

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) sehat adalah suatu keadaan sempurna fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan. Sehat tidak hanya sekedar sehat fisik saja tetapi juga termasuk diantaranya sehat jiwa/mental serta sampai pada produktivitas secara sosial ekonomi. Sedangkan menurut UU Kesehatan no. 23 tahun 1992 bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Jadi kesehatan jiwa (mental) merupakan bagian yang tidak dapat terpisahkan dari kesehatan secara keseluruhan.

Kesehatan jiwa adalah perasaan sehat dan bahagia serta mampu menghadapi tantangan hidup, dapat menerima orang lain sebagaimana adanya dan mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain, juga meningkatnya kualitas hidup yang terdiri dari kesejahteraan dan produktivitas ekonomi. Orang yang sehat jiwa dapat mempercayai orang lain dan senang menjadi bagian dari suatu kelompok (Depkes RI, 2005). Masalah kesehatan jiwa sangat rawan terjadi, hal ini karena masyarakat tidak selalu bisa beradaptasi dengan perubahan epidemiologis, demografis dan sosial kultur, sedangkan masyarakat dituntut untuk bisa beradaptasi terhadap perubahan yang cepat.

Proses modernisasi telah membawa dampak terhadap perubahan-perubahan sosial masyarakat. Terjadinya perubahan yang pesat dari masyarakat agraris ke masyarakat industri beserta berbagai dampaknya, membuat rawan untuk terjadinya masalah kesehatan jiwa (Darmaningtyas, 2002). Faktor sosial ekonomi dan budaya menjadi penyebab munculnya berbagai stresor psikologis dalam kehidupan keluarga, dan masyarakat pada umumnya. Selanjutnya stresor-stresor psikologi tersebut dapat meningkat dan akhirnya akan memicu munculnya depresi sebagai akibat dari stres yang berkepanjangan (Hawari, 2010). Menurut Stuart dan Sundeen (1998) dalam Sedyowinarso dan Partosuwido (2006) bahwa faktor yang

berhubungan dengan perilaku bunuh diri adalah ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan dan mengungkapkan perasaan: perasaan bersalah, depresi. Gangguan mental seperti depresi, skizofrenia, gangguan kepribadian, gangguan stres pasca trauma, memegang peranan penting sebagai faktor resiko percobaan bunuh diri dan bunuh diri.

Terdapat anggapan masyarakat bahwa bunuh diri adalah terjadi karena takdir, selain itu juga bunuh diri dianggap sebagai upaya akhir untuk menyelesaikan masalah, dan adanya pengaruh mistis. Adanya pengaruh mistis ini merupakan budaya yang ada sejak dulu, dan masyarakat mempercayainya. Akibatnya akan membuat masyarakat cenderung untuk melakukan bunuh diri ketika mendapatkan suatu permasalahan dalam hidupnya, tidak mampu untuk mengkomunikasikan kebutuhan ataupun mengungkapkan perasaannya, akhirnya mereka putus asa dan tidak berusaha lagi untuk mencari solusi atas permasalahannya tersebut.

Adanya stigma dari masyarakat akan mempengaruhi keluarga pelaku bunuh diri. Stigma terhadap keluarga dapat dipengaruhi oleh faktor sosial budaya yang ada dalam suatu daerah (Darmaningtyas, 2002). Stigma sosial adalah tidak diterimanya seseorang pada suatu kelompok karena kepercayaan bahwa orang tersebut melawan norma yang ada. Stigma sosial sering menyebabkan pengucilan seseorang ataupun kelompok sebagai akibat dari kurang dukungan sosial dari orang di sekitarnya. Berbagai stigma muncul dari masyarakat mengenai kejadian bunuh diri, dan keluarga menjadi salah satu fokus masyarakat ketika mulai timbul stigma. Masyarakat dengan pendidikan yang minim dapat memiliki anggapan dan prasangka negatif terhadap keluarga sebagai suatu sikap yang mengarah sebagai pada evaluasi yang negatif (Esses, Semanya, & Stelz, 2004). Oleh karena itu masyarakat sebagai lingkungan ekstern memiliki pengaruh besar dalam kehidupan sosial keluarga pelaku bunuh diri.

Friedman, Bowden, dan Jones (2010) mengatakan bahwa keluarga adalah sebagai suatu sistem sosial kecil yang terbuka yang terdiri atas suatu rangkaian bagian yang sangat saling bergantung dan dipengaruhi baik oleh struktur internal maupun lingkungan eksternal. Lingkungan eksternal dapat mempengaruhi sistem di dalam keluarga, norma-norma akan berkembang sesuai dengan keunikan atau

pengalaman masing-masing keluarga dalam menerima pengaruh lingkungan (Rasmun, 2009).

Persepsi masyarakat tentang bunuh diri dipengaruhi oleh budaya dan biasanya berhubungan dengan budaya setempat, misalnya karena kutukan atau guna-guna dan sebagainya. Sarwono dan Meinarno (2009) mengatakan bahwa efek prasangka masyarakat pada keluarga sangat bervariasi, mulai dari ketidaknyamanan ringan hingga penderitaan yang mendalam. Keluarga yang mendapatkan stigma memiliki beberapa atribut atau karakteristik yang mengandung identitas sosial yang direndahkan dalam konteks sosialnya. Akibatnya persepsi keluarga terhadap stigma akan berpengaruh pada sosialisasi keluarga dalam kehidupan sosial di lingkungannya.

Kehidupan keluarga tidak lepas dari lingkungannya baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial. Keluarga dalam upaya mengenali stimuli atau rangsangan dari luar merupakan persoalan yang berkaitan dengan persepsi. Persepsi diartikan sebagai suatu proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap stimulus yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan suatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang menyatu dalam diri individu (Walgito, 2003). Persepsi merupakan proses pengamatan seseorang yang berasal dari komponen kognisi yang dipengaruhi oleh faktor pengalaman, proses belajar, wawasan dan pengetahuan, pendidikan serta keadaan sosial budaya. Sedangkan Teiford, 2008 dalam Sarwono dan Meinarno (2009) menyebutkan bahwa persepsi adalah bagaimana orang membentuk kesan dan membuat kesimpulan terhadap orang lain. Persepsi berhubungan erat dengan kesehatan mental. Kesehatan mental salah satunya ditandai oleh fungsi sosial dari individu. Persepsi merupakan hal yang sangat penting dalam hidup, karena seseorang selalu berada bersama orang lain.

Berdasarkan data organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada 2005, sedikitnya 50.000 orang Indonesia melakukan tindakan bunuh diri tiap tahunnya. Sehingga diperkirakan 1.500 orang Indonesia melakukan bunuh diri per harinya. Kemudian berdasarkan data forensik FKUI/RSCM 2004 terdapat 771 orang laki-laki bunuh

diri dan 348 perempuan bunuh diri. Dari jumlah tersebut, 41 % melakukan bunuh diri dengan cara gantung diri, 23% dengan insektisida, dan 36% karena overdosis obat. Daerah yang tertinggi angka kejadian bunuh diri di Indonesia adalah Kabupaten Gunungkidul, Yogyakarta (Amarullah, 2009). Kasus bunuh diri di Kabupaten Gunung Kidul, Daerah Istimewa Yogyakarta pada 2011 cenderung meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. Kasus bunuh diri di Gunungkidul pada tahun 2009 tercatat 29 kasus, sedangkan pada 2010 tercatat 23 kasus. Selanjutnya data dari Polres Gunungkidul pada tahun 2011 tercatat 30 kasus bunuh diri dengan rincian Kecamatan Wonosari 1 kasus, Kecamatan Playen 3 kasus, Kecamatan Ponjong 3 kasus, Kecamatan Tepus 2 kasus, Kecamatan Karangmojo 3 kasus, Kecamatan Semanu 4 kasus, Kecamatan Patuk 2 kasus, Kecamatan Paliyan 3 kasus, Kecamatan Ngawen 1 kasus, Kecamatan Semin 3 kasus, Kecamatan Panggang 2 kasus, Kecamatan Tanjungsari 3 kasus.

