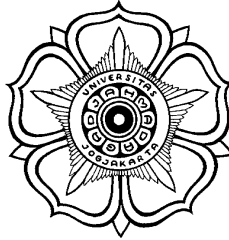


KESEHATAN JIWA  
DALAM PERSPEKTIF BUDAYA DAN AGAMA



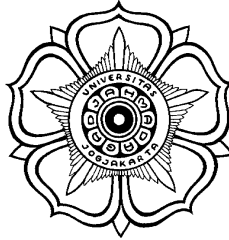
UNIVERSITAS GADJAH MADA

Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar  
Dalam Bidang Psikologi Klinis  
Pada Fakultas Psikologi  
Universitas Gadjah Mada

Oleh

Prof. Drs. Subandi, MA, PhD

KESEHATAN JIWA  
DALAM PERSPEKTIF BUDAYA DAN AGAMA



UNIVERSITAS GADJAH MADA

Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar  
Dalam Bidang Psikologi Klinis  
Pada Fakultas Psikologi  
Universitas Gadjah Mada

Disampaikan pada Rapat Terbuka Dewan Guru Besar  
Universitas Gadjah Mada  
Pada tanggal 27 Oktober 2015  
Di Yogyakarta

Oleh

Prof. Drs. Subandi, MA, PhD

*Bismillahirrahmaanirrohiim,*

*Yang saya hormati*

*Ketua, Sekretaris dan Anggota Majelis Wali Amanah,*

*Ketua, Sekretaris dan Anggota Majelis Guru Besar*

*Ketua, Sekretaris dan Anggota Senat Akademik,*

*Rektor dan Para Wakil Rektor*

*Para Dekan dan Wakil Dekan*

*Ketua dan Sekretaris Senat Fakultas*

*Para tenaga pendidik, tenaga kependidikan, dan para mahasiswa*

*Para pengurus dan keluarga alumni Universitas Gadjah Mada*

*Para tamu undangan serta para hadirin yang saya muliakan*

*Assalamualaikum wr.wb.*

Pertama dan paling utama perkenankanlah saya memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas rahmat, karunia, berkah bagi kita semua, sehingga kita dapat bersama-sama hadir dalam acara Rapat Senat Terbuka Universitas Gadjah Mada dalam keadaan sehat wal afiat. Semoga acara ini dapat berlangsung dengan khidmat, tertib dan lancar. Amin.

Sungguh suatu kehormatan yang tiada terkira bagi saya yang saat ini mendapat kesempatan untuk menyampaikan pidato pengukuhan jabatan Guru Besar Tetap dalam bidang Psikologi Klinis. Untuk itu perkenankanlah saya menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam dalamnya kepada Rektor/ Ketua Senat beserta seluruh anggota Dewan Guru Besar Universitas Gadjah Mada yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk menyampaikan pidato pengukuhan ini, yang saya beri judul: “KESEHATAN JIWA DALAM PERSPEKTIF BUDAYA DAN AGAMA”.

## **1. Masalah Kesehatan Jiwa**

*Para hadirin yang saya muliakan,*

Masalah kesehatan jiwa terus meningkat dan menjadi perhatian

serius secara global. Persoalan ini tidak hanya terkait dengan masalah kesehatan saja, tapi juga berpengaruh pada berbagai masalah sosial dan ekonomi. Dari data *WHO Mental Health Survey*, Kesler dkk (2009) menyebutkan bahwa gangguan jiwa adalah problem yang sering muncul dalam kehidupan sehari-hari di masyarakat umum. Gangguan ini lebih sering timbul pada usia muda, dibandingkan dengan penyakit kronis lain. Yang lebih memprihatinkan adalah bahwa gangguan ini menimbulkan beban yang berat bagi masyarakat. Selanjutnya dari *WHO Fact Sheed No. 396* (2014) disebutkan bahwa secara global 400 juta orang menderita depresi, 60 juta mengalami gangguan afektif bipolar, 21 juta orang menderita skizofrenia, 35 juta mengalami demensia. Namun demikian sebagian besar sistem kesehatan di dunia belum memberikan penanganan yang memadai terhadap beban dari gangguan jiwa ini.

