

## Studi Literatur Kesehatan Mental dan Budaya

**Anita Novianty**

Fakultas Psikologi UKRIDA  
anita.novianty@ukrida.ac.id

**Lina Cuwandayani**

Fakultas Psikologi UKRIDA  
lina.2015fpsi072@civitas.ukrida.ac.id

### Abstrak

Prevalensi gangguan mental secara global terus meningkat, namun di beberapa tempat akses layanan kesehatan mental masih terbatas dan kesadaran individu untuk mencari penanganan formal untuk menangani gangguan mental masih sangat minim. Beberapa faktor yang menjadi penghambat adalah literasi kesehatan mental yang rendah, stigma, kualitas penanganan, serta budaya. Faktor budaya menarik untuk dikaji lebih mendalam karena memengaruhi pemahaman individu mengenai definisi sakit dan sehat mental, keyakinan penyebab, perilaku pencarian pertolongan hingga pengambilan keputusan untuk memperoleh atau menolak penanganan profesional. Tulisan ini bertujuan untuk menyajikan perspektif profesional dan penduduk yang terikat budaya lokal terkait konsepsi kesehatan mental dan penanganannya, serta menyajikan berbagai pandangan berbasis budaya mengenai konsep kesehatan mental. Metode yang digunakan adalah studi literatur. Hasil kajian literatur menemukan bahwa budaya memengaruhi konsepsi kesehatan mental di suatu masyarakat dan pandangan publik terhadap penanganan gangguan mental. Pentingnya memahami pengaruh budaya dalam konsep kesehatan mental untuk menjembatani psikoedukasi pada masyarakat terkait isu-isu kesehatan mental.

**Kata kunci** : budaya; gangguan mental; kesehatan mental

### Pendahuluan

Menurut *World Health Organization* (2012), terdapat 450 juta jiwa di dunia mengalami gangguan mental dan sepertiganya tinggal di negara berkembang. Prevalensi individu hidup dengan depresi sekitar 300 juta jiwa dalam kurun waktu 10 tahun, dan masih terus mengalami peningkatan sampai saat ini. Sementara, 23 juta jiwa mengalami gangguan jiwa berat dan 800.000 kematian terjadi di seluruh dunia akibat bunuh diri (Gerintya, 2017). WHO mengemukakan bahwa negara bagian Asia merupakan negara dengan tingkat gangguan mental paling tinggi di

dunia, hal ini dikarenakan kurangnya jumlah tenaga medis kesehatan jiwa dan menjadikan Asia sebagai benua dengan beban gangguan mental tertinggi di dunia.

Indonesia merupakan negara ke-3 setelah China dan India di Asia yang memiliki angka gangguan mental tinggi. Individu dengan gangguan mental di Indonesia disebut dengan ODGJ (Orang dengan Gangguan Jiwa). Prevalensi gangguan mental emosional depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai 14 juta jiwa atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sementara untuk gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 jiwa atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Kemenkes, 2013). Berdasarkan riset kesehatan dasar tahun 2013, terdapat 56.000 jiwa dipasung karena stigma negatif yang diterima oleh keluarga, kurangnya informasi, dan buruknya penanganan gangguan mental di Indonesia. Indonesia memiliki 34 provinsi, delapan provinsi diantaranya tidak memiliki rumah sakit jiwa, dan dari provinsi yang memiliki rumah sakit jiwa, tiga diantaranya tidak memiliki tenaga psikiatri (BBC, 2016). Terlihat bahwa masalah global terkait kesehatan mental yang dihadapi saat ini salah satunya adalah prevalensi gangguan mental yang tinggi dan cenderung terus meningkat dan mayoritas individu yang terdiagnosis gangguan mental tidak mampu mengakses penanganan yang tepat (Harvey & Gumport, 2015).

### **Konsep Kesehatan Mental dan Literasi Kesehatan Mental**

*World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kesehatan mental tidak sekedar absensinya gangguan mental pada diri seseorang, namun juga seberapa individu dapat melakukan fungsi sosialnya di masyarakat. Pendekatan psikiatri seringkali terokupasi dengan gangguan mental, karena gangguan mental adalah kondisi yang cenderung lebih mudah didefinisikan yaitu dengan representasi gejala-gejala tertentu. Sementara itu, konsepsi kesehatan mental lebih dari sekedar ketiadaan gejala-gejala, dan seringkali dinilai berdasarkan penilaian norma tertentu. Vaillant (2003) mengulas beberapa model dalam beberapa dekade terakhir untuk mendefinisikan kesehatan mental, yaitu Model A mendefinisikan kesehatan mental sebagai normalitas, yaitu kemampuan untuk mengasahi, bekerja, dan bermain; penyelesaian masalah yang efisien; aktualisasi diri dan orientasi masa depan;

otonomi, Model B mendefinisikan dalam bentuk psikologi positif, meliputi cinta, kebijaksanaan dan pengetahuan, semangat, keadilan, dan transedens, sementara Model C mendefinisikan kesehatan mental sebagai bentuk kematangan yang meliputi kapasitas untuk mengasahi, ketiadaan pola penyelesaian masalah yang tidak produktif, serta harapan dan tujuan yang sesuai untuk kapasitas diri seseorang. Maka dari itu, kesehatan mental seringkali dikenali sebagai intelegensi sosial dan emosional, kesejahteraan subjektif, ataupun resiliensi (Vaillant, 2003).

Jorm (2000) mendefinisikan literasi kesehatan mental sebagai pengetahuan atau keyakinan mengenai gangguan mental, yang membantu pengenalan, manajemen, atau prevensi. Literasi kesehatan mental memiliki beberapa aspek yaitu: (a) Rekognisi mengenai gangguan mental atau berbagai jenis tekanan psikologis; (b) pengetahuan dan keyakinan mengenai faktor penyebab; (c) pengetahuan dan keyakinan mengenai pencarian pertolongan; (d) keyakinan (stigma) mengenai gangguan mental.

a. Rekognisi gangguan mental

Banyaknya individu yang tidak mampu mendefinisikan gangguan mental dalam istilah psikiatri menandakan literasi kesehatan mental publik yang rendah. Penelitian pada partisipan Australia yang ditunjukkan *vignette* mengenai simptom depresi mayor dan skizofrenia mengemukakan bahwa keduanya dikenali sebagai masalah kesehatan mental namun hanya 39% dari masyarakat yang mampu menggunakan label depresi dan hanya 27% yang mampu memberikan label skizofrenia. Pada *vignette* depresi mayor, 11% menganggap bahwa depresi merupakan gangguan fisik (Jorm, 2000). Penelitian dari empat negara dengan mayoritas etnis Tionghoa yaitu China, Taiwan, Hongkong, Shanghai menunjukkan bahwa pelabelan psikiatri mengenai depresi dan skizofrenia lebih rendah dibandingkan dengan sampel dari Australia (Wang *et al.*, 2017). Hal tersebut disebabkan oleh faktor budaya yang persepsi dan perilaku terhadap individu yang mengalami gangguan mental. Penelitian dengan partisipan di Indonesia juga menunjukkan bahwa 22,5 % yang mampu mengenali depresi dan 8,9 % yang mampu mengenali skizofrenia (Novianty, 2017).

b. Pengetahuan dan keyakinan penyebab

Keyakinan akan penyebab akan mempengaruhi respon pencarian penanganan gangguan (Jorm, 2000). Penelitian yang dilakukan sebelumnya menemukan bahwa masyarakat melihat skizofrenia dari faktor biologis. Tekanan hidup dalam pandangan psikiatri dianggap sebagai pemicu munculnya gejala-gejala gangguan namun bukanlah penyebab. Negara-negara barat menganggap bahwa penyebab skizofrenia dan depresi adalah tekanan hidup sehari-hari. Sementara di negara non-barat percaya bahwa gangguan mental disebabkan oleh fenomena supranatural seperti sihir atau kerasukan roh jahat (Jorm, 2000). Orang-orang awam di Malaysia meyakini bahwa gangguan mental disebabkan oleh hal-hal supranatural, maka dari itu penanganan yang dilakukan melalui pengobatan tradisional dan bukan dari penanganan profesional. Penelitian di Indonesia mengemukakan 98% partisipan menyatakan faktor sosial seperti tekanan hidup, pekerjaan, keluarga dan roh halus menjadi penyebab seseorang mengalami gangguan mental (Novianty, 2017).

c. Pengetahuan dan keyakinan tentang pencarian pertolongan

Masyarakat awam di UK dan Australia mengemukakan bahwa pertolongan yang cenderung membantu merupakan dukungan keluarga dan teman. Penelitian yang sudah dilakukan membuktikan bahwa gangguan depresi ringan dapat diberikan pertolongan dengan dukungan sosial, latihan fisik, pertolongan berdasarkan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Penelitian di Shanghai menemukan depresi umumnya dianggap sebagai tekanan stress kerja, maka dari itu sebagian responden lebih santai menanggapi depresi dan mencari pertolongan kepada rekan-rekan kerja. Individu-individu yang mengalami gangguan mental, hanya sebagian kecil yang pergi mencari pertolongan profesional (Jorm, 2000). Penelitian Novianty & Hadjam (2017) menemukan bahwa ada keterkaitan antara literasi kesehatan mental dan sikap komunitas terhadap gangguan mental terhadap intensi seseorang untuk mencari pertolongan profesional. Sikap komunitas terhadap gangguan mental sangat berkontribusi terhadap apakah seseorang akan merujuk dirinya atau orang-orang terdekatnya apabila menemui kasus gangguan mental di sekitarnya.

d. Pengetahuan dan keyakinan mengenai pertolongan profesional

Beberapa penelitian yang dilakukan di negara maju menyatakan masyarakat awam lebih banyak pergi ke dokter umum untuk penanganan gangguan mental. Sementara di negara berkembang ditemukan keyakinan yang berbeda. Sebagai contoh di Ethiopia, sumber pertolongan yang dipercaya adalah air suci dan herbal daripada pertolongan medis, karena pertolongan medis dianggap hanya untuk gangguan fisik. Masyarakat awam juga enggan menggunakan pertolongan medis karena masyarakat menganggap pertolongan medis menggunakan psikotropika/obat-obatan yang akan menyebabkan ketergantungan atau efek samping seperti kerusakan otak. Masyarakat awam beranggapan bahwa vitamin atau obat-obatan herbal lebih baik jika dibandingkan dengan obat-obat psikotropika (Jorm, 2000). Penelitian literasi kesehatan mental di Indonesia oleh Novianty (2017) menemukan pencarian pertolongan medis pun masih sangat minim, 98% menyatakan masih mencari pertolongan informal seperti melakukan ritual agama atau mencari ahli agama.

e. Keyakinan mengenai gangguan mental

Stigma pada gangguan mental menghambat pencarian pertolongan. Masyarakat awam di Shanghai menemukan bahwa individu dengan skizofrenia sangat terstigmatisasi. Sebagian besar responden dalam penelitian ini percaya bahwa individu dengan skizofrenia tidak dapat membedakan yang benar dan yang salah, serta merugikan orang lain. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa literasi kesehatan mental yang meningkat tidak selalu menjadi pemicu penurunan stigma (Wang *et al.*, 2013). Masyarakat di Amerika yang mengalami gangguan mental ringan enggan untuk mencari pertolongan profesional karena takut dianggap gila dan dapat memberikan efek negatif pada situasi pekerjaan (Jorm, 2000). Di Indonesia, sebanyak 78% menganggap orang yang mengalami skizofrenia membahayakan orang lain (Novianty, 2017).

### **Kesehatan Mental dari Sudut Pandang Psikiatri dan Realita di Lapangan**

Klasifikasi gangguan mental atau yang seringkali juga disebut gangguan psikiatri memang masih kontroversial, akan tetapi salah satu tujuan klasifikasi itu

sendiri adalah mempermudah komunikasi antar profesi, penegakan diagnosis dan pemberian intervensi, utamanya di kalangan tenaga kesehatan (Whooley, 2017). Gangguan psikiatri seringkali menjadi diagnosa dalam survei epidemiologi di komunitas maupun layanan primer, walaupun sering terjadi kesenjangan antara jumlah yang dilaporkan dalam survei dengan yang terdata oleh pekerja kesehatan layanan primer. Asumsi yang sering diajukan bahwa pekerja kesehatan di layanan primer kurang mengetahui informasi mengenai konsep psikiatri. Walaupun telah diadakan algoritma diagnosis sederhana, panduan manajemen diagnosis, hingga pelatihan untuk peningkatan keterampilan diagnosis, akan tetapi hasilnya tidak mengubah deteksi maupun perilaku pekerja kesehatan di layanan primer dalam menegakan diagnosis, utamanya di negara-negara berpendapatan menengah ke bawah (Jacob & Patel, 2014).

Layanan psikologi yang diberikan di layanan kesehatan primer tidak serta merta dapat diterima dengan mudah dan efektif, dikarenakan literasi kesehatan mental masyarakat yang masih rendah, stigma yang melekat terkait gangguan mental, dan juga perlunya penguatan penggunaan teknik-teknik layanan psikologi yang cocok untuk dapat diterapkan di level dasar dan proses kerja di layanan kesehatan primer (Novianty & Retnowati, 2016). Adanya kesenjangan antara perspektif publik, psikiatris, dan tenaga kesehatan di layanan kesehatan primer menguji pemikiran kita kembali. Tenaga kesehatan di layanan primer lebih sering melihat pasien dengan gejala ringan dan tidak spesifik atau campuran, atau berasosiasi dengan tekanan psikososial dan masalah kesehatan fisik. Mereka seringkali melihat pentingnya situasi psikososial (stress, sumber personal, coping, dukungan sosial dan budaya) dan efeknya terhadap kesehatan mental (Jacob & Patel, 2014).

Rendahnya kesepakatan antara pendekatan diagnostik yang diadopsi dari psikiatri dan yang seringkali digunakan di layanan kesehatan primer adalah salah satu bentuk gagalnya sistem dan kebijakan kesehatan untuk meningkatkan layanan kesehatan mental. Adanya perbedaan perspektif itu seringkali diselesaikan dengan cara melatih kembali kemampuan diagnosis tenaga kesehatan di layanan kesehatan primer. Kesehatan mental global perlu mengakui gejala-gejala gangguan mental

yang biasa terjadi tidak terlepas dari konteks sehingga dapat berguna di setting kesehatan layanan dasar di berbagai setting yang beragam. Tidak hanya menyederhakan jumlah pelabelan gangguan mental, akan tetapi membuat kategori gangguan itu relevan dan sering ditemui di layanan kesehatan dasar. Label mungkin saja beragam bahasa dan budaya yang secara eksplisit juga perlu diketahui, dan praktek diagnostik semestinya menyesuaikan dengan ragam tersebut. Layanan kesehatan primer perlu memerhatikan realitanya dan apa yang bermanfaat dalam praktek klinisnya sehari-hari daripada bekerja dengan versi pendekatan spesialis (Jacob & Patel, 2014).

Kirmayer & Pedersen (2014) mengemukakan beberapa argumentasinya terkait bangunan kesehatan mental global saat ini, yaitu (a) Prioritas kesehatan mental global lebih banyak dikonstruksi oleh para profesional dan institusi kesehatan mental yang kebanyakan berada di negara-negara dengan pendapatan tinggi sehingga lebih merefleksikan ketertarikan psikiatri dan cenderung memberikan perhatian yang rendah terhadap prioritas yang didefinisikan secara lokal; (b) Prevalensi global yang diperkirakan kebanyakan adalah gangguan neuropsikiatrik, yang disebabkan oleh faktor biologis; (c) Kesehatan mental global mengasumsikan bahwa penanganan standar dapat diterapkan di berbagai budaya dengan adaptasi minimal; dan (d) Kesehatan mental global cenderung memusatkan pada intervensi kesehatan mental profesional dan cenderung mengabaikan bentuk *indigenous* pertolongan, penyembuhan, dan integrasi sosial yang dapat berkontribusi pada luaran positif dan pemulihan.

### **Perspektif Biomedis VS Budaya terkait Konsep Kesehatan Mental**

Realita yang ditangkap individu akan terbatas pada realita yang hanya dapat dipahami dalam bahasa yang digunakan untuk mendeskripsikan apa yang ditangkapnya. Maka dari itu, kita tidak dapat memahami perilaku manusia terlepas dari konteks sosialnya, identitas sejarah individu, intensi individu dan setting sosial-ekonomi dan sejarah perilaku tersebut terjadi. Sehingga kita tidak dapat mencari penyebab gangguan mental hanya dari dinamika internal individu (Goolishian, 2017).

Dalam tulisan ini, penulis menggunakan landasan berpikir *relativism*, yaitu perilaku manusia terpola sesuai budaya. Pendekatan ini mencoba memahami individu ‘dalam sudut pandang dan bahasa yang digunakannya’. Asesmen pun menggunakan nilai dan makna yang digunakan oleh sekelompok budaya dalam memahami sebuah fenomena (pendekatan emik). Faktor budaya dapat memengaruhi kesehatan dalam segala bentuk cara, yaitu pendefinisian, pengenalan, gejala-gejala, prevalensi dan respon (oleh masyarakat maupun penyembuh). Pengenalan beberapa kondisi, baik sehat maupun sakit terkait dengan budaya, seperti ‘kesurupan’ (penyembuhan/mekanisme pencarian pertolongan atau gejala psikiatri) (Murphy, 1962 dalam Berry, 1998). Secara sempit budaya dapat diartikan sebagai latar budaya etnis individu, sementara itu secara luas adalah semua aspek individu (afiliasi demografi, variabel etnografi dan afiliasi individu) yang membuat skema personal pada individu (Kaiser, Katz & Shaw, 1998).

Hal yang perlu diketahui dan dikritisi bahwa pedoman dalam penegakan diagnosis selama ini seringkali menggunakan DSM atau ICD-10, sementara kedua pedoman tersebut dibuat berdasarkan karakteristik sistem kesehatan psikiatri di Amerika dan budaya khusus psikiatri internasional (Jacob & Patel, 2014). Roger (1993) mengemukakan bahwa budaya memiliki pengaruh dalam pengekspresian gejala-gejala gangguan mental meliputi bentuk gejala dan tingkat keparahannya, apakah gejala yang tampak dimaknai sebagai sebuah gangguan, serta pertimbangan faktor budaya dalam wawancara untuk penegakan diagnosis perlu diperhatikan. Ketiga hal ini perlu diperhatikan untuk mencegah kesalahan diagnosis atau penilaian diagnosis yang berlebihan akibat penggunaan standar diagnosis ‘barat’ (dalam Kaiser, Katz, & Shaw, 1998).

Budaya memiliki konsep yang berbeda yang berasal dari variasi sejarah lokal setempat. Konsep psikiatri muncul dari sikap kolonial oleh dunia belahan barat, namun berbeda dengan dunia non-barat yang melihat dunia dengan cara tradisional. Budaya telah mempengaruhi pengalaman dan ekspresi individu dalam memandang suatu masalah, termasuk kesehatan mental. Konsep psikiatri memandang masalah gangguan mental, seperti depresi mayor atau *anxiety* dapat diatasi dengan obat-obatan atau psikotropika, namun pengalaman-pengalaman dibalik gangguan mental

tersebut tidak dipertimbangkan. Budaya memandang masalah gangguan mental ringan seperti depresi, kecemasan, simptom somatis sebagai adanya isu moralitas, ketidakharmonisan keluarga dan bukan sebagai gangguan mental. Sementara gangguan mental berat dianggap sebagian budaya sebagai adanya sihir, ilmu jahat, ketidaktaatan agama, dan isu moral. Pandangan-pandangan budaya yang ada memberikan pengaruh kepada individu dengan gangguan mental atau keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan mental dalam mencari pertolongan (Kirmayer & Swartz, 2014).

Pandangan budaya yang bervariasi memberikan banyak alternatif pengobatan lokal dalam masalah kesehatan. Pengobatan dalam sistem budaya lokal mengandung nilai budaya, sistem keagamaan dan moral tidak mudah digantikan oleh praktik psikiatri. Meskipun gangguan mental dapat diobati dengan praktik psikiatri, namun pengalaman dibalik terjadinya gangguan mental tidak dilihat. Budaya memiliki pandangan tersendiri mengenai gangguan mental, literasi kesehatan mental pada suatu negara atau daerah rendah bukan berarti daerah tersebut tidak memiliki pengenalan mengenai gejala gangguan mental, namun budaya lokal memiliki ciri-ciri atau “pelabelan” lokal mengenai gangguan mental tersebut. Pemahaman mengenai budaya lokal dapat membantu tenaga medis untuk dapat lebih mudah mengidentifikasi gangguan mental yang terjadi dan dapat memberikan penanganan dengan tepat (Kirmayer & Swartz, 2014).

## **Kesehatan Mental dari Berbagai Pandangan Budaya**

### **Budaya Tiong Hoa**

Budaya Tiong Hoa memandang sehat sebagai keharmonisan keluarga, komunitas dan tubuh. Menurut budaya Tiong Hoa, sesuatu yang masuk dan yang keluar dari tubuh manusia tidak boleh berlebihan, maka dari itu harus seimbang dan harmoni. Konsep kesehatan Tiong Hoa juga diambil dari konsep Yin-Yang yang merupakan mekanisme internal tubuh manusia. Kesehatan orang Tiong Hoa biasanya dikaitkan dengan fisik atau somatisasi. Sebagai contoh, seseorang yang mengalami *mood swing* biasanya dianggap sebagai adanya api dalam bagian tubuh tertentu. Adanya api diasosiasikan dengan lima elemen dalam konsep Tiong Hoa

yang disebut *fengshui*, yaitu unsur air, api, logam, tanah, kayu. Elemen-elemen tersebut memiliki pengaruh besar dalam budaya Tiong Hoa. Unsur-unsur ini terbentuk dalam sebuah siklus yang saling berkaitan, yang saling menghancurkan atau menghasilkan keuntungan, maka dari itu dalam budaya Tiong Hoa harus memperhitungkan *fengshui* ketika menikah, membangun rumah sampai pada kesehatan (Yip, 2003).

Budaya Tiong Hoa masih menggunakan pengobatan tradisional seperti obat-obatan herbal atau akupuntur. Budaya Tiong Hoa percaya bahwa setiap manusia memiliki titik tekan yang dapat menyembuhkan penyakit tertentu. Selain perhitungan *fengshui*, kesehatan juga dipandang dari keharmonisan keluarga. Menurut Tjeng, Lin dan Yeh (1995) keluarga merupakan pengaruh terbesar dalam kehidupan orang Tiong Hoa, karena keharmonisan keluarga merupakan fondasi dari kehidupan orang Tiong Hoa (Yip, 2003).

### **Budaya Afrika**

Satu sistem nilai mendasar yang dipromosikan oleh banyak budaya Afrika adalah sistem *Ubuntu*. *Ubuntu* diartikan sebagai kepribadian. Konsep *Ubuntu* mengacu pada nilai-nilai Afrika dari keterkaitan kolektif, interdependensi, komunalitas, solidaritas kelompok, dan konformitas. Dalam konsep *Ubuntu*, diri dirasakan dalam kaitannya dengan kelompok yaitu, individu dianggap bukan sebagai entitas yang independen dari satu sama lain, tetapi sebagai bagian dari sistem komunal interdependen.

Nilai-nilai *Ubuntu* diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya dengan menggunakan media budaya termasuk fabel, peribahasa, teka-teki, dan bercerita. Pepatah "*Bubedi bwa disu mbubedi bwa diulu*", yang berarti masalah tetangga adalah masalah bersama. Bagi budaya Afrika, menjadi manusia bukanlah sepenuhnya menjadi manusia. Kepribadian dianggap sebagai hadiah karena berkontribusi kepada komunitas. Pandangan budaya Afrika, manusia tidak dianggap sebagai entitas terpisah untuk dipahami dan ditangani secara individual, tetapi harus selalu dilihat dalam konteks sosial. Misalnya, ketika memperkenalkan

diri, biasanya menyebut komunitas tempat individu berasal, daripada identitas atau pencapaian pribadi (Kpanake, 2018).

Bagi budaya Afrika, spiritualitas mengacu pada cara individu menyatu dengan entitas tidak terlihat dalam kehidupan sehari-hari. Kosmologi dalam budaya Afrika melambangkan kehidupan sebagai tragedi sehingga diri sendiri, sebagai entitas yang rentan dan fana, tidak pernah bisa mencapai aspirasi yang diinginkan. Oleh karena itu, Kepribadian membutuhkan campur tangan entitas spiritual untuk perlindungan seseorang terhadap kekuatan spiritual yang jahat. Entitas spiritual ini termasuk Tuhan, leluhur, dewa, dan roh merupakan kekuatan yang terus-menerus memengaruhi jalan hidup orang itu melalui berbagai kejadian yang menguntungkan atau berbahaya. Terlepas dari Tuhan, pandangan di Afrika menemukan leluhur sebagai perantara yang sangat dekat dengan dunia spiritual namun bukan karena leluhurnya sama dengan Tuhan. Leluhur memiliki panggilan yang berbeda sesuai dengan etnis di Afrika. Dengan demikian, peran leluhur memiliki pengaruh besar dalam kehidupan sehari-hari individu. Leluhur berperan aktif dalam kehidupan individu dimulai sebelum kelahiran. Dalam budaya Afrika, leluhur dianggap sebagai penjaga keluarga, tradisi, dan etika. Leluhur bertindak sebagai pemandu, penjaga, perlindungan dari makhluk-makhluk jahat yang terlihat dan tidak terlihat, penyakit, malapetaka sosial, dan perusak kekeluargaan (Kpanake, 2018).

Gagasan tentang diri dalam kebudayaan Afrika melampaui substansi yang bersifat fisik, anatomi, dan fisiologis. Diri dalam sistem pemikiran budaya ini dapat mengambil bentuk diri fisik, diri yang tak terlihat, atau diri lingkungan. Sebagai contoh, jika suku Zulu memotong rambut, maka seseorang harus mengumpulkan potongan rambut dan selalu membakarnya sampai tidak ada yang tersisa. Suku Zulu percaya bahwa jika satu helai rambut tertiuap angin mungkin masuk ke tangan penyihir akan digunakan untuk tujuan jahat seperti membuat seseorang “gila”. Representasi diri dimanifestasikan dalam banyak penolakan suku Zulu untuk menggunakan botol air seni di rumah sakit karena mereka takut isinya jatuh ke tangan ahli-ahli sihir (Kpanake, 2018).

### **Hubungan budaya dengan kesehatan mental: Studi Kasus di Afrika**

M. T. adalah pria Togo berusia 27 tahun yang sedang menyelesaikan gelar Sarjana Hukum di Togo. Ketika dia datang ke departemen kesehatan mental di sebuah rumah sakit, dia berada di tahun terakhir di sekolah hukum. Ketika tanggal pemeriksaan terakhir mendekati, ia mulai merasa sangat cemas dan berpengalaman sulit berkonsentrasi, sakit kepala yang menyakitkan, kelelahan kronis, dan gangguan tidur; dan datang ke klinik untuk bantuan dengan gejala-gejala ini. Pasien lahir dalam keluarga poligami, dan mengidentifikasi diri sebagai etnis Kabye. Dia mengikuti semua ritual budaya yang diperlukan untuk setiap tahap perkembangan dan berpartisipasi dalam upacara tradisional. Pada usia 25 tahun, dia menerima baptisan Katolik dan sejak itu telah menghadiri gereja secara rutin. Pada awal symptom, ia merasa penyakit tersebut adalah malaria, penyakit yang telah ia alami berkali-kali. Seperti kebiasaannya, ia membeli obat-obatan antimalaria di pasar lokal dan meminumnya namun tidak muncul perubahan. Satu minggu kemudian dia berkonsultasi dengan dokter umum dan melakukan tes darah. Tidak menemukan apa pun yang salah, dokter meresepkan beberapa vitamin dan merujuk pasien ke departemen kesehatan mental rumah sakit (Kpanake, 2018).

Kekhawatiran utamanya adalah sakit kepala tegang dan kelelahan kronis. Dia dilihat oleh tim yang terdiri dari satu psikiater, dua psikolog, dan tiga penduduk, yang kemudian disebut sebagai tim klinis. Tim ini memberikan konsultasi klinis yang mempertimbangkan konteks sosial dan budaya untuk memberikan layanan penilaian dan perawatan. Tim klinis menyatakan bahwa gejala pasien dimulai ketika ayahnya didiagnosis dengan kanker metastatik. Meskipun ayah pasien tidak menyangkal diagnosis biomedis, ia dan keluarganya berkonsultasi dengan tabib tradisional yang menghubungkan penyakitnya dengan sihir yang dilakukan oleh istri ketiganya. Setelah diagnosis ini, ayah pasien tinggal di rumah dukun tradisional di mana ia menerima perawatan. Istri terakhir ayah pasien tinggal bersamanya di rumah penyembuh dan bertanggung jawab atas memasak dan memberikan perawatan pribadi kepada suaminya. Setelah 5 bulan, dia mengalami serangan jantung dan meninggal. Kematian itu juga dikaitkan dengan sihir yang bertujuan untuk membuat ayah pasien lebih rentan (Kpanake, 2018).

Menjelajahi sistem keluarga, tim klinis menemukan bahwa pasien sangat dekat dengan anggota keluarga pihak ibu. Akibatnya, tim klinis bertanya-tanya apakah konsultasi dengan beberapa anggota garis keturunan ibu akan bermanfaat. Pasien setuju, dan tiga anggota keluarga diundang ke pertemuan. Pasien menghadiri sesi ketiga didampingi oleh garis tertua dari garis keturunan ibunya, salah satu pamannya, dan salah satu bibinya. Dia mengatakan tidak bisa melakukan pemeriksaan terakhir karena sakit kepalanya begitu kuat sehingga tidak bisa berkonsentrasi cukup baik untuk membaca teks bahkan hanya satu paragraf. Dia marah pada dirinya sendiri karena tidak bisa mengikuti ujian, tetapi lebih khawatir tentang kesehatan dan masa depannya. Selama sesi ini, anggota keluarga yang menyertai mengatakan kepada tim klinis bahwa seluruh keluarga sangat bangga dengan prestasi pendidikan pasien (Kpanake, 2018).

Ketika ditanya tentang pemahaman mereka tentang kesulitan yang dihadapi pasien, penatua keluarga menanggapi: " kehidupan berada di tangan leluhur; mereka tidak akan menerima bahwa nama mereka dimusnahkan." Ketika dimintai klarifikasi, paman pasien menyatakan bahwa " beberapa gejalak sedang terjadi di *djedjewiye*, dan kita harus bereaksi sebelum terlambat. " Dia kemudian menggambarkan penyakit ayah pasien, kematian salah satu ibu tiri pasien," dan sekarang halangan masa depan yang menjanjikan dari pasien, semua itu dalam waktu 5 bulan." Dia menambahkan "kami pergi untuk bertanya [seorang tabib tradisional]. Ternyata ada seseorang yang bergabung dengan keluarga kami yang bertanggung jawab atas hal-hal buruk itu" (Kpanake, 2018).

*Kamtou* adalah praktik populer di kalangan suku *Kabye* yang terdiri dari penyihir yang menangkap *Kalizo* orang lain dan menggantinya di tempat yang relatif tidak mungkin dicapai (misalnya, dasar danau atau sungai, atau di dalam kuburan). Sejak saat itu, orang yang menjadi korban *Kamtou* menjadi sakit dan akan mati kecuali keluarganya berkonsultasi dengan tabib tradisional yang dapat menentukan penyebab penyakit dan melakukan ritual yang tepat untuk melepaskan *Kalizo* yang ditangkap. Orang yang sakit itu sembuh ketika *Kalizonya* kembali kepadanya. Namun, ketika tim klinis bertanya apakah ia ingin melibatkan dengan keluarga dalam penyembuhan tradisional, pasien itu menolak, mengungkapkan

kekhawatiran tentang rasa malu yang akan dibawa kepada anggota gerejanya jika penyembuhan tradisional yang ia jalani menjadi pengetahuan umum dalam kehidupan Kristennya (Kpanake, 2018).

### **Budaya Arab**

Kehilangan Figur ayah secara signifikan lebih banyak di antara pasien rawat inap yang kecanduan heroin ketika dibandingkan dengan kehilangan ibu, menunjukkan bahwa sistem keluarga mungkin kurang mampu mengkompensasi perampasan figur ayah daripada figur ibu. Budaya Arab selalu menghargai prokreasi. Sebuah penelitian pada komunitas di Kuwait, mengungkapkan hubungan yang signifikan antara gejala psikiatri dan penggunaan kontrasepsi di kalangan wanita yang berlatih menggunakan kontrasepsi karena alasan ekonomi meskipun mereka percaya bahwa itu tidak diizinkan oleh Islam. Para ulama Islam di komunitas yang diteliti, telah mengeluarkan pernyataan yang melarang kontrasepsi, meskipun ulama Muslim lainnya (misalnya, di Mesir) telah mengeluarkan pernyataan yang memungkinkan untuk pengendalian kelahiran (El-Islam, 2008).

Perubahan sosial yang mendalam dialami oleh Qatar dan Kuwait dalam beberapa dekade terakhir telah tercermin dalam gejala dan etiologi gangguan kejiwaan umum. Sebagai contoh, di Qatar kemajuan dalam pendidikan perempuan dan peningkatan kinerja mereka dari berbagai peran dalam masyarakat telah menyebabkan hilangnya sindrom somatik terkait budaya yang mempengaruhi wanita yang tidak menikah dan tidak subur, yang dicirikan dengan pusing atau merasa akan pingsan, sakit kepala, mual, serta dikaitkan dengan anggota badan lainnya (El-Islam, 2008).

### **Budaya dan pengambilan keputusan dalam isu kesehatan mental**

Nilai kemandirian individu sering diimbangi dengan ketergantungan interdependensi dalam unit keluarga. Hal yang sangat tidak biasa bagi pasien di komunitas semacam itu untuk datang ke dokter psikiatri (atau dokter umum) sendiri. Anggota keluarga yang menemani (misalnya orang tua, saudara kandung, sepupu, keponakan) mendukung pasien dengan menunjukkan kesejahteraan mereka

dan membantu untuk melaksanakan program perawatan. Masuk ke rumah sakit umumnya merupakan keputusan yang dibuat bersama oleh terapis, pasien dan anggota keluarga yang menyertainya. Ketika keluarga setuju untuk merawat keluarga yang sakit jiwa, penting untuk mempertimbangkan tidak hanya hak pasien, tetapi juga keluarga yang berada di ujung penerima dari perilaku pasien yang memalukan, agresif, dan merusak. Keluarga tradisional membantu anggota mereka yang sakit untuk bergabung kembali dengan mengatur perkawinan yang cocok, pekerjaan dan pekerjaan waktu luang. Budaya-budaya tradisional ini mendorong kesalingtergantungan, daripada kemandirian, anggota keluarga individu, yang menginternalisasikan suatu kelompok daripada proses pengambilan keputusan individual (El-Islam, 2008).

### **Hubungan dokter-pasien dalam konteks budaya Arab**

Banyak pasien psikiatri Arab di Mesir dan komunitas Teluk Arab mengharapkan psikiater mereka untuk 'menghilangkan' penderitaan mereka. Anggota keluarga harus terlibat dan bertindak sebagai 'co-therapists,' memastikan bahwa pasien melaksanakan tugas-tugas ini. Psikiater yang tidak terbiasa dengan budaya Arab dapat menafsirkan perilaku seperti itu di pihak pasien sebagai kegagalan untuk bekerja sama menunjukkan keengganan untuk membantu diri sendiri. Alih-alih bekerja dengan kesamaan antar budaya, terapis ekspatriat sering menerima pluralisme budaya sebagai yang diberikan dan dengan demikian melemahkan gagasan 'normalitas' yang disetujui secara sosial sebagai tujuan terapi. metode psikoterapi, yang tidak memasukkan budaya pasien, cenderung tidak berhasil dengan pasien Arab yang berorientasi tradisional. Di bidang psikiatri anak, masalah ini sangat penting ketika bekerja untuk orang tua Arab yang ingin menanamkan dan mempertahankan nilai-nilai tradisional mereka pada anak-anak mereka. Anggota keluarga bertindak sebagai petugas kesejahteraan atau pekerja sosial untuk sebagian besar pasien Arab, membayar biaya rutin pasien dan membantu mereka memulihkan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial mereka setelah sakit. Informasi tentang pelecehan, aktivitas seksual, penyakit mental, dan

tindakan melanggar hukum di mana anggota keluarga terlibat sering dirahasiakan dari terapis karena potensi rasa malu (El-Islam, 2008).

### **Budaya tradisional Arab dan pembentukan diagnosis**

Banyak orang Kuwait dan ekspatriat di Kuwait percaya bahwa setan mampu menggoda manusia untuk berpikir, merasa, atau bertindak salah. Bagi para profesional yang terlatih di Barat, keyakinan seperti itu dapat disalahartikan sebagai gejala peringkat pertama dari pengendalian pikiran, penyisipan pikiran atau delusi pasif. Pengalaman somatik seperti kedutan dada atau 'sakit hati' adalah gejala umum di mana jantung dan dada digambarkan tidak mampu 'menahan' atau menanggung kesulitan yang terjadi dalam hidupnya. Petugas medis yang tidak peka secara budaya mungkin menganggap keluhan seperti itu murni somatik dan fokus sepenuhnya pada kemungkinan diagnosis fisik. Gejala somatik dan emosional memberikan berbagai jenis penjelasan dan perilaku mencari bantuan. Gejala somatik membutuhkan bantuan dokter sementara gejala emosional membutuhkan bantuan religius. Perilaku agresif yang memalukan dan tidak beralasan kemungkinan besar dianggap pengaruh dari supranatural, setan (jin) dan karenanya meminta pertolongan dukun tradisional yang dapat mengusir bahaya semacam itu (El-Islam, 2008).

### **Budaya Maori**

Sebuah ulasan yang menarik ditulis oleh Rochford (2004) bahwa Suku Maori memiliki model kesehatan holistik yang dalam bahasa Maori diistilahkan “Whare Tapa Wha”. Model ini terdiri dari Taha Tinana (fisik), Taha Whanau (Sosial), Taha Hinekaro (Emosi), dan Taha Wairua (Spiritual). Hal ini menjadi penting untuk para pekerja kesehatan dan pengambil kebijakan di New Zealand dalam menangani kasus dengan klien Suku Maori. Pendekatan ini sangat berguna dalam merancang program prevensi bagi Orang-Orang Maori, seperti penggunaan obat-obatan, bunuh diri, dan lainnya. Suku Maori merupakan kelompok minoritas di New Zealand setelah tanah itu dijajah oleh Kolonial Eropa. Banyak suku Maori yang menerima

ketidakadilan, semisal kurangnya jaminan kesehatan, tingginya angka kemiskinan, banyaknya pengangguran, dan lain sebagainya.

Adapun persepsi sehat bagi Suku Maori adalah adanya “sense of identity”. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Houkamau & Sibley (2011) mengenai efikasi budaya Maori dan Kesejahteraan Subjektif (yang dibagi menjadi dua yaitu Kesejahteraan Individu dan Kesejahteraan Nasional). Culture-as-cure Model yang saya gunakan sebagai judul di atas pun meminjam istilah yang digunakan Houkamau & Sibley dalam artikel penelitiannya. Efikasi budaya Maori didefinisikan sebagai sejauhmana Individu yang merupakan Suku Maori Asli ataupun yang leluhurnya adalah Suku Maori mampu mengidentifikasi dirinya sebagai Suku Maori dan terlibat secara aktif dalam kegiatan ritual/tradisi Maori. Hasilnya adalah semakin tinggi efikasi budaya Maori, maka kesejahteraan individunya pun tinggi, akan tetapi kesejahteraan nasionalnya rendah. Mengapa dari satu faktor efikasi budaya Maori menghasilkan perbedaan arah hubungan terhadap kesejahteraan subjektif individu dan nasional?

Bagi seorang individu yang mampu mengidentifikasi dirinya sebagai Suku Maori dan terlibat aktif di dalam ritual dan tradisi budaya leluhurnya merasakan kepuasan hidup dan dukungan sosial dari kerabat-kerabatnya yang lain, dikarenakan ada keyakinan di dalam Suku Maori bahwa sesama Suku Maori adalah keluarga jauh/keluarga di luar keluarga inti (extended family). “Keluarga” termasuk ke dalam Taha Whanau di dalam Model Kesehatan Holistik Maori. Sementara itu kesejahteraan subjektif nasional (persepsi Orang Maori terhadap kondisi sosial, politik, dan ekonomi di negaranya) rendah dikarenakan pejabat/pemangku kepentingan dan pengambil kebijakan di New Zealand dikuasai oleh keturunan kulit putih atau kolonial. Dapat dikatakan bahwa mereka tidak peka terhadap kebutuhan dan budaya Orang Maori yang menjadi minoritas di tanah mereka sendiri. Suku Maori memiliki budaya yang sangat kolektif, sementara negara dijalankan dengan gaya “individualis” sehingga menyebabkan semakin individu mengidentifikasi dirinya sebagai Seorang Maori, maka ia akan semakin merasakan posisi dirinya sebagai minoritas dan mengalami banyak keterbatasan akses di negaranya sendiri.

## **Kesimpulan**

Berdasarkan kajian literatur terkait kesehatan mental dan budaya, ditemukan adanya kesenjangan pandangan dan penanganan dalam menangani kasus gangguan mental antara profesional dan penduduk lokal yang pengaruh tradisi/budaya masih sangat kuat, terutama di komunitas yang masih sangat kolektif. Kesenjangan ini dapat menjadi penyebab mengapa literasi kesehatan mental yang telah dikonstruksi dari perspektif kesehatan mental global hampir selalu rendah ketika diterapkan di negara-negara berkembang atau pendapatan menengah ke bawah, dengan menegasikan faktor ragam budaya yang dimiliki suatu komunitas. Adanya kesenjangan tersebut salah satunya karena faktor budaya yang memengaruhi penduduk lokal dalam hal pelabelan dari representasi simtom, pengenalan simtom sebagai gangguan atau kasus biasa, keyakinan akan penyebab munculnya simtom, tipe pencarian pertolongan yang dipilih, cara penanganan yang diyakini tepat, sikap komunitas terhadap kasus gangguan mental, hingga dinamika pengambilan keputusan untuk akses layanan kesehatan mental.

Rekomendasi untuk para peneliti dan praktisi lapangan terkait kesehatan mental adalah mengubah paradigma dalam melihat kesehatan mental hanya dari ketiadaan gejala-gejala gangguan mental, menjadi eksplorasi faktor-faktor protektif yang mungkin sudah ada di dalam suatu komunitas yang dapat mempromosikan kesehatan mental. Hal ini dikarenakan konsepsi mengenai kesehatan mental yang dikonstruksi di suatu budaya tertentu belum tentu sesuai dengan budaya lainnya, sehingga perlu strategi agar kita tidak mengalienasi budaya sendiri. Tantangan lainnya adalah perlunya identifikasi pelabelan, representasi simtom, tipikal gangguan serta bentuk terapi/penanganan yang mungkin ada di beragam suku dan budaya di Indonesia, identifikasi efikasi budaya sendiri, dan mencari bukti empirisnya sehingga kita memiliki pengetahuan yang dibangun secara ilmiah di dalam budaya sendiri. Apabila hal tersebut dapat terwujud maka tercapailah cita-cita pengetahuan itu sendiri, bahwa pengetahuan tidak untuk mengubah dunia, akan tetapi untuk memahaminya, dan diperuntukkan bagi kesejahteraan manusia.

## DAFTAR PUSTAKA

- BBC Indonesia. (2016, Maret 21). Setidaknya 18.800 orang masih dipasung di Indonesia. Diunduh dari BBC News Indonesia: [www.bbc.com/indonesia](http://www.bbc.com/indonesia).
- Berry, J. W. (1998). Acculturation and Health. In Kazarian, S.S., & Evans D.R. *Cultural and clinical psychology: Theory, research, and practice* (Eds.). (pp. 39-57). New York: Oxford University Press.
- El-Islam, F. M. (2008). Arab culture and mental health care. *Transcultural Psychiatry*, 45(4), 671–682 .
- Gerintya, S. (2017, March 18). Statistik Bunuh Diri dan Darurat Kesehatan Mental. Diunduh dari *tirto.id*: [www.tirto.id](http://www.tirto.id).
- Goolishian, H.A. (2017). The dis-diseasing of mental health. *Journal of Systematic Therapies*, 36(1), 69-78.
- Harvey, A. G., & Gumport, N. B. (2015). Evidence-based psychological treatments for mental disorders: Modifiable barriers to access and possible solutions. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 1-12.
- Houkamau, C. A., & Sibley, C. G. (2011). A psychological model and research agenda. *Social Indicator Research*, 103, 379–398.
- Jacob, K.S., & Patel, V. (2014). Classification of mental disorders: A global mental health perspective. *Lancet*, 383, 1433-1435.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Kaiser, A. S., Katz, R., & Shaw, B. F. (1998). Culture Issues in the Management of depression in Kazarian, S.S., & Evans, D.R, *Cultural and clinical psychology: Theory, research, and practice* (Eds.). (pp. 177-214). New York: Oxford University Press.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2016, October 6). Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat. Diunduh dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: <http://www.depkes.go.id>.
- Kirmayer, L.J., & Pedersen, D. (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 759-776.

- Kirmayer, L. J., & Swartz, L. (2014). Culture and Global Mental Health. In V. Patel, H. Minas, A. Cohen, & M. J. Prince, *Global and Mental Health; Principle and Practice* (pp. 42-62). New York: Oxford University Press.
- Kpanake, L. (2018). Cultural concepts of the person and mental health in Africa. *Transcultural Psychiatry*, 55(2) 198–218 .
- Novianty, A. & Retnowati, S. (2016). Intevensi psikologi di layanan keshatan primer. *Buletin Psikologi*, 24(1), 49-63.
- Novianty, A. (2017). Literasi kesehatan mental: Pengetahuan dan persepsi publik mengenai gangguan mental. *Analitika*, 9(2), 68 – 75.
- Novianty, A., & Hadjam, M.N.R. (2017). Literasi kesehatan mental dan sikap komunitas sebagai prediktor pencarian pertolongan formal. *Jurnal Psikologi*, 44(1), 50-65.
- Rochford, T. (2004). Whare Tapa Wha : A maori model of a unified theory of health. *The Journal of Primary Prevention*, 25(1), 41–57.
- Tseng, W.S., Lin, T.Y. & Yeh, E.K. (1995) Chinese societies and mental health. In T. Y. Lin, W. S. Tseng & E. K. Yeh (Eds) *Chinese societies and mental health* (pp. 3-18). Hong Kong: Oxford University Press.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental Health: Reviews and Overviews. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Wang, J. Y., He, J. L., Jiang, Q., Cai, J., Wang, W. L., Zeng, Q. Z., Miao, J. M., Qi, X. M., Chen, J. X., Bian, Q., Zhang, M. Y. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 224-235.
- Whooley, O. (2017). Defining mental disorders: Sociological investigations into the classification of mental disorders. In Scheid, T.L., & Wright, E.R., *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems (3rd Edition)* (pp. 45-65). United Kingdom: Cambirdge University Press.
- World Health Organization. (2012, August). Mental health: a state of well-being. Diunduh dari World Health Organization: <http://www.who.int>.
- World Health Organization. (2017, April 28). Mental Disorders. Retrieved from World Health Organization: <http://www.who.int>.
- Yip, K. S. (2003). Traditional Chinese Concepts of Mental Health: The Implications for Multicultural Professional Counselling Practice. In W. O. Phoon, & I.

Macindoe, *Untangling the threads: perspectives on mental health in Chinese communities*. (pp. 11-30). Paramatta BC, N. S. W: Transcultural Mental Health Centre.