Gunungkidul merupakan salah satu Kabupaten di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yang masih terdapat stigma bunuh diri. Hasil wawancara dengan Kepala Satuan Reserse Kriminal Kepolisian Resor Gunung Kidul bahwa pelaku bunuh diri di Kabupaten ini didominasi kalangan petani. Penyebabnya faktor ekonomi dan menderita penyakit yang tak kunjung sembuh. Sartana (2011) mengatakan fenomena bunuh diri di Gunungkidul merupakan akibat adanya krisis konsep hidup. Pelaku bunuh diri memiliki krisis konsep hidup sehingga ketika ada permasalahan yang menurut mereka tidak mampu diselesaikan kemudian memilih mengakhiri hidupnya. Mereka bunuh diri bukan karena keluar dari tanggung jawab melainkan karena tidak mau membebani keluarganya. Masyarakat sebagai lingkungan eksternal akan mempunyai prasangka negatif terhadap keluarga pelaku bunuh diri tersebut berupa stigma.

Kabupaten Gunungkidul sering terdapat stigma sosial dari masyarakat kepada keluarga pelaku bunuh diri sebagai fokusnya. Kematian yang tidak wajar akan membawa konsekuensi sosiologis dari masyarakat yang bisa lebih menekan psikologis keluarga yang ditinggalkan. Hukuman dari masyarakat sekitar pun bentuknya bermacam-macam, mulai sekedar omongan di belakang sampai pada pengucilan. Beberapa stigma sering muncul di daerah Kabupaten Gunungkidul,

misalnya pada kasus bunuh diri karena penyakit yang tidak kunjung sembuh dan ekonomi kurang (Kurnianto, 2011).

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada tanggal 20 Januari 2012 di Kecamatan Semanu, Kabupaten Gunungkidul hasil wawancara dengan Kepala Desa Ngeposari bahwa terdapat stigma dari masyarakat pada keluarga korban pelaku bunuh diri. Stigma dari masyarakat berupa sikap, atau pun lisan. Keadaan seperti ini akan membuat keluarga merasa malu ketika akan keluar rumah, sehingga dalam melakukan interaksi dengan masyarakat di sekitar rumahnya berkurang, misalnya fenomena bunuh diri pada keluarga kurang mampu. Setelah kejadian bunuh diri pada keluarga kurang mampu yaitu kepala rumah tangganya, masyarakat menganggap bahwa bunuh diri tersebut karena tekanan dari anggota keluarganya. Kemudian pada kasus bunuh diri karena penyakit menahun yang tidak kunjung sembuh, masyarakat menganggap bahwa kejadian bunuh diri pada anggota keluarga ini karena keluarga tidak berusaha untuk mencari pengobatan. Akibatnya anggota keluarga yang sakit merasa tidak kuat dengan penyakitnya, dan akhirnya dia menyelesaikan masalahnya dengan bunuh diri.

Proses yang cepat dan otomatis tanpa terlalu banyak berpikir, maka dengan cepat orang menilai orang lain sebagai hasil pengamatannya. Persepsi keluarga sangat penting dalam interaksi sosial, karena pengetahuan akurat tentang orang lain akan sangat berguna untuk mengatur hubungan interaksi antara mereka, baik di masa kini maupun di masa mendatang. Keluarga sebagai bagian dari masyarakat ketika menentukan persepsi hanya dengan mengandalkan perilaku non verbal untuk menguatkan penilaiannya maka sering kali kurang akurat, oleh karena itu perlu berhati-hati karena pentingnya persepsi dalam hubungan antarmanusia. Persepsi dari keluarga yang mengakibatkan prasangka, berpotensi munculnya tindakan-tindakan tertentu yang dapat menguatkan keutuhan hubungan atau justru akan merusak suatu hubungan dalam kehidupan masyarakat, sehingga peneliti tertarik untuk menganalisa tentang bagaimana persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial di Kabupaten Gunungkidul.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan fenomena yang terjadi di atas, peneliti merumuskan masalah yaitu :
Bagaimanakah persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial di Kabupaten Gunungkidul?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial di Kabupaten Gunungkidul.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial ditinjau dari aspek kognitif di Kecamatan Semanu, Kabupaten Gunungkidul.
- b. Mengidentifikasi persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial ditinjau dari aspek afektif di Kecamatan Semanu, Kabupaten Gunungkidul.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Membantu dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan jiwa terutama dalam kehidupan masyarakat.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Keluarga Pelaku Bunuh Diri

Menambah wawasan bagi keluarga tentang kesehatan jiwa, khususnya tentang stigma sosial dari masyarakat dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi sebagai upaya untuk menciptakan kehidupan keluarga yang bebas dari konflik atau permasalahan di lingkungan masyarakat.

b. Bagi Petugas Kesehatan

Sebagai masukan dan pertimbangan dalam perencanaan untuk memberikan pelayanan kesehatan terutama kesehatan jiwa melalui program kesehatan masyarakat.

c. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dan wawasan peneliti tentang kesehatan jiwa terutama persepsi tentang stigma sosial dalam masyarakat.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Tempat penelitian di Kecamatan Semanu, Kabupaten Gunungkidul Propinsi DIY. Penelitian dilaksanakan pada minggu ketiga bulan Mei 2012 sampai minggu kedua bulan Agustus 2012, sedangkan materi dalam penelitian ini adalah persepsi keluarga pelaku bunuh diri tentang stigmatisasi dari masyarakat. Stigma dari masyarakat kepada keluarga pelaku bunuh diri dipersepsikan oleh keluarga berdasarkan pengalaman yang dirasakan oleh keluarga pelaku bunuh diri. Pada penelitian ini peneliti ingin memfokuskan persepsi keluarga pelaku bunuh diri dari aspek kognitif dan aspek afektif tentang stigma sosial di masyarakat.

F. Keaslian penelitian

1. Lelono (2003) dengan judul “Hubungan Harga Diri Rendah, Tingkat Depresi, Menarik Diri, dan Kecenderungan Bunuh Diri pada Klien Rawat Inap di RS Jiwa Propinsi Lampung”. Subyek penelitiannya adalah seluruh klien yang menjalani perawatan di RS Jiwa Lampung dan Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner harga diri dari Radiason (2001), skala CES-D20 dan skala bunuh diri “Suicidal Intention Rating Scale” dari Bailey & Dreyer, 1977. Uji statistik dengan Sperman Rank dan logistik regresi diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara harga diri rendah dengan tingkat depresi; tingkat depresi dengan menarik diri; tingkat depresi dengan kecenderungan bunuh diri; harga diri rendah, menarik diri, dan kecenderungan bunuh diri.

Perbedaan penelitiannya adalah pada jenis penelitian, Lelono (2003) menggunakan jenis penelitian kuantitatif sedangkan penelitian ini dengan jenis penelitian *kualitatif* melalui pendekatan *fenomenologi deskriptif eksploratif*. Subyek penelitian ini adalah seluruh keluarga yang anggota keluarganya pernah melakukan tindakan bunuh diri, berdomisili di Kabupaten Gunungkidul. Cara pengumpulan pada penelitian ini dengan melakukan wawancara secara mendalam untuk mengidentifikasi bagaimana persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial, selain itu variabel dalam penelitian ini hanya satu variabel.

2. Damayanti (2007) dengan judul “Hubungan Antara Tingkat Stres Kerja Dengan Tingkat Resiko Perilaku Bunuh Diri Pada Perawat Jiwa di RS Grasia Yogyakarta”. Penelitian ini merupakan studi *deskriptif korelasional* dengan rancangan *cross sectional*. Subyek dalam penelitian ini adalah perawat jiwa di ruang rawat inap RS Grasia Yogyakarta. Dari hasil uji *Sperman's Rho* didapatkan tidak ada hubungan antara tingkat stress kerja dengan tingkat risiko bunuh diri pada perawat jiwa di unit rawat inap RS Ghrasia Yogyakarta.

Perbedaan penelitiannya adalah pada jenis penelitian, Damayanti (2007) menggunakan jenis penelitian kuantitatif sedangkan penelitian ini dengan jenis penelitian *kualitatif* melalui pendekatan *fenomenologi deskriptif eksploratif*. Variabel dalam penelitian ini adalah satu variabel yaitu persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial, subyek penelitian ini adalah seluruh keluarga yang anggota keluarganya pernah melakukan tindakan bunuh diri, berdomisili di Kabupaten Gunungkidul. Cara pengumpulan data juga berbeda, penelitian ini dengan melakukan wawancara secara mendalam.

3. Handayani (2005) dengan judul “Hubungan Antara Kecenderungan Perilaku Bunuh Diri Dengan Tahap Penanganan Pada Pasien Jiwa di IRNA IV Rumah sakit DR. Sardjito Yogyakarta”. Penelitian ini adalah *diskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitian adalah semua pasien jiwa yang dirawat di IRNA IV Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta dari

tanggal 7 Juni 2005-8 Juli 2005 yang ditentukan dengan purposive sampling. Instrumen yang digunakan adalah skala bunuh diri dan sistem kategori pasien jiwa. Analisis yang digunakan adalah tehnik *korelasi product moment pearson*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara kecenderungan perilaku bunuh diri dengan tahap penanganan pada pasien jiwa di IRNA IV Rumah sakit DR. Sardjito Yogyakarta.

Perbedaan penelitiannya adalah pada jenis penelitian, Handayani (2005) menggunakan jenis penelitian kuantitatif sedangkan penelitian ini dengan jenis penelitian *kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologi deskriptif eksploratif*. Variabel dalam penelitian ini adalah satu variabel yaitu persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial, subyek penelitian ini adalah seluruh keluarga yang anggota keluarganya pernah melakukan tindakan bunuh diri, berdomisili di Kabupaten Gunungkidul. Cara pengumpulan data juga berbeda, penelitian ini dengan melakukan wawancara secara mendalam.

4. Tunjungsari (2008) dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Resiko Perilaku Bunuh Diri Pada Remaja Penyalahgunaan NAPZA di Lembaga Pemasyarakatan Wirogunan Yogyakarta”. Penelitian ini merupakan studi *deskriptif eksploratif*. Subyek penelitian adalah remaja penyalahgunaan NAPZA usia 12-24 tahun yang sesuai kriteria inklusi dan ditentukan dengan total sampling dan didapatkan responden sebanyak 31 orang. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner, analisa data menggunakan metode *statistika deskriptif*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas tingkat risiko perilaku bunuh diri responden rendah, dan faktor-faktor yang mempengaruhinya adalah tingkat stress, riwayat psikiatri, riwayat bunuh diri, dan riwayat keluarga. Sedangkan riwayat psikososial dan mekanisme koping kurang berpengaruh terhadap perilaku bunuh diri responden.

Perbedaan penelitiannya adalah pada jenis penelitian, Tunjungsari (2008) menggunakan jenis penelitian kuantitatif sedangkan penelitian ini dengan jenis penelitian *kualitatif* dengan pendekatan *fenomenologi deskriptif*

eksploratif. Variabel dalam penelitian ini adalah satu variabel yaitu persepsi keluarga korban pelaku bunuh diri tentang stigma sosial, subyek penelitian ini adalah seluruh keluarga yang anggota keluarganya pernah melakukan tindakan bunuh diri, berdomisili di Kabupaten Gunungkidul. Cara pengumpulan data juga berbeda, penelitian ini dengan melakukan wawancara secara mendalam.

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA