

STIGMATISASI DAN PERILAKU KEKERASAN PADA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI INDONESIA

Muhammad Arsyad Subu^{1*}, Dave Holmes¹, Jayne Elliot¹

1. STIKes Binawan, Jakarta 13630, Indonesia

*E-mail: *msubuo61@uottawa.ca*

Abstrak

Salah satu efek stigmatisasi gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita terhadap orang-orang di sekitarnya termasuk keluarga, perawat dan masyarakat. Sebaliknya, penderita mengalami kekerasan dari keluarga, masyarakat dan profesional keperawatan. Penelitian ini bertujuan memahami dampak stigmatisasi dalam hubungannya dengan perilaku kekerasan terhadap penderita; serta untuk mengetahui perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita terhadap orang lain. Penelitian ini menggunakan *Constructivist Grounded Theory*. Metode pengumpulan data termasuk wawancara semi-terstruktur, dokumen revidu, catatan lapangan, dan memo. Analisis data menggunakan metode Paillé. Perilaku kekerasan adalah efek stigmatisasi termasuk kekerasan diri sendiri dan kekerasan terhadap keluarga, masyarakat dan tenaga kesehatan. Kekerasan fisik juga dialami penderita dari orang lain. Dampak stigmatisasi dimanifestasikan dengan perilaku kekerasan yang dilakukan oleh penderita, keluarga, staf rumah sakit, masyarakat, dan aparat. Hasil temuan ini relevan untuk para perawat jiwa yang memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien perilaku kekerasan. Penelitian lanjut diperlukan untuk melihat perspektif keluarga, masyarakat dan staf pemerintah terkait stigma dengan perilaku kekerasan.

Kata kunci: *gangguan jiwa, perilaku kekerasan, stigma, stigmatisasi*

Abstract

Stigmatization and Violent Behavior on Mental Illness Patient in Indonesia. An effect of stigmatization of mental illness is violent behavior conducted by patients toward other people around them including families, nurses and communities. Conversely, patients experienced violence conducted by families, communities and nursing professionals. This study aims to understand the effects of stigmatization on violent behavior towards sufferers; and to investigate violent behavior committed by sufferers against other people. This study used Constructivist Grounded Theory. Methods of data collection are semi-structured interviews, document review, field notes, and memos. Data analysis used Paillé. Violent behavior is the effect of stigmatization including self-harm and violence against families, communities and health professionals. Physical abuse is experienced by sufferers from others. The impact of stigmatization is manifested by violent behavior committed by patients, families, staff, community and authorities. Findings are relevant to psychiatric nurses who provide care to the patients with violent behavior. Further research is needed to see the perspective of families, communities and government to understand stigma in relation to violent behavior.

Keywords: *Mental Illness, violent behavior, stigma, stigmatization*

Pendahuluan

Para ahli memperkirakan 15% populasi global akan memiliki masalah gangguan jiwa tahun 2020 (Harpham, *et al.*, 2003). Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tidak hanya mengalami dampak akibat gejala dan penyakit, tetapi juga stigmatisasi (Kapungwe, 2010). Prevalen-

si ODGJ berat di Indonesia adalah 1,7 per 1000 dan ODGJ ringan sekitar 6% dari total populasi (Kemenkes, 2013). Tujuh puluh lima persen ODGJ mengalami stigma dari masyarakat, pemerintah, petugas kesehatan dan media (Hawari, 2001). Perilaku kekerasan ODGJ menjadi penyebab utama stigmatisasi di masyarakat dan tenaga kesehatan.

Kekerasan merupakan salah satu konsekuensi serius dari gangguan jiwa yaitu 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan populasi (Corrigan & Watson, 2005). Profesional dalam pelayanan kesehatan jiwa menjadi korban kekerasan tiga kali lebih tinggi daripada dalam pelayanan kesehatan umum (Bilgin & Buzlu, 2006). Terjadi risiko perilaku kekerasan dari pasien dalam keperawatan jiwa yang lebih tinggi (Lawoko, Soares & Nolan, 2004). Perilaku kekerasan merupakan kejadian umum di RS (Spector, et al., 2007). Tenaga kesehatan, sebagian besar perawat, beresiko menjadi korban kekerasan (Holmes, Rudge, Perron, & St-Pierre, 2012). ODGJ menghadapi stigmatisasi yang menyebabkan mereka rentan terhadap perilaku kekerasan orang. ODGJ lebih sering menjadi korban daripada pelaku kekerasan (Stuart, 2004), menjadi korban fisik dan seksual (Teplin, et al., 2005) dan menjadi korban kejahatan dan diskriminasi (Katsikidou, et al., 2012). Sepuluh persen penderita adalah korban kekerasan (Schomerus, et al., 2008).

Suatu penelitian di Australia mengungkapkan bahwa 88% mereka yang dirawat di RS jiwa telah mengalami viktimisasi; 84% setelah mengalami serangan fisik dan 57% setelah mengalami kekerasan seksual (McFarlane, Schrade, & Bookless, 2004). Penelitian lain menunjukkan bahwa ODGJ mengalami kekerasan yang terjadi dalam lingkungan keluarga dan bukan orang asing. Mereka sering dipukul atau diancam oleh anggota keluarga mereka (Katsikidou, et al., 2012; Solomon, Cavanaugh, & Gelles, 2005). Telaah literatur intensif mengungkapkan bahwa penelitian tentang stigmatisasi gangguan jiwa belum fokus pada dampaknya terhadap perilaku kekerasan pada ODGJ. Penelitian ini memberikan analisis mendalam untuk memahami hubungan antara stigmatisasi dengan perilaku kekerasan pada ODGJ.

Metode

Penelitian ini memberikan pemahaman substantif tentang pengalaman stigmatisasi dan

perilaku kekerasan di kalangan ODGJ dewasa Indonesia dengan menggunakan *Constructivist Grounded Theory* (CGT). CGT diperkenalkan pertama kali oleh Kathy Charmaz. CGT konsisten dengan epistemologi dan ontologi 'konstruktivisme' yang memprioritaskan pada fenomena penelitian dan melihat data dan analisisnya sebagai hal yang dibuat dari pengalaman bersama peneliti dengan partisipan dan sumber lainnya" (Charmaz 2006, p.330). Desain penelitian ini lebih pada pendekatan objektivis, dan peran peneliti adalah menemukan kebenaran yang ada di dalam objek penelitian dan meminimalisasi 'kekuatan' (Charmaz, 2006, p. 331).

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit X di Bogor. Partisipan penelitian adalah pasien skizofrenia dan perawat laki-laki dan perempuan yang bekerja di rumah sakit. Sebanyak 30 partisipan direkrut, lebih dari cukup untuk memastikan saturasi data (Charmaz, 2006). Para partisipan hanya yang memiliki kemampuan membaca dan menulis, berusia 18 tahun atau lebih, mengalami gangguan jiwa dan stigma.

Pengumpulan data melalui wawancara semi-berstruktur yang direkam menggunakan digital audio. Telaah dokumen juga digunakan sebagai triangulasi data untuk meningkatkan probabilitas kredibilitas interpretasi data (Lincoln & Guba, 1985). Dokumen tersebut berupa *hardcopy* dan elektronik seperti laporan, log perawat, *pre* dan *post* konferensi, moto, visi dan misi RS. Memo digunakan untuk mendokumentasikan pengalaman dalam laporan kertas yang menjelaskan proses berpikir peneliti. Catatan lapangan dari observasi dan refleksi data, merupakan bagian dari pendekatan reflektif proses analitis data (Charmaz, 2006).

Analisis data menggunakan metode Paille (1994) yang meliputi kodifikasi, kategorisasi, menghubungkan kategori, integrasi, konseptualisasi, dan teorisasi. Sesuai Heath dan Cowley (2004) terdapat tiga tahapan analisis yaitu koding awal, fase menengah, dan

pengembangan akhir. Berdasarkan tahapan ini, data analisis Paille (1994) juga dapat dibagi menjadi tiga tahap: kodifikasi dan kategorisasi (koding awal), menghubungkan kategori dan integrasi (tahap menengah), konseptualisasi dan teorisasi (pengembangan akhir). Tahap kodifikasi adalah dimulai dengan mengatur kata-kata, persepsi dan pengalaman dalam bentuk kode secara terorganisir (proses pembentukan kode). Tujuannya adalah memberi nama, mengungkap, meringkas dan memberi label, baris demi baris, dari data transkripsi. Kodifikasi ini membantu mengidentifikasi adanya tumpang tindih antara kode awal dan pembentukan kategori. Tahap kategorisasi adalah untuk menggambarkan fenomena secara umum atau peristiwa yang muncul dari data yang kemudian dibuat daftar kategori. Tahap ini adalah untuk menentukan kategori dengan mengidentifikasi variasi dalam data dapat dijelaskan dengan kategori lain. Tahap integrasi adalah menentukan fenomena-fenomena yang telah diamati secara empiris. Dengan mengintegrasikan hubungan antara kategori, peneliti mengidentifikasi kongruensi tertentu yang muncul antara data dan arah penelitian yang diambil selama analisis. Tahap konseptualisasi adalah proses pengembangan dan klarifikasi konsep-konsep yang muncul dan menjelaskan konsep tersebut dengan kata-kata dan untuk memberikan definisi konseptual secara verbal. Proses ini memungkinkan peneliti untuk memahami fenomena penelitian dan kompleksitasnya. Akhirnya, tahap teorisasi merupakan proses konstruksi untuk menguatkan teori atau pemahaman substantif. Tidak semua penelitian *grounded theory* menghasilkan teori; akan tetapi pemahaman yang mendalam dan substantif merupakan hasil akhir dari sebuah penelitian dengan *grounded theory* Charmaz (2006).

Untuk keabsahan (*trustworthiness*), kriteria pertama adalah kredibilitas (Chiovitti & Piran, 2003). Kredibilitas dalam penelitian ini adalah dengan mengumpulkan data dari berbagai sumber diantaranya melalui wawancara, catatan lapangan, dan memo. Koding data dengan

kata-demi-kata, baris demi baris, dan menggunakan koding *in vivo*, yang mencerminkan pengalaman partisipan terkait stigma dengan gangguan jiwa. Penelitian ini menggunakan kata-kata partisipan yang sebenarnya untuk menjelaskan fenomena penelitian, dan diartikulasikan dengan asumsi, posisi epistemologis dan teoritis yang memengaruhi proses penelitian. Dilakukan evaluasi diri sebagai instrumen dan melihat efek peneliti yang dilakukan melalui refleksi diri dan memoyang ditulis dalam jurnal.

Auditabilitas berkaitan dengan konsistensi temuan, bahwa peneliti lain dapat mengikuti dengan jelas proses berpikir peneliti (Sandelowski, 1986). Dalam penelitian ini, auditabilitas dilakukan dengan kriteria untuk merumuskan pemikiran, bagaimana dan mengapa para partisipan dalam penelitian ini dipilih. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kerangka yang disajikan oleh Paille (1994) untuk mengidentifikasi langkah-langkah dalam analisis data dan memastikan bahwa pembaca dapat memahami bagaimana data itu didapatkan atau dibentuk oleh partisipan dan peneliti.

Fittingness atau transferabilitas berarti hasil penelitian memiliki arti yang sama pada situasi serupa (Chiovitti & Piran, 2003). Dalam penelitian ini, selama proses koding, semua data yang dibuat kode telah diperiksa oleh seorang pakar lain untuk melakukan cek eksternal yang terkait dengan hasil penelitian.

Hasil

Kekerasan ODGJ terhadap Diri Sendiri. Keinginan pasien bunuh diri yaitu sengaja menyakiti diri sendiri. Seorang pasien menggambarkan bahwa stigma dan isolasi sosial menyebabkan ide bunuh diri atau menyakiti diri sendiri. Rasa takut terhadap orang lain juga menjadi pencetus ide bunuh diri.

“...kadang saya tidak bisa mengendalikan diri sampai saya berkeinginan bunuh diri. Saya mencoba bunuh diri tiga kali dengan

minum racun tapi saya tidak mati ... Dengan penyakit jiwa, kepercayaan diri saya rendah. Saya merasa bingung; dengan orang lain, saya takut. Saya takut melihat orang lain.” (P1).

Kekerasan ODGJ terhadap Orang Lain dan Benda. Pasien menyadari bahwa dia telah melakukan perilaku kekerasan terhadap anggota keluarga atau kerabat.

“...saya yang paling sulit dalam keluarga dan saya menjadi beban keluarga saya. Karena kesulitan dalam hidup, saya harus berada di sini (RSJ). Otak saya punya banyak masalah. Jadi, saya marah dan melakukan kekerasan di rumah dan selanjutnya saya dibawa ke RS ini.” (P1).

Pasien yang melakukan kekerasan sering disembunyikan oleh keluarga, sehingga mereka terisolasi di masyarakat.

“L [teman] punya keluarga dengan penyakit jiwa; jika [pasien] melakukan kekerasan, ia menghancurkan atap, rumah, dll. Jadi keluarga merahasiakan dan menyembunyikannya. Mereka [pasien dan keluarga] jarang diundang oleh masyarakat. Jadi, mereka terisolasi. Mereka terpinggirkan... stigmakan?” (P11).

Pasien juga melakukan kekerasan terhadap fasilitas umum, dan menghancurkan barang-barang.

“Saya melemparkan asbak. Ceritanya, saya kasih pinjam 1,5 juta. Ia bayar dengan angsuran. Seratus, lima puluh, uang saya dari BJB lebih banyak... Saya marah; Saya tidak bisa mengendalikan diri. Saya jadi marah, seperti itu. Kemudian, saya dibawa ke sini (RSJ).” (P13).

Kekerasan, Pengekangan, dan Seklusi.

Pasung dan seklusi masih digunakan untuk menangani penderita gangguan jiwa. Beberapa perawat menunjukkan bahwa ada pasien diikat, dirantai, atau dimasukkan ke dalam

balok kayu.

“Ya, itu adalah penderitaan bagi ODGJ. Banyak sekali kita menerima pasien yang telah dipasung, terikat, dirantai, dimasukkan ke dalam balok kayu; tapi, ada juga pasung, seperti menempatkan penderita di ruangan kecil dan dikasih makanan sekali sehari. Beberapa pasien tidak bisa berjalan, kurus dan kurang gizi. Mereka tidak dapat berbicara. Keluarga mereka kaya; jika mereka ingin membawa pasien ke RS, saya yakin mereka mampu” (P13).

Perawat percaya bahwa pasung dan seklusi yang terjadi di masyarakat karena stigma dan kurangnya pengetahuan masyarakat.

“Ya, [ada] banyak informasi pemasangan pasien. Kadang-kadang, disini, kami juga mengakui beberapa pasien yang memiliki riwayat pasung di rumah karena mereka melakukan kekerasan, mereka mengganggu masyarakat. Mungkin [mereka] tidak tahu cara merawat orang dengan penyakit jiwa. Hal ini masuk akal juga, kan? Mungkin lebih baik bagi mereka untuk menyelamatkan orang-orang daripada merawat ODGJ.” (P9).

Perawat lain mengatakan bahwa beberapa pasien, menjadi stres setelah bekerja di luar negeri. Mereka dikurung oleh keluarga saat mereka kembali.

“Mereka dikait di pilar besar. Ada yang diletakkan di kandang kambing atau ayam. Mereka dikurung seperti kambing. [Pasien] buang air besar, makan disitu, seperti binatang. Ini bukan cerita tapi saya melihatnya langsung; Saya itu saksi kondisi ini. Enam pasien telah dibawa ke RS. Ya, beberapa dari daerah ini mengirimkan banyak pekerja di Jawa Barat. Jadi mereka stres karena mereka bekerja di Arab Saudi. Mereka stres, dan kembali ke Indonesia dikurung oleh keluarganya.” (P15).

Pasien lain menyebutkan bahwa ia mengalami kekerasan seperti diserang dan dipukuli oleh

orang lain, ‘Saya berkelahi dengan beberapa orang. Saya dipukuli oleh orang-orang di masyarakat. Saya berkelahi dengan 100 orang. Karena mereka berpikir saya berbahaya bagi anggota masyarakat. Ya, saya punya masalah penyakit jiwa (P1).

Pasien sadar bahwa pasung adalah bentuk penganiayaan atau kejahatan terhadap ODGJ, melanggar hak-hak seseorang.

“ODGJ tidak jahat sama sekali. Pada dasarnya, mereka tidak jahat. Namun, orang-orang melakukan kejahatan terhadap mereka, seperti pasung. Mereka mengambil hak saya. Saya dipasung karena apa? Saya dipasung bukan untuk pemulihan. Tapi, saya dipasung untuk membuat saya "gila." Hal ini lebih menyakitkan benar.” (P14).

Kekerasan oleh Pengobatan Tradisional.

Banyak ODGJ yang mendapatkan pengobatan tradisional mengalami kekerasan dari terapis. Pasien mengalami terapi alternatif yang bersifat *abuse*, seperti ditenggelamkan, dicambuk, atau dimandikan paksa.

“Ya, saya dimandikan tengah malam. Dukun menggunakan ilmu sihir...[tidak jelas], memukuli saya. Saya dimandikan jam satu malam. Saya tidak tidur. Badan saya dikocok kocok seperti kambing. Saya disana satu setengah bulan, namun saya tidak sehat, saya tidak lebih baik.” (P2).

Kekerasan oleh Aparat Pemerintah. Salah satu pasien menceritakan pengalamannya ditahanan di kantor polisi. Pasien lain diborgol oleh polisi karena perilaku kekerasannya.

“...ya, saya diborgol. Polisi memborgol saya. Ibu saya meminta bantuan polisi untuk memborgol saya. Tapi belunggu borgol rusak. Lihat ini [bekas luka di tangannya].” (P15).

Kekerasan oleh Tenaga Kesehatan. Staf rumah sakit juga melakukan kekerasan fisik terhadap pasien. Metode pengikatan, pengekanan dan pengasingan digunakan oleh staf dan

perawat.

“Saya ngamuk. Saya dipukulin di K [bangsal). Kepalaku dipukul kursi lipat. Ya, tangan dan kaki diikat karena melakukan kekerasan. Saya tidak melakukan kesalahan tapi diborgol. Ketika saya datang lagi ke sini, saya juga diborgol oleh staf bangsal K.” (P2).

Pasien dengan perilaku kekerasan yang membahayakan akan diisolasi sebagai metode pengendalian.

“Staf (RSJ) menganggap orang gila itu sumber bahaya... mereka nganggap orang gila itu benar-benar gila, bukan manusia; harus dihapuskan, harus dibakar, harus ditendang, dan ditekan, dan harus ditempatkan di ruangan gelap seperti di U (bangsal). Ya, itu terjadi, saya seperti babi diseret.” (P9).

Seringkali petugas keamanan dan perawat bekerjasama dalam melakukan isolasi dan kekerasan.

“Semuanya dihancurkan, TV rusak. Teman saya di S (bangsal) telah menghancurkan TV. Sekarang, dia ada di sini, di bangsal K. Pasien dengan kasar diseret oleh petugas keamanan. "Ayo kamu." Saya juga ditarik dan dipaksa. "Ayo sana." Saya ditarik. Saya tidak suka diperlakukan seperti itu.” (P2).

Seorang perawat mengatakan bahwa umumnya pasien baru di RSJ diikat.

“Jika pasien datang ke rumah sakit sangat mudah marah, beberapa pasien ini terikat; ada pula yang diborgol. Jika pasien datang dengan kurang atau tidak marah, mereka tidak terikat. Jadi, jika pasien berada dalam kondisi marah ketika datang, mereka terikat. Tetapi jika mereka tidak benar-benar marah, mereka tidak diikat oleh orang lain. Mereka dibawa oleh keluarga atau polisi kesini. Ya, polisi. Seperti itu. Jika pasien baru, sebagian besar mereka datang dengan terikat.” (P6).

Ketakutan Pasien terkait dengan Tindakan dan Pengobatan. Pasien sering ketakutan akibat kekerasan dari terapi dan pengobatan alternatif atau tradisional. Satu partisipan yang telah dibawa ke dukun mengungkapkan:

"...di Ngawi, terjadi hal menakutkan, di daerah terpencil di Jawa, dan tempatnya sangat gelap. Saya takut. Dia itu mantan pasien sakit jiwa. Dia mengatakan: "Ini penyakit gila. Ini psikopat". Saya ingin melarikan diri. Saya takut benar melihat kapaknya. Saya sangat stres, itu pengobatan yang aneh." (P3).

Ketakutan Keluarga. Hidup dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan masalah bagi keluarga. Ketakutan akan perilaku kekerasan berulang menyebabkan keluarga merasa tidak nyaman jika penderita di rumah,

"Ya, karena malu juga, karena sebagian besar penderita mengganggu masyarakat. Umumnya, pasien laki-laki mengganggu komunitas dan anggota keluarga merasa ga nyaman dengan tetangga. Mereka takut jika pasien melakukan kekerasan lagi" (P11).

Ketakutan Anggota Masyarakat. ODGJ dengan riwayat perilaku kekerasan membuat takut masyarakat. Pasien merasa dijauhi dan diisolasi oleh teman dan masyarakat.

"Teman-teman merasa takut.... Mereka takut pada saya. Mereka takut berdebat dengan saya karena saya orang sakit jiwa. Ya, argumen saya tidak diterima; tidak dipahami oleh mereka. Misalnya, jika saya berbicara benar, mereka harus nurutin saya..." (P5).

Pembahasan

Hubungan antara gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan adalah penyebab utama stigmatisasi bagi ODGJ. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa akibat stigmatisasi, pasien melakukan kekerasan di keluarga dan komunitas. ODGJ melakukan kekerasan 2,5

kali lebih banyak dari populasi umum (Corrigan & Watson, 2005). Seringkali, kekerasan yang dilakukan ODGJ diarahkan pada orang yang mereka kenal, terutama anggota keluarga (Wehring & Carpenter, 2011).

Percobaan bunuh diri atau melukai diri sendiri sering dilakukan oleh ODGJ sebagai upaya untuk menyelesaikan masalah mereka. Kekerasan mandiri meliputi ide atau percobaan bunuh diri, sengaja melukai diri, serta bunuh diri. Sebanyak 18–55% kelompok ODGJ melakukan percobaan bunuh diri (Harkavy-Friedman, et al., 2003; Tarrier, et al., 2004). Risiko menyakiti diri sendiri meningkat terutama pada ODGJ dengan skizofrenia.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ODGJ juga melakukan kekerasan terhadap perawat. Hasil ini didukung oleh beberapa studi. Perawat adalah profesi yang paling rentan menjadi target kekerasan (Holmes, et al., 2004; Inoue, et al., 2006), sebagian besar perawat mengalami kekerasan selama karir mereka (Inoue, et al., 2006; Landy, 2005).

Penelitian ini mengungkapkan, selain berperilaku kekerasan, ODGJ juga menjadi korban kekerasan. Di Yunani, ODGJ lebih sering menjadi korban kejahatan (Katsikidou et al., 2012). Di Taiwan, *abuse* terhadap pasien ODGJ lebih tinggi dari pada populasi (Hsu dkk., 2009). Interaksi antara polisi dan ODGJ kadang-kadang terkait dengan perilaku kekerasan (Cotton & Coleman, 2010).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga takut menghadapi anggota keluarga ODGJ, terutama karena risiko perilaku kekerasan. Hal ini sesuai dengan studi yang menyatakan ada hubungan erat antara perilaku kekerasan yang dialami oleh ODGJ dengan ketakutan mereka. Stigmatisasi gangguan kesehatan mental menciptakan rasa takut dan ODGJ mendapat label berbahaya (Araujo & Borrell, 2012; Bathje & Pryor, 2011). Satu dari empat orang Kanada takut berada di sekitar ODGJ (Canadian

Medical Association, 2008). Banyak yang menganggap bahwa ODGJ menimbulkan ancaman bagi keselamatan umum (Jorm & Griffiths, 2008). Rasa takut yang dialami perawat dapat memengaruhi hubungan perawat dengan pasien, yang menghambat pemberian asuhan keperawatan (Jacob, 2010).

Ketakutan masyarakat pada ODGJ dapat dipengaruhi oleh media massa yang berperan membentuk opini masyarakat. Penggambaran ini sangat terkait dengan perasaan ketakutan masyarakat pada ODGJ (Arboleda-Florez, 2003).

Kesimpulan

Penelitian ini menemukan bahwa perilaku kekerasan adalah konsekuensi dari stigmatisasi terhadap ODGJ. Sebaliknya stigmatisasi adalah akibat dari perilaku kekerasan oleh ODGJ. Stigmatisasi sangat mungkin masih dilakukan para perawat. Hasil penelitian memberikan informasi tentang stigmatisasi dalam pelayanan keperawatan jiwa di Indonesia.

Sangat penting memasukkan materi stigmatisasi gangguan jiwa dalam kurikulum pendidikan calon perawat. Mereka kemungkinan akan menghadapi risiko perilaku kekerasan dari pasien jika bekerja di area keperawatan jiwa. Keperawatan jiwa merupakan area yang bersiko mendapatkan ancaman dan kekerasan sehingga seringkali membenarkan beberapa jenis intervensi, seperti pengikatan, isolasi, atau pengasingan yang merugikan hubungan perawat dengan pasien.

Penelitian lanjut diperlukan untuk melihat bagaimana keluarga, masyarakat, dan aparat pemerintah memandang stigma terkait perilaku kekerasan pada ODGJ. Program kampanye anti-stigma akan mengurangi konsekuensi negatif stigmatisasi ODGJ terhadap perilaku kekerasan di Indonesia. Program ini perlu disesuaikan dengan kelompok khusus sehingga dapat mengurangi akibat negatif dari stigma gangguan jiwa (SH, INR, PN).

Referensi

- Araujo, B., & Borrell, L. (2012). Understanding the link between discrimination, mental health outcomes, and life chances among Latinos. *Hispanic Journal of Behavior Sciences*, 28 (2), 245–266.
- Arboleda-Florez, J. (2003). Considerations on the stigma of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (10), 645–650.
- Bathje, G., & Pryor, J. (2011). The relationship of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, 33 (2), 161–176.
- Canadian Medical Association (2008). *8th Annual national report card on health care*. Ottawa ON: Canadian Medical Association.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
- Chivotti, R.F., & Piran, N. (2003). Rigour and grounded theory research. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (4), 427–435.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2005). Findings from the national comorbidity survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 136, 153–162.
- Cotton, D., & Coleman, T. (2010). Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: A systems approach. *Police Practice and Research*, 11 (4), 301–314.
- Harkavy-Friedman, J.M., Kimhy, D., Nelson, E.A., Venarde, D.F., Malaspina, D., & Mann, J.J. (2003). Suicide attempts in schizophrenia: The role of command auditory hallucinations for suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 871–874.
- Harpham, T., Reichenheim, M., Oser, R., Thomas, E., Hamid, N., Jaswal, S., ... Aidoo, M. (2003). Measuring health in cost effective manner. *Health Policy and Planning*, 18 (3), 344.

- Heath, H., & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: A comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (2), 141–150.
- Holmes, D., Rudge, T., Perron, A., & St-Pierre, I. (2012). *Introduction (re) thinking violence in health care settings: A critical approach*. In Holmes, D., Rudge, T., Perron, A. (Eds). (Re) Thinking violence in health care settings: A critical approach. Surrey: Ashgate Publishing, Ltd.
- Hsu, C.C., Sheu, C.J., Liu SI, Sun, Y.W., Wu, S.I., & Lin, Y. (2009). Crime victimization of persons with severe mental illness in Taiwan. *Aeland Journal of Psychiatry*, 460–466.
- Inoue, M., Tsukano, K., Muraoka, M., Kaneko, F., & Okamura, H. (2006). Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(1), 29–36.
- Jacob, J.D. (2010). *Fear and power in forensic psychiatry: nurse-patient interactions in a secure environment*. Doctoral Dissertation School of Nursing University of Ottawa, Canada:
- Jorm, A.F., & Griffiths, K.M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: how important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118 (4), 315–321.
- Kapungwe, A., Cooper, S., Mwanza, J., Mwape, Sikwese, L.A., ... Flisher, A.J. (2010). Mental illness - stigma and discrimination in Zambia. *African Journal of Psychiatry*, 13, 192–203.
- Katsikidou, M., Samakouri, M., Fotiadou, M., Arvaniti, A., Vorvolakos, T., Xenitidis, K., & Livaditis, M. (2012). Victimization of the severely mentally ill in Greece: The extent of the problem. *International Journal of Social Psychiatry*, 59 (7), 706–715.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar (Riskesdas) 2013*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Landy, H. (2005). Violence and aggression: How nurses perceive their own and their colleagues risk. *Emergency Nurse*, 13, 12–15.
- McFarlane, A.C., Schrader, G.D., & Bookless, C. (2004). *The prevalence of victimization and violent behaviour in the seriously mentally ill* (Theses, University of Adelaide). Department of Psychiatry, University of Adelaide, Adelaide, Australia.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147–181.
- Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8 (3), 27–37.
- Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M.C., Bebbington, P.E., Azorin, J.M., Brugha, T., & Toumi, M. (2008). Urban residence, victimhood and the appraisal of personal safety in people with schizophrenia: Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Psychological Medicine*, 38 (4), 591–597.
- Solomon, P.L., Cavanaugh, M.M., & Gelles, R.J. (2005). Family violence among adults with severe mental illnesses. *Trauma, Violence and Abuse*, 6 (1), 40–54.
- Spector, P.E., Allen, T.D., Poelmans, S., Lapierre, L.M., Cooper, C.L., ... O'Driscoll, M. (2007). Cross-national differences in relationships of work demands, job satisfaction and turnover intentions with work-family conflict. *Personnel Psychology*, 60, 805–835.
- Stuart, H. (2004). Stigma and work. *Healthcare papers*, 5(2), 100–111.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B., & Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 927–937.
- Teplin, L.A., McClelland, G.M., Abram, K.M., & Weiner, D.A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of general psychiatry*, 62, 911–921.

Wehring, H.J., & Carpenter, W.T (2011). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (5), 877–778.