoh masyarakat justru memperkuat dinding stigma. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi di wilayah pedesaan memerlukan pendekatan yang lebih spesifik, personal, dan berbasis komunitas lokal dibandingkan wilayah perkotaan.

3. Implikasi Kebijakan dan Layanan Berbasis Komunitas

Secara kebijakan, temuan ini menegaskan bahwa pemerintah tidak cukup hanya membangun infrastruktur fisik atau menyediakan tenaga ahli. Kebijakan

kesehatan mental nasional perlu mengintegrasikan Literasi Kesehatan Mental Berbasis Budaya. Pemerintah perlu melibatkan tokoh lokal dan penyuluh agama sebagai mediator budaya guna meruntuhkan stigma tersebut (Zaini et al., 2025). Program seperti "Desa Siaga Sehat Jiwa" akan lebih efektif jika mampu merangkul aspek kearifan lokal agar tidak terjadi benturan antara sistem medis formal dengan kepercayaan masyarakat.

4. Perspektif Bimbingan Konseling Pendidikan Islam (BKPI)

Bagi praktisi BKPI, penelitian ini berimplikasi pada pentingnya pengembangan "Psikoedukasi Berbasis Spiritual". Konselor Islam memiliki peran krusial dalam melakukan dekonstruksi makna takdir dan ikhtiar di tengah masyarakat pedesaan. Edukasi harus diarahkan untuk memberikan pemahaman bahwa mencari pengobatan medis adalah bentuk ikhtiar yang dianjurkan dalam agama dan merupakan bagian dari menjaga jiwa (*Hifdz an-Nafs*) sebagai salah satu tujuan syariat.

Pendekatan kolaboratif antara tenaga kesehatan, konselor BKPI, dan tokoh agama diharapkan dapat menciptakan lingkungan yang lebih suportif. Dengan memosisikan pengobatan medis sebagai bentuk ikhtiar yang sejalan dengan nilai spiritual, "Dinding Budaya" masyarakat diharapkan dapat perlahan terdekonstruksi demi kesejahteraan mental yang lebih baik.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa rendahnya akses terhadap layanan kesehatan mental di wilayah pedesaan Adidharma bukan disebabkan oleh hambatan geografis, melainkan oleh "Dinding Budaya" yang bersifat sosiokultural. Hambatan ini terbentuk dari tiga faktor utama: konstruksi gangguan jiwa sebagai penyakit rohani (spiritual), perlindungan terhadap reputasi keluarga dari *courtesy stigma*, serta rendahnya literasi medis yang memicu resistensi terhadap pengobatan psikiatri. Ketersediaan fasilitas kesehatan formal terbukti tidak efektif jika tidak dibarengi dengan upaya menjembatani "jarak mental" masyarakat melalui pendekatan yang sensitif secara budaya.

Disarankan bagi pihak Puskesmas dan praktisi bimbingan konseling untuk menginisiasi program edukasi kolaboratif yang melibatkan tokoh agama dan masyarakat sebagai mediator budaya. Intervensi harus difokuskan pada sinkronisasi nilai medis dengan nilai religius lokal untuk mendekonstruksi stigma. Peneliti selanjutnya disarankan untuk mengeksplorasi efektivitas intervensi berbasis komunitas dengan cakupan informan yang lebih luas guna memperkuat generalisasi temuan dalam konteks pedesaan yang berbeda.

Daftar Pustaka

- Ahmad, A. D., Hanita, M., & Nurhasana, R. (2025). Hambatan Sosial Budaya dalam Pelayanan Kesehatan pada Komunitas Tradisional: Studi Literatur. *ETNOREFLIKA: Jurnal Sosial dan Budaya*, 14(3), 383-400. doi:10.33772/etnoreflika.v14i3.3123
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. (4th, Ed.) Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Hartini, N., Fardana, N. A., Ariana, A. D., & Wardana, N. D. (2018). Stigma toward people with mental health problems in Indonesia. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 535-541. doi:10.2147/PRBM.S175251
- Ibadi, A. A., & Yudanegara, B. B. (2025). Eksploratif Kualitatif: Stigma Masyarakat Terhadap Individu dengan Gangguan Mental. *Repository Perpustakaan Universitas Airlangga*. From <http://repository.unair.ac.id/id/eprint/136622>
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Mubasyiroh, R., Idaiani, S., & Suryaputri, I. Y. (2020). Perilaku Pencarian Pengobatan pada Penduduk dengan Gejala Depresi. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 30(1), 45-54. doi:10.22435/mpk.v30i1.2690
- Nasriati, R. (2017). Stigma dan Dukungan Keluarga dalam Merawat Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *MEDISAINS: Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan*, 15(1), 56-65.
- Priyoto. (2019). *Teori Sikap & Perilaku dalam Kesehatan Dilengkapi Contoh Kuesioner*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putri, H. J., & Murhayati, S. (2025). Metode Pengumpulan Data Kualitatif. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 9(2), 13074-13086.
- Rachman, H. A., Alam, M. D., & Putri, I. L. (2025). *PRINSIP PENELITIAN KUALITATIF*. Depok: PT RajaGrafindo Persada - Rajawali Pers.
- Sari, H., Putri, R. N., & Pratama, S. (2025). Pengaruh Game Online Terhadap Regulasi Emosi Siswa Kelas X Di Smkn 1 Barru. *Journal Education and Government Wiyata*, 3(4), 862-873.
- Urich, A. (2017). The Health Belief Model. In A. Urich, *Methods for Stress Management*. The Pennsylvania State University. From <https://psu.pb.unizin.org/kines082/chapter/the-health-belief-model/>
- World Health Organization. (2025, October 8). *Mental health*. From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Yusuf, A., PK, R. F., Nihayati, H. E., & Tristiana, R. D. (2019). *Kesehatan Jiwa Pendekatan Holistik Dalam Asuhan Keperawatan*. Bogor: Mitra Wacana Media.
- Zaini, M., Komarudin, Dermawan, A. D., & Rinjani, A. A. (2025). Peran keluarga dalam pencegahan masalah psikososial di wilayah pedesaan dan perkotaan. *The Indonesian Journal of Health Science*, 17(1), 59-69. doi:10.32528/tijhs.v17i1.3202