Di Indonesia, masalah kesehatan jiwa sampai saat ini juga masih belum menjadi prioritas bagi pemerintah (Thong, 2011). Padahal dalam realitas sehari-hari persoalan ini semakin hari semakin serius. Banyak pasien yang datang ke pelayanan primer (puskesmas) dengan keluhan fisik, namun tidak ditemukan bukti gangguan fisik, sehingga diduga berawal dari masalah psikologis. Khusus di Yogyakarta masalah kesehatan jiwa juga cukup serius. Hasil Riset Dasar 2013 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Daerah Istimewa Yogyakarta adalah yang paling tinggi di Indonesia, yaitu 2,7% per 1000 penduduk, di atas angka prevalensi secara nasional. Demikian juga untuk gangguan mental emosional, Daerah Istimewa Yogyakarta berada dalam urutan nomor 4 tertinggi yaitu berada di atas prevalensi gangguan mental emosional secara nasional (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Data Riskesdas ini sejalan dengan hasil penelitian *incidence study* yang dilakukan Good & Subandi (2000). Penelitian ini mencoba untuk mendeteksi jumlah penderita gangguan jiwa psikosis yang baru muncul (*first episode first contact psychosis*) di seluruh wilayah DIY. Pengumpulan data dilaksanakan dengan mendata seluruh pasien baru yang datang ke psikiater, baik pada praktek di Rumah Sakit maupun di praktek pribadi. Dalam waktu 6 bulan, tercatat ada 391 kasus psikotik

baru di Yogyakarta. Jika diprediksi selama setahun, kemungkinan bisa mencapai 780 orang pertahun. Ini berarti bahwa sekitar 0,23 per seribu penduduk dari seluruh penduduk Yogyakarta pada waktu itu yang mengalami gangguan jiwa berat yang baru pertama kali. Jika ditambah gangguan jiwa yang sudah ada sebelumnya diperkirakan angka mencapai seperti hasil Riskesdas tahun 2013. Dari dua macam sumber data di atas menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat di DIY perlu mendapat perhatian dan penanganan secara lebih serius.

Masalah gangguan dan kesehatan jiwa mempunyai dimensi yang cukup kompleks, tidak hanya merupakan masalah medis atau psikologis semata, tapi juga memiliki dimensi sosial budaya sampai pada dimensi spiritual dan religius.

## **2 Gangguan Jiwa dan Budaya**

*Para hadirin yang saya muliakan,*

Ketertarikan para dokter ahli jiwa terhadap kaitan antara budaya dan gangguan bisa ditelusur ketika Emil Kraepelin, seorang psikiater Jerman terkemuka, datang ke Jawa Barat, tepatnya di RSJ Bogor, pada awal abad ke-20 (Ameen, 2002). Kraepelin mewawancarai 100 pasien gangguan jiwa, 39 diantaranya terdiagnosis *dementia praecox* atau skizofrenia menurut sistem diagnosis sekarang. Dari penelitian singkat tersebut Kraepelin menyimpulkan bahwa gangguan jiwa *dementia praecox* ini di Indonesia menunjukkan kesembuhan yang lebih baik dibandingkan dengan di negara Barat. Beberapa ahli mengkritik kesimpulan Kraepelin ini sebagai agak tergesa-gesa mengingat penelitian tersebut dilaksanakan cukup singkat dan Kraepelin kurang memiliki banyak pengetahuan tentang masyarakat dan budaya di Indonesia. Namun Zaumseil dan Lessmann (1995) secara tegas menyatakan bahwa Kraepelin adalah orang pertama yang mengkaji gangguan jiwa dan menemukan ciri khusus di luar negara Barat.

Dalam sejarah pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia tercatat bahwa sejak dahulu pemerintah Belanda telah memberikan perhatian yang sungguh-sungguh terhadap masalah kesehatan jiwa ini dengan mendirikan beberapa Rumah Sakit Jiwa. RSJ pertama yang didirikan

adalah RSJ Bogor tahun 1882, selanjutnya RSJ Lawang, RSJ Solo, RSJ Magelang, dan RSJ lain di beberapa kota (lihat Thong, 2011). Walaupun tidak kurang dari 15 RSJ telah didirikan di Indonesia pada jaman Belanda, namun pendidikan dokter ahli jiwa baru mulai sekitar tahun 1960-an. Bagian Psikiatri UI dimulai secara resmi tahun 1961, sedang UGM tahun 1950. Hampir bersamaan dengan munculnya Bagian Psikiatri, juga mulai muncul Pendidikan Psikologi di Indonesia, pada sekitar tahun 1960-an. Fakultas Psikologi Unpad tahun 1961, UI tahun 1964, dan UGM diresmikan pada tahun 1965.

Bersamaan dengan banyaknya pendidikan formal psikiatri dan psikologi, kesadaran masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa juga semakin meningkat sejak tahun 1970-an. Hal itu bisa ditelusuri dengan munculnya beberapa kosa kata asing yang terkait dengan gangguan jiwa, misalnya kata *stres* dan *frustrasi*. Menurut pengamatan penulis, *stres* merupakan kata yang paling banyak terdengar di masyarakat. Bahkan kata *stres* ini sudah dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat, dari kota sampai ke pelosok desa. Bahkan kata ini secara resmi sudah masuk dalam kosa kata bahasa Indonesia. Kamus Besar Bahasa Indonesia menulis kata '*stress*' menjadi '*stres*' yaitu dengan satu 's'. Sementara itu masyarakat Indonesia pada umumnya mengucapkannya menjadi '*setres*'. Bahkan di beberapa pedesaan di Jawa sudah diplesetkan menjadi '*sutris*'. Sementara itu kata '*frustrasi*' banyak diucapkan sebagai '*frustasi*'.

Sementara itu di kalangan ilmuwan dan profesional di Indonesia ada perbedaan penggunaan istilah yang dalam bahasa Inggris disebut sebagai '*mental health*'. Di bidang kedokteran, istilah tersebut diterjemahkan menjadi '*kesehatan jiwa*'. Kata '*mental*' diterjemahkan menjadi '*jiwa*'. Meskipun berasal dari bahasa sansekerta, namun kata '*jiwa*' sudah diambil menjadi kata dalam bahasa Indonesia dan banyak digunakan dalam kehidupan masyarakat sehari-hari. Konsisten dengan istilah '*jiwa*' ini, maka seluruh bidang yang terkait dengan bidang kedokteran menggunakan istilah yang sama. Ilmu psikiatri disebut sebagai '*ilmu kedokteran jiwa*'. Demikian juga program-program pemerintah, menggunakan istilah '*program kesehatan jiwa*'. Maka tidak aneh kalau kemudian muncul '*rumah sakit jiwa*' sebagai terjemahan dari *mental hospital*, bukan '*rumah sakit mental*'. Masih dalam satu

rumpun dengan bidang kedokteran jiwa adalah bidang keperawatan (*nursing*). Di bidang ini istilah yang digunakan adalah keperawatan jiwa, sebagai terjemahan dari *mental health nursing*.

Berbeda dengan kedua profesi di atas, kalangan psikologi lebih memilih untuk menggunakan istilah ‘kesehatan mental’. Psikologi tetap mempertahankan kata ‘mental’. Mengapa demikian? Jika ditelusuri sejarah, memang sejak awal berkembangnya psikologi di Indonesia, para tokoh pendahulu menggunakan istilah ‘kesehatan mental’. Tampaknya kalangan psikologi menghindari kata ‘jiwa’. Mungkin ini terkait definisi psikologi sejak awal, yang disebut sebagai ‘*the science of behavior*’. Psikologi bukan mempelajari jiwa, tetapi gejala-gejala jiwa yang muncul dalam bentuk perilaku. Literatur terbaru selanjutnya menambahkan: *the science of mind and behavior*. Tanpa mengurangi rasa hormat pada para pendahulu saya, di sini saya memilih menggunakan istilah ‘kesehatan jiwa’. Menurut saya istilah ‘jiwa’ memiliki makna lebih dalam dan digunakan masyarakat secara lebih luas, termasuk dalam berbagai program pemerintah.

Jauh sebelum munculnya psikologi modern, masyarakat Jawa khususnya dan masyarakat Indonesia pada umumnya, ternyata telah mengamati fenomena gangguan jiwa dalam kehidupan sehari-hari. Namun mereka tidak menuliskannya dalam catatan ilmiah, melainkan dalam bentuk cerita atau dongeng (Subandi, 2006). Ada beberapa cerita rakyat yang hidup di masyarakat Jawa yang terkait dengan masalah kesehatan jiwa. Misalnya cerita rakyat yang dipertunjukkan dalam teater tradisional adalah Suminten Edan, Srikandi Edan, Sumbodro Edan. Sementara cerita lebih modern yang diangkat dalam film layar lebar adalah “*Yuyun Pasien RSJ*”, yang diproduksi tahun 1979. Film terbaru muncul tahun 2015 berjudul “*HALUsinasi*”.

Di antara cerita-cerita itu tampaknya cerita *Suminten Edan* adalah yang paling populer di masyarakat Jawa. Sampai sekarang masih banyak dijadikan sebagai lakon dalam pertunjukan teater rakyat (ketoprak). Subandi (2006) menganalisis cerita Suminten Edan dalam konteks kesehatan jiwa modern. Cerita semi historis ini berasal dari Ponorogo, Jawa Timur, namun sangat terkenal di Yogyakarta. Cerita ini berkisah tentang seorang perempuan bernama Suminten yang akan menikah dengan Raden Mas Subroto, anak dari seorang Adipati di

Trenggalek, Jawa Timur. Sang Adipati mengatur pernikahan tersebut sebagai hadiah kepada ayah Suminten, seorang Warok yang telah berhasil memadamkan pemberontakan. Karena tidak setuju dengan ayahnya, R.M. Subroto melarikan diri dari rumah pada hari pernikahannya. Sementara itu semua orang di rumah Suminten sudah siap menyambut kehadiran pengantin laki-laki. Mereka semua terkejut mendengar kabar bahwa R.M. Subroto lari dari rumah. Terlebih Suminten. Dia seperti mendengar petir di siang bolong. Dia terkejut, bingung, kecewa dan malu karena pengantin laki-laki tidak hadir. Tiba-tiba saat itu juga perilaku Suminten berubah. Suminten berlari-lari kesana kemari, berperilaku aneh, tertawa sendiri dan menari-nari lalu pergi dari rumah. Suminten telah mengalami gangguan jiwa.

Cerita *Suminten Edan* di atas menggambarkan seseorang yang mengalami gangguan jiwa karena persoalan terkait dengan keluarga. Kisah ini ternyata sesuai dengan beberapa penelitian ilmiah. Subandi (2006) menemukan beberapa kasus gangguan jiwa berat karena masalah keluarga sebagai stresor utama. Demikian juga penelitian *incedence study* sebelumnya yang dilakukan Good & Subandi (2000) menunjukkan bahwa dari 391 kasus yang ditemukan, ternyata stresor yang paling banyak adalah masalah keluarga. Baru kemudian masalah pendidikan, masalah hubungan dengan lawan jenis (pacaran), dan masalah pekerjaan. Dengan demikian keluarga merupakan faktor yang sangat penting dalam kemunculan gangguan jiwa.

*Para hadirin yang saya muliakan,*

Subandi (2014) telah mereview sejumlah penelitian dan teori tentang peranan keluarga yang dapat menimbulkan gangguan jiwa, khususnya skizofrenia. Sejak tahun 1930 para ahli telah mengidentifikasi karakteristik keluarga pada pasien skizofrenia. Pada saat itu fokus perhatian adalah pada karakteristik orangtua pasien. Disebutkan bahwa ibu dari orang yang mengalami gangguan skizofrenia cenderung tertutup, menjaga jarak dan kurang memiliki kehangatan emosional. Namun di sisi lain dia sangat over-protektif. Fenomena ini akhirnya memunculkan teori yang terkenal pada saat itu, yaitu teori ‘ibu skizoprenogenik’ (*schizophrenogenic mother*) yang dikemukakan oleh seorang psikoanalisis dari Jerman, Fromm-



Reichmann pada tahun 1948. Selain memfokuskan pada karakteristik orangtua, penelitian juga banyak mengkaji pola komunikasi dalam keluarga (lihat Subandi, 2006). Teori yang terkenal di bidang ini adalah teori *double-bind* pada keluarga yang menunjukkan adanya ketidak-sehatan komunikasi dalam keluarga. Juga teori *pseudo mutuality* yang menunjukkan adanya keharmonisan, komunikasi dan interaksi di dalam keluarga yang bersifat semu.

Teori terbaru tentang keluarga skizofrenia adalah *Expressed Emotion* (EE). Menurut teori ini ada tiga dimensi EE dalam keluarga yang berdampak negatif yaitu *critical comment* (banyak mengkritik), *hostility* (menunjukkan permusuhan atau kebencian) dan *emotional-over-involvement* (terlalu banyak ikut campur). Sejumlah besar penelitian menunjukkan bahwa EE keluarga berpengaruh sangat besar terhadap kekambuhan penderita skizofrenia (lihat Subandi, 2014).

Penelitian lintas budaya tentang EE pada keluarga skizofrenia menunjukkan bahwa keragaman budaya mempengaruhi tingkat dan jenis EE. Di India, hanya sebagian kecil keluarga yang memiliki tingkat EE yang tinggi (lihat Subandi, 2006). Sementara itu Jenkins (1988) membandingkan EE antara orang Amerika keturunan Meksiko dan orang Amerika keturunan Eropa. Keluarga keturunan Meksiko ternyata tidak suka mengkritik anggota keluarga yang sakit. Sebaliknya keturunan Eropa memiliki EE yang tinggi. Penelitian serupa dilaporkan oleh Cochrane & Hashemi (2009) yang membandingkan EE orang Inggris keturunan Pakistan dengan orang Inggris keturunan Shikh. Tingkat EE yang lebih tinggi ditunjukkan oleh sampel orang Inggris keturunan Pakistan dibandingkan dengan sampel pada orang Inggris keturunan Sikh, India. Subandi (2011) juga menemukan bahwa secara keseluruhan orang Jawa memiliki EE yang rendah, meskipun ada beberapa yang cenderung tinggi.

Teori-teori yang telah disebutkan di atas menekankan keluarga mempunyai pengaruh negatif terhadap penderita skizofrenia. Sebaliknya, penderita skizofrenia juga memberikan dampak negatif pada keluarga. Terjadi hubungan timbal balik antara keduanya. Namun demikian banyak penelitian yang menunjukkan bahwa pada budaya tertentu terdapat nilai-nilai yang mengarahkan keluarga pada sikap yang positif. Jenkins & Karno (1992), misalnya, menemukan

perbedaan sikap antara keluarga Amerika keturunan Eropa dengan keluarga Amerika keturunan Meksiko. Keluarga Eropa-Amerika pada umumnya memberikan tanggapan emosi yang bernada 'tinggi'. Sementara itu keluarga Meksiko-Amerika cenderung menunjukkan tanggapan emosi yang bernada 'rendah'. Di Cina, Ip & McKenzie (1998) melaporkan bahwa keluarga penderita skizofrenia tetap menunjukkan sikap penerimaan yang tinggi, bertindak secara positif, mempunyai harapan yang tinggi. Ruangreangkulkij & Chesla (2001) menemukan bahwa ibu-ibu di Thailand terdorong untuk bersikap *thum-jai*, yaitu “gabungan beberapa sikap seperti penerimaan, sabar, pengertian, tulus, dan adanya rasa tanggung jawab.”

Sikap keluarga seperti di atas akan sangat mendukung proses kesembuhan penderita. Hal ini sesuai dengan prinsip dari teori *family strengths perspective* (Asay & DeFrain, 2012). Dalam teori ini disebutkan bahwa dari tiga dekade penelitian tentang keluarga, ditemukan beberapa preposisi, diantaranya yang penting adalah bahwa setiap keluarga mempunyai kekuatan, dan semua keluarga memiliki tantangan-tantangan sebagai sarana untuk tumbuh dan berkembang. Kalau orang hanya melihat berbagai permasalahan dalam keluarga, maka dia akan mendapati permasalahan saja. Jika dia melihat aspek kekuatan dalam keluarga, maka dia juga akan menemukan kekuatan itu (Asay & DeFrain, 2012).

### **3. Kesembuhan Gangguan Jiwa dan Budaya**

*Para hadirin yang saya muliakan,*

Selain mempengaruhi timbulnya dan kekambuhan gangguan jiwa, faktor budaya mempunyai peranan penting dalam proses kesembuhan dan pemulihan (*recovery*). Hal ini dapat dicermati pada penelitian lintas budaya dan lintas negara yang dilaksanakan oleh WHO. Sejak dilaksanakan tahun 1970, penelitian ini banyak diacu ilmuwan dan praktisi kesehatan jiwa di dunia. Penelitