

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan kader kesehatan dan stigma, dan orang dengan gangguan jiwa.

2.1 Konsep Kader Kesehatan

2.1.1. Pengertian kader kesehatan

Kader kesehatan dapat didefinisikan sebagai tenaga sukarela yang dipilih oleh anggota masyarakat dan berasal langsung dari komunitas tersebut, dengan tugas utama untuk mendukung, mempromosikan, serta meningkatkan efektivitas layanan kesehatan dasar di level komunitas. Mereka umumnya menerima pelatihan awal atau panduan dari institusi kesehatan seperti Puskesmas, yang memungkinkan mereka melaksanakan peran promosi, pencegahan, dan dukungan terhadap layanan kesehatan, sehingga berfungsi sebagai penghubung antara masyarakat dan sistem layanan kesehatan resmi. (Gunawan & Ayubi, 2023)

Dalam bidang kesehatan masyarakat, kader kesehatan sering kali diidentikkan dengan istilah *community health workers (CHWs)*, yakni warga masyarakat yang diberi pelatihan untuk menyampaikan informasi, pendidikan, dan tindakan kesehatan mendasar kepada komunitas mereka. Selain itu, mereka turut membantu dalam pengenalan dini masalah kesehatan, pengalihan kasus ke fasilitas medis, serta pengawasan kondisi kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Peran kader kesehatan sangat krusial dalam memperluas jangkauan layanan kesehatan, khususnya di wilayah yang sulit diakses oleh tenaga kesehatan profesional. Dengan demikian, mereka berkontribusi signifikan dalam memastikan bahwa masyarakat dapat memperoleh dukungan kesehatan yang lebih baik dan tepat waktu (Gunawan & Ayubi, 2023)

2.1.2. Peran Kader dalam kesehatan

Kader kesehatan berfungsi sebagai garda terdepan dalam implementasi program kesehatan di masyarakat, berkat posisinya sebagai penghubung langsung antara fasilitas kesehatan seperti Puskesmas dan warga setempat. Tugas mereka mencakup aspek promosi, pencegahan, dan dukungan layanan kesehatan di level komunitas. Kader tidak sebatas menyampaikan informasi, tetapi juga terlibat aktif dalam kegiatan kesehatan serta pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan secara keseluruhan. (Hirschhorn et al., 2023)

1. Promosi Kesehatan dan Edukasi Komunitas

Kader kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menyediakan informasi dan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, termasuk penyuluhan mengenai pola hidup sehat, pencegahan penyakit, serta upaya pengenalan dini masalah kesehatan. Melalui interaksi tatap muka, kader berkontribusi dalam meningkatkan kesadaran komunitas terhadap berbagai isu kesehatan, sehingga masyarakat menjadi lebih paham dan bertanggung jawab atas kesehatan diri mereka sendiri.

2. Upaya preventif dan Pencegahan Penyakit

Kader diberi wewenang untuk mendukung berbagai kegiatan pencegahan, seperti: pemantauan terhadap balita dan ibu hamil pencegahan stunting melalui edukasi nutrisi dan pengawasan perkembangan anak deteksi awal gangguan Kesehatan pengawasan kondisi kronis di tengah masyarakat sebagai contoh, kader di posyandu aktif memantau pertumbuhan balita, memberikan edukasi gizi kepada keluarga, serta terlibat dalam program pencegahan lainnya.

1) Pemberdayaan dan Pendampingan Masyarakat

Kader kesehatan tidak hanya bertugas memberikan informasi, tetapi juga bertindak sebagai agen pemberdayaan masyarakat. Mereka mendorong dan melibatkan warga dalam kegiatan kesehatan, seperti posyandu, kampanye vaksinasi, atau pelatihan kesehatan keluarga. Partisipasi kader ini membantu masyarakat menjadi lebih mandiri dalam merawat kesehatan harian.

2) Peningkatan Akses Layanan Kesehatan

Kader membantu mengatasi kesenjangan antara layanan resmi dan masyarakat, khususnya di wilayah yang sulit dijangkau oleh tenaga kesehatan profesional. Mereka terlibat dalam: merujuk kasus ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan formal mengatur kunjungan rumah memantau klien dengan kebutuhan spesifik di komunitas Langkah ini meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan di komunitas yang rentan terhadap ketidakmerataan layanan.

3) Penguatan Sistem Kesehatan Primer

Peran kader merupakan komponen vital dari layanan kesehatan primer yang berorientasi pada masyarakat (*people-centred primary health care*). Kader mendukung *universal health coverage (UHC)* dengan memperkuat partisipasi komunitas dalam menjaga dan merawat kesehatan. Kajian terkini menegaskan bahwa keterlibatan kader kesehatan krusial untuk memastikan akses layanan yang merata, terjangkau, dan berkualitas bagi seluruh lapisan masyarakat (Hirschhorn et al., 2023)

2.2 Konsep Stigma

2.2.1. Pengertian Stigma

Stigma secara umum adalah penilaian negatif, label, atau cap yang diberikan oleh masyarakat kepada individu atau kelompok karena dianggap menyimpang dari norma sosial yang berlaku, sehingga memicu diskriminasi, stereotip, pengucilan sosial, dan kehilangan akses terhadap hak atau peluang sosial. Stigma muncul dari persepsi mendalam terhadap perbedaan atau kelemahan, dan sering kali menimbulkan dampak psikologis serta sosial bagi yang terkena. Secara konseptual, definisi stigma juga dijelaskan oleh Andersen, Varga, dan Folker (2022) sebagai fenomena sosial yang terjadi apabila ada proses pelabelan ("*labelling*"), stereotip negatif, jarak atau pemisahan sosial, serta ketimpangan

kekuasaan antara kelompok mayoritas dan kelompok yang distigma.(Andersen et al., 2022).

Stigma dapat dibedakan menjadi beberapa jenis, seperti stigma sosial yang berasal dari masyarakat luas, stigma diri yang dialami oleh individu yang menginternalisasi label negatif tersebut, dan stigma struktural yang tercermin dalam kebijakan atau sistem yang membatasi akses kelompok tertentu. Misalnya, stigma terhadap penyakit mental sering kali menyebabkan individu menghindari pengobatan karena takut dikucilkan, yang memperburuk kondisi kesehatan mereka. Hal ini menunjukkan bagaimana stigma tidak hanya memengaruhi interaksi sosial, tetapi juga kesehatan fisik dan mental secara keseluruhan.

Selain itu, dampak stigma sering kali bersifat kumulatif dan intergenerasi, di mana generasi berikutnya mungkin mewarisi stereotip negatif yang sama. Dalam konteks global, stigma terkait dengan isu-isu seperti HIV/AIDS atau orientasi seksual telah memicu kampanye kesadaran untuk mengurangi diskriminasi. Namun, tantangan utamanya adalah mengubah persepsi masyarakat yang sudah mendarah daging, yang memerlukan pendidikan dan advokasi berkelanjutan untuk membangun empati dan kesetaraan. Dengan memahami stigma sebagai konstruksi sosial, kita dapat lebih efektif dalam mengatasi akar masalahnya melalui intervensi yang komprehensif(Andersen et al., 2022).

2.2.2. Komponen Stigma

Komponen utama yang relevan dalam konteks stigma masyarakat (Andersen et al., 2022), yaitu:

1. *Labelling* (Pelabelan)

Masyarakat memberi cap atau label kepada individu atau kelompok karena perbedaan tertentu (misalnya penyakit, perilaku, identitas).

Pelabelan ini merupakan langkah awal terjadinya stigma.

2. *Negative Stereotyping* (Stereotip Negatif)

Setelah dilabeli, masyarakat mengaitkan label tersebut dengan atribut negatif atau prasangka, sehingga berkembang keyakinan umum yang keliru terhadap kelompok tersebut.

3. *Linguistic Separation* (Pemisahan Secara Bahasa/Sosial)

Komponen ini menunjukkan bahwa masyarakat sering menggunakan bahasa atau istilah yang memisahkan “kita” dari “mereka” akan menciptakan jarak sosial yang memperkuat stigma.

4. *Power Asymmetry* (Ketidakseimbangan Kekuasaan)

Stigma bukan hanya soal persepsi negatif, tetapi juga berkaitan dengan hubungan kekuasaan dan kelompok mayoritas atau dominan memiliki kuasa sosial yang memungkinkan diskriminasi atau marginalisasi kelompok yang distigma.

2.2.3. Jenis Jenis Stigma

Jenis jenis Stigma berdasarkan penelitian menurut (Rewerska-Juśko & Rejdak, 2022) antara lain terdiri dari:

1. Stigma Publik (*Public Stigma*)

Stigma publik merujuk pada sikap buruk, prasangka, dan tindakan diskriminatif yang ditunjukkan oleh masyarakat luas terhadap seseorang atau kelompok spesifik. Jenis stigma ini terwujud dalam bentuk penolakan sosial, isolasi, penandaan negatif, serta perlakuan yang tidak setara di ruang sosial. Stigma publik sering kali muncul dari stereotip yang tersebar luas melalui media atau interaksi sehari-hari, seperti prasangka terhadap orang dengan disabilitas yang dianggap sebagai beban bagi masyarakat. Hal ini dapat menghambat integrasi sosial dan akses terhadap peluang kerja atau pendidikan, karena masyarakat umum cenderung menghindari atau mendiskriminasi kelompok tersebut. Upaya mengurangi stigma publik melibatkan kampanye kesadaran dan pendidikan untuk membangun empati, sehingga masyarakat dapat melihat individu di balik label negatif.

2. Stigma Afiliasi / *Courtesy Stigma*

Stigma afiliasi adalah stigma yang dirasakan oleh anggota keluarga, saudara, atau orang-orang terdekat dari individu yang menjadi target stigma. Masyarakat cenderung memandang mereka secara negatif semata-mata karena keterkaitan dengan orang yang distigma. Stigma ini dapat memengaruhi dinamika keluarga, di mana anggota keluarga mungkin menghadapi isolasi sosial atau diskriminasi di tempat kerja karena asosiasi mereka dengan seseorang yang memiliki kondisi

seperti penyakit mental atau HIV/AIDS. Misalnya, anak-anak dari orang tua yang dipenjara sering kali mengalami stigma afiliasi, yang memicu masalah psikologis seperti kecemasan. Mengatasi stigma ini memerlukan dukungan komunitas dan terapi keluarga untuk membantu mereka mengelola dampak emosional dan membangun jaringan sosial yang mendukung.

3. Stigma Internal (*Self-Stigma*)

Stigma internal terjadi ketika orang yang mengalami stigma menyerap pandangan buruk masyarakat tentang dirinya sendiri. Hal ini dapat memicu perasaan malu, kurang percaya diri, kecemasan dalam berinteraksi sosial, serta kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan masyarakat. Dalam kasus individu dengan penyakit mental, stigma internal sering kali membuat mereka ragu untuk mencari bantuan profesional, karena mereka mulai percaya bahwa mereka "tidak layak" atau "berbahaya". Dampaknya bisa berupa penurunan motivasi, depresi, atau bahkan perilaku menghindari pengobatan. Intervensi seperti terapi kognitif-behavioral dapat membantu individu mengatasi stigma internal dengan membangun kembali citra diri positif dan mendorong partisipasi sosial.

4. Stigma Struktural (*Structural Stigma*)

Stigma struktural adalah stigma yang terintegrasi dalam aturan, sistem, atau praktik lembaga, baik di bidang sosial maupun pelayanan umum, yang secara implisit memperkuat diskriminasi terhadap

kelompok tertentu. Contohnya, kebijakan perumahan yang membatasi akses bagi orang dengan riwayat kriminal atau undang-undang yang tidak melindungi hak pekerja di beberapa negara. Stigma ini tidak hanya memengaruhi individu secara langsung tetapi juga mempertahankan ketidaksetaraan sistemik. Mengubah stigma struktural memerlukan reformasi kebijakan, advokasi hukum, dan keterlibatan pemangku kepentingan untuk menciptakan sistem yang lebih adil dan inklusif. (Rewerska-Juśko & Rejdak, 2022).

2.2.4. Dampak Stigma Terhadap Orang Dalam Gangguan Jiwa

Berdasarkan penelitian (Febriyona et al., 2023) stigma masyarakat memberikan berbagai dampak negatif terhadap kehidupan ODGJ, antara lain:

1. Stereotip Negatif tentang ODGJ

Masyarakat cenderung menganggap ODGJ sebagai individu yang berbahaya, tidak stabil secara emosional, atau membahayakan orang lain, yang memicu rasa takut dan penolakan. Akibatnya, ODGJ sering diberi label yang melekat yang memperburuk persepsi dan menguatkan stigma di lingkungan sosial.

2. Diskriminasi Sosial

Stigma mendorong tindakan diskriminatif seperti menghindari, menolak, atau bahkan mengusir ODGJ dari lingkungan sosial. Diskriminasi ini menghambat keterlibatan mereka dalam aktivitas sosial,

pendidikan, dan pekerjaan, sehingga memperburuk kualitas hidup dan akses terhadap peluang sosial.

1. Penolakan Layanan Kesehatan

Karena stigma yang kuat, banyak ODGJ merasa malu, takut, atau enggan mendapatkan layanan kesehatan mental, bahkan ketika mereka membutuhkan perawatan. Hal ini menyebabkan penundaan pemeriksaan dan pengambilan keputusan pengobatan, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi kesehatan jiwa.

2. Isolasi Sosial

Stigma membuat ODGJ terasing dari keluarga, teman, maupun komunitas, karena masyarakat bereaksi dengan menghindari kontak sosial atau memperlakukan mereka secara berbeda. Isolasi ini sering berujung pada perasaan kesepian, rendahnya harga diri, dan depresi berkelanjutan.

3. Pengucilan dan Perlakuan Ekstrem

Dalam beberapa kasus, stigma yang kuat dapat memicu tindakan ekstrim seperti pemasungan atau pengekangan fisik terhadap ODGJ. Masyarakat yang menganggap ODGJ sebagai ancaman dapat melakukan pengucilan ekstrem yang berdampak serius pada kesejahteraan fisik dan mental penderita.

2.3 Konsep Gangguan Jiwa

2.3.1. Pengertian Gangguan jiwa

Gangguan jiwa, sesuai dengan penjelasan dalam literatur ilmiah yang diterbitkan dalam *Student Research Journal* pada tahun 2024, didefinisikan sebagai kondisi kesehatan yang secara mendasar mengubah cara individu berpikir, merasakan emosi, melakukan tindakan, serta berinteraksi dengan orang lain di lingkungannya. Kondisi ini dapat menunjukkan variasi dalam tingkat keparahannya, mulai dari yang ringan hingga yang berat, tergantung pada jenis gangguan jiwa spesifik yang dialami dan intensitas gejalanya. Selain itu, gangguan jiwa ini mampu memberikan dampak yang signifikan terhadap fungsi sehari-hari serta kualitas hidup penderitanya. Misalnya, individu yang mengalami gangguan jiwa mungkin mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas rutin, seperti bekerja, belajar, atau menjalin hubungan sosial, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kesejahteraan emosional dan fisik mereka secara keseluruhan. (Vitoasmara et al., 2024).

Kondisi ini menekankan pentingnya pemahaman dan intervensi dini untuk mencegah deteriorasi lebih lanjut pada kehidupan penderitanya. Lebih lanjut, gangguan jiwa tidak hanya memengaruhi individu secara pribadi, tetapi juga dapat berdampak pada keluarga, teman, dan masyarakat sekitar. Misalnya, penderita mungkin mengalami isolasi sosial atau kesulitan dalam menjalani peran sosial mereka, yang dapat memperburuk stigma dan diskriminasi. Oleh karena itu, pendekatan

holistik dalam penanganan gangguan jiwa, termasuk dukungan psikologis, medis, dan sosial, menjadi krusial untuk membantu pemulihan dan integrasi kembali ke masyarakat. Dalam konteks kesehatan masyarakat, pemahaman yang tepat tentang gangguan jiwa dapat mendorong upaya pencegahan dan promosi kesehatan mental. Literatur ini menyoroti bahwa dengan pendidikan dan kesadaran yang lebih baik, masyarakat dapat lebih mendukung individu yang mengalami gangguan jiwa, sehingga mengurangi beban stigma dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan yang diperlukan. Hal ini juga menunjukkan bahwa gangguan jiwa bukanlah kondisi yang tidak dapat diatasi, melainkan sesuatu yang dapat dikelola dengan intervensi yang tepat waktu dan komprehensif (Vitoasmara et al., 2024).

2.3.2. Klasifikasi Gangguan Jiwa

WHO (WHO, 2021) mengembangkan terdapat dua klasifikasi dari gangguan jiwa, yaitu :

- 1) Poin Klasifikasi DSM-5-TR:
 - a) *Neurodevelopmental Disorders* : Gangguan perkembangan yang muncul sejak masa kanak-kanak (contoh: autism spectrum disorder, ADHD)
 - b) *Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders*: Gangguan dengan gangguan persepsi realitas (contoh: skizofrenia, gangguan waham)

- c) *Bipolar and Related Disorders* : Gangguan mood dengan episode mania/hipomania dan depresi
 - d) *Depressive Disorders* : Gangguan suasana perasaan sedih berkepanjangan (contoh: major depressive disorder)
 - e) *Anxiety Disorders* : Gangguan kecemasan berlebihan dan menetap (contoh: generalized anxiety disorder, fobia)
 - f) *Obsessive-Compulsive and Related Disorders* : Ditandai obsesi dan perilaku kompulsif (contoh: OCD, hoarding disorder)
 - g) *Trauma- and Stressor-Related Disorders* : Akibat paparan peristiwa traumatis atau stres berat (contoh: PTSD)
 - h) *Dissociative Disorders* : Gangguan kesadaran, identitas, dan ingatan
 - i) *Somatic Symptom and Related Disorders* : Keluhan fisik yang berkaitan dengan faktor psikologis
 - j) *Feeding and Eating Disorders* : Gangguan pola makan (contoh: anoreksia, bulimia)
 - k) *Substance-Related and Addictive Disorders* : Gangguan penggunaan zat dan adiksi perilaku
 - l) *Personality Disorders* : Pola kepribadian maladaptif yang menetap (contoh: borderline personality disorder)
 - m) *Neurocognitive Disorders* : Gangguan fungsi kognitif (contoh: delirium, demensia)
- 2) Klasifikasi Gangguan Jiwa Menurut ICD-11 Sejak tahun 2022.(*International Classification of Diseases 11th Revision*). ICD-11

dikembangkan oleh World Health Organization dan menekankan fungsi, keparahan, serta konteks budaya.

Poin Klasifikasi ICD-11:

- a) *Neurodevelopmental Disorders* : Gangguan perkembangan kognitif, sosial, dan perilaku
- b) *Schizophrenia or Other Primary Psychotic Disorders* : Gangguan psikotik primer dengan penekanan fungsi
- c) *Mood Disorders* : Gangguan suasana perasaan (depresi dan bipolar digabung)
- d) *Anxiety or Fear-Related Disorders* : Gangguan kecemasan dan ketakutan
- e) *Obsessive-Compulsive or Related Disorders* : Gangguan obsesif dan kompulsif
- f) *Disorders Specifically Associated with Stress* : Termasuk PTSD dan Complex PTSD
- g) *Dissociative Disorders* : Gangguan identitas dan kesadaran
- h) *Feeding or Eating Disorders* : Gangguan perilaku makan
- i) *Elimination Disorders* : Gangguan eliminasi (lebih jelas dibanding DSM)
- j) *Substance Use and Addictive Behaviours* : Pendekatan rehabilitatif, bukan moralistic
- k) *Personality Disorders* : Menggunakan pendekatan dimensional (tingkat keparahan)

l) *Neurocognitive Disorders* : Gangguan kognitif ringan hingga berat

2.3.3. Dampak Gangguan Jiwa

1. Dampak Fisik (Komorbiditas / Risiko Penyakit Lain)

Gangguan mental seperti stres berkepanjangan, kecemasan, dan depresi tidak hanya berdampak pada kondisi psikologis, tetapi juga meningkatkan risiko terjadinya penyakit fisik, antara lain:

- a. Penyakit kardiovaskular, melalui proses stres oksidatif dan peradangan sistemik.
- b. Diabetes Tipe 2, yang terkait dengan gangguan regulasi glukosa akibat respons stres dan kebiasaan makan yang tidak sehat.
- c. Obesitas, sering kali terkait dengan pola makan kompulsif pada kondisi depresi.
- d. Gangguan sistem kekebalan tubuh, yang meningkatkan kerentanan terhadap infeksi.
- e. Gangguan pernapasan dan pencernaan, seperti asma atau sindrom usus iritabel yang diperburuk oleh stres kronis.
- f. Penyakit kulit seperti psoriasis yang memburuk seiring tekanan psikologis.
- g. Osteoporosis, karena stres berkepanjangan memengaruhi metabolisme tulang. Secara keseluruhan, gangguan jiwa memengaruhi kesehatan fisik secara langsung dan terus-menerus, bukan hanya aspek mental saja.

2. Dampak pada Fungsi Kehidupan Sehari-hari dan Kualitas Hidup

- a. Gangguan dalam aktivitas harian, seperti kesulitan berkonsentrasi, berfungsi di sekolah atau tempat kerja.
 - b. Penurunan produktivitas, akibat kesulitan dalam fokus, absensi kerja, atau ketidakmampuan menyelesaikan tugas rutin.
 - c. Penurunan kualitas hidup, karena gejala fisik dan mental yang bersamaan memperburuk kesejahteraan secara umum. Intinya, kesehatan fisik dan mental saling memengaruhi satu sama lain, sehingga gangguan jiwa dapat menghambat kemampuan individu untuk menjalani kehidupan normal.
3. Dampak Kesehatan Masyarakat & Sistem Pelayanan
- a. Beban sistem kesehatan meningkat, karena layanan tidak hanya ditujukan untuk kesehatan jiwa saja, tetapi juga untuk penyakit kronis yang terkait.
 - b. Prioritas layanan perlu mencakup pemeriksaan mental sebagai bagian dari upaya pencegahan penyakit fisik umum.
 - c. Intervensi kesehatan mental yang efektif dapat membantu mengurangi biaya kesehatan secara keseluruhan dan meningkatkan pencegahan penyakit. (Isdianto et al., 2025)

2.4 Jurnal terkait

Tabel 2.1 Jurnal penelitian sebelumnya yang relevan

No	Judul Jurnal	METODE	Hasil
1	Examining the Challenges Encountered by Community Health Workers and Empowering Them to Address Mental Health Disorders: A Phenomenological Study in Indonesia (Fitryasari et al., 2025)	Populasi: Community Health Workers (kader kesehatan) Variabel Independen: Tantangan yang dihadapi kader Kesehatan (pengetahuan, stigma, rasa takut, tekanan budaya) Variabel Dependen: Kemampuan atau pengalaman kader dalam mendampingi orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Kualitatif – Fenomenologi; wawancara mendalam; analisis tematik Desain Penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	1. Hasil penelitian pada Community Health Workers (kader kesehatan) ditemukan bahwa kader menghadapi keterbatasan pengetahuan, stigma sosial, rasa takut, dan tekanan budaya dalam mendampingi ODGJ 2. Dukungan pelatihan, supervisi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan meningkatkan kepercayaan diri serta kemampuan kader dalam memberikan pendampingan kepada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) 3. Kader membutuhkan penguatan kapasitas agar pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat menjadi lebih optimal
2	A Qualitative Exploration of the Perspectives of Mental Health Professionals on Stigma and Discrimination of Mental Illness in Malaysia (Hanafiah & Van Bortel, 2015)	Populasi: Tenaga profesional Kesehatan jiwa (Psikolog, Psikiater, Perawat jiwa, dan Pekerja sosial) Variabel Independen: Persepsi tenaga Kesehatan mengenai stigma dan diskriminasi Variabel Dependen: Stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Kualitatif, wawancara semi-terstruktur; thematic analysis Desain Penelitian: Kualitatif eksploratif	1. Hasil penelitian wawancara semi terstruktur; thematic analysis ditemukan Stigma muncul dari stereotip berbahaya, kurangnya pemahaman, dan pengaruh budaya. 2. Stigma dipengaruhi oleh stereotip bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berbahaya, kurangnya pemahaman, dan faktor budaya 3. Edukasi kesehatan jiwa serta peningkatan kompetensi tenaga Kesehatan diperlukan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi

		(Qualitative Exploratory Study)	
3	Stigma dan Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan di antara Orang dengan Gangguan Jiwa di Indonesia (Subu et al., 2018)	Populasi: Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), Keluarga, Masyarakat, dan Tenaga kesehatan Variabel Independen: Faktor pembentuk stigma (Ketakutan, Pengalaman negatif, dan Kepercayaan budaya) Variabel Dependen: Stigma dan stigmatisasi terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Kualitatif; grounded theory; wawancara mendalam Desain Penelitian: Kualitatif dengan pendekatan grounded theory	Hasil penelitian ini ditemukan 1. Stigma terbentuk dari ketakutan, pengalaman negatif, dan kepercayaan tradisional 2. Stigma menyebabkan diskriminasi, pengucilan sosial, pemasungan, serta keterlambatan memperoleh layanan kesehatan 3. Edukasi masyarakat dan peningkatan literasi kesehatan jiwa diperlukan untuk menurunkan stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)
4	Stigma dan Dukungan Keluarga dalam Merawat Orang dengan Gangguan Jiwa (Nasriati, 2017)	Populasi: Keluarga yang merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Independen: Stigma keluarga terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Dependen: Dukungan keluarga dalam merawat Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Kualitatif; wawancara mendalam; analisis tematik Desain Penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1. Stigma keluarga berdampak pada rendahnya kualitas perawatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). 2. Dukungan emosional, social, dan spiritual keluarga berperan penting dalam proses pemulihan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) 3. Research gap yaitu kurang membahas pada peran kader kesehatan dan stigma
5	A Qualitative Study: Stigma Among People With Mental Disorders (Dhita	Populasi: Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Independen: Faktor penyebab stigma	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1. Orang dengan gangguan jiwa pelabelan buruk, dan diskriminasi sosial serta penolakan dalam bersosialisasi

	Kurnia Sari et al., 2025)	terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Dependen: Pengalaman stigma yang dialami Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Kualitatif – Fenomenologi; wawancara mendalam Desain Penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	2. Stigma menyebabkan penurunan kepercayaan diri, hambatan dalam bersosialisasi, dan keyterlambatan memperoleh pelayanan kesehatan 3. Research gap pada penelitian ini yaitu kurangnya meneliti pada stigma kader kesehatan
6	Pengalaman Petugas Kesehatan Jiwa dalam Menangani ODGJ di Puskesmas Kabupaten Lamongan	Populasi: Petugas Kesehatan jiwa yang menangani orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Independen: Pengalaman petugas Kesehatan dalam menangani orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Dependen: Pelaksanaan pelayanan kesehatan jiwa terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Pengumpulan data menggunakan wawancara mendalam Desain Penelitian: Kualitatif dengan fenomenologi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1. motivasi intrinsik dan ekstrinsik petugas, hambatan selama menjalankan program, perlakuan agresif dari ODGJ, keterbatasan SDM, stigma masyarakat dan keluarga, serta upaya petugas dalam mengatasi hambatan melalui pendekatan keluarga dan kerja sama lintas sektor. 2. Hambatan yang dialami meliputi perilaku agresif orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), Keterbatasan sumber daya manusia, Stigma Masyarakat dan keluarga, Serta kurangnya dukungan lintas sektor 3. Research gap pada penelitian ini yaitu Penelitian lebih berfokus pada pengalaman petugas kesehatan formal di puskesmas, sehingga belum menggambarkan secara mendalam pengalaman kader kesehatan masyarakat dalam pembentukan stigma terhadap ODGJ di komunitas
7	Pengalaman Kader Kesehatan dalam Mendukung Proses Recovery ODGJ di Wilayah Puskesmas Babakan Sari	Populasi: Kader Kesehatan yang terlibat dalam pendampingan dan proses recovery orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di wilayah puskesmas Babakan Sari Variabel Independen: Pengalaman kader	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1. Penelitian menemukan empat tema utama yaitu perasaan takut menghadapi ODGJ, peran kader dalam mengingatkan keluarga terkait pengobatan, rasa puas membantu recovery ODGJ, serta pentingnya ketulusan dalam mendukung pemulihan pasien 2. Kader Kesehatan memiliki peran penting sebagai pendamping, motivator, dan

		Kesehatan dalam mendukung proses pemulihan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Dependen: Proses pemulihan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam Desain Penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif	penghubung antara keluarga dengan tenaga Kesehatan dalam proses pemulihan 3. Research gap pada penelitian ini yaitu penelitian lebih menekankan pengalaman kader dalam proses recovery ODGJ, namun belum secara spesifik membahas bagaimana persepsi kader terhadap gangguan jiwa dapat membentuk stigma terhadap ODGJ di masyarakat
8	Gambaran Self Efficacy Anggota Keluarga yang Mengalami Stigma Selama Merawat Penderita ODGJ di Kecamatan Buduran, Sidoarjo	Populasi: Anggota keluarga yang merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Kecamatan Buduran, Kabupaten Sidoarjo Variabel Independen: Stigma yang dialami anggota keluarga selama merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Variabel Dependen: Self-efficacy anggota keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Alat ukur: Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Pengumpulan data menggunakan in-depth interview Desain Penelitian: Kualitatif dengan pendekatan fenomenologi	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 1. Penelitian menemukan adanya stigma masyarakat berupa anggapan faktor ghaib, keturunan, dan tekanan psikis, yang berdampak pada persepsi keluarga, kekerasan yang diterima keluarga, penerimaan diri, serta mekanisme coping keluarga 2. Stigma yang dialami keluarga mempengaruhi self-efficacy, penerimaan diri, mekanisme coping, serta cara keluarga merawat anggota keluarga dengan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) 3. Dukungan keluarga dan edukasi dari tenaga kesehatan atau kader kesehatan membantu meningkatkan keyakinan keluarga dalam memberikan perawatan kepada orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) 3. Research gap pada penelitian ini yaitu penelitian berfokus pada pengalaman keluarga dan self-efficacy akibat stigma, sehingga belum mengkaji pengalaman serta persepsi kader kesehatan dalam pembentukan stigma terhadap ODGJ di lingkungan komunitas

2.5 Kerangka Pikir



Gambar 2.5 kerangka pikir pengalaman pendampingan kader kesehatan tentang gangguan jiwa dan pembentukan stigma terhadap orang dalam gangguan jiwa

2.5.1 Penjelasan Krangka pikir

Penelitian ini berfokus pada kader kesehatan sebagai subjek utama karena kader merupakan individu yang memiliki peran penting dalam upaya promotif, preventif, serta pendampingan masyarakat, termasuk dalam pelayanan kesehatan jiwa di tingkat komunitas. Dalam menjalankan tugasnya, kader kesehatan berinteraksi secara langsung dengan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ), keluarga, masyarakat, serta tenaga kesehatan. Berbagai pengalaman yang diperoleh selama menjalankan peran tersebut menjadi dasar terbentuknya cara pandang kader terhadap gangguan jiwa maupun terhadap ODGJ.

Pengalaman kader kesehatan tersebut dipengaruhi oleh pengalaman dan konteks sosial yang mereka alami. Konteks ini meliputi beberapa aspek, yaitu interaksi langsung dengan ODGJ, pengalaman dalam melakukan pendampingan dan pemantauan, pelatihan yang diberikan oleh puskesmas, pengetahuan yang dimiliki mengenai gangguan jiwa, nilai dan norma yang berkembang di masyarakat, budaya masyarakat, serta informasi yang diterima dari lingkungan sekitar. Keseluruhan pengalaman tersebut membentuk pemahaman, keyakinan, dan persepsi kader mengenai ODGJ. Semakin positif pengalaman yang dimiliki, maka semakin besar kemungkinan kader memiliki persepsi yang objektif dan tidak diskriminatif. Sebaliknya, pengalaman yang terbatas atau dipengaruhi oleh informasi yang keliru dapat membentuk persepsi negatif terhadap ODGJ.

Selanjutnya, berbagai pengalaman dan konteks sosial tersebut dikelompokkan menjadi faktor pengalaman, yang terdiri atas faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari dalam diri kader kesehatan, seperti tingkat pengetahuan, pengalaman pribadi, nilai, keyakinan, sikap, motivasi, dan kemampuan memahami gangguan jiwa. Faktor ini menentukan bagaimana kader memaknai pengalaman yang diperoleh selama menjalankan tugasnya. Sementara itu, faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar individu, seperti pelatihan dari tenaga kesehatan atau puskesmas, dukungan keluarga, lingkungan kerja, budaya masyarakat, norma sosial, media informasi, pengalaman berinteraksi dengan keluarga ODGJ, serta pengaruh masyarakat sekitar. Kedua faktor tersebut saling berinteraksi dan berperan dalam membentuk persepsi kader terhadap gangguan jiwa.

Faktor pengalaman tersebut kemudian memengaruhi proses pembentukan stigma terhadap ODGJ. Dalam penelitian ini, pembentukan stigma mengacu pada teori stigma yang dikembangkan oleh Link dan Phelan (2001), yang menjelaskan bahwa stigma terbentuk melalui empat proses utama. Tahap pertama adalah labeling, yaitu pemberian label atau penandaan negatif kepada individu yang mengalami gangguan jiwa sehingga dianggap berbeda dari masyarakat pada umumnya. Tahap kedua adalah stereotyping, yaitu munculnya generalisasi atau keyakinan negatif terhadap ODGJ, misalnya menganggap semua ODGJ berbahaya, tidak mampu bekerja, atau tidak dapat hidup mandiri. Tahap ketiga adalah

separation, yaitu munculnya pemisahan antara kelompok "kita" (masyarakat yang dianggap normal) dengan "mereka" (ODGJ), sehingga menimbulkan jarak sosial. Tahap terakhir adalah power asymmetry, yaitu adanya ketimpangan kekuasaan yang menyebabkan individu yang memiliki stigma dapat memperlakukan ODGJ secara tidak adil, membatasi hak-haknya, atau memberikan perlakuan yang berbeda dibandingkan masyarakat lainnya.

Apabila stigma tersebut berkembang dan terus dipertahankan, maka akan menimbulkan berbagai dampak terhadap ODGJ. Dampak pertama adalah diskriminasi sosial, yaitu perlakuan yang tidak adil terhadap ODGJ dalam kehidupan bermasyarakat. Dampak kedua adalah isolasi sosial, di mana ODGJ cenderung dijauhi, dikucilkan, atau bahkan menarik diri dari lingkungan sosial akibat perlakuan masyarakat. Dampak ketiga adalah hambatan dalam mengakses layanan kesehatan, karena stigma dapat menyebabkan ODGJ maupun keluarganya enggan mencari pertolongan atau memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal. Dampak keempat adalah terhambatnya proses pemulihan, karena kurangnya dukungan sosial, rendahnya penerimaan masyarakat, dan adanya perlakuan diskriminatif dapat memperlambat rehabilitasi maupun pemulihan kondisi psikososial ODGJ. Dampak terakhir adalah penurunan kualitas hidup, yang ditandai dengan terbatasnya kesempatan untuk bekerja, berinteraksi sosial, menjalani kehidupan secara mandiri, serta berpartisipasi dalam kehidupan masyarakat.

Dengan demikian, kerangka pikir penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman kader kesehatan yang dibentuk oleh berbagai pengalaman dan konteks sosial akan menghasilkan faktor-faktor internal dan eksternal yang memengaruhi pembentukan stigma terhadap ODGJ. Proses pembentukan stigma tersebut selanjutnya berdampak pada kehidupan ODGJ, baik dalam aspek sosial, kesehatan, maupun kualitas hidup. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menggali secara mendalam bagaimana pengalaman kader kesehatan membentuk stigma terhadap ODGJ sehingga dapat menjadi dasar dalam menyusun strategi peningkatan kapasitas kader dan upaya pengurangan stigma di masyarakat.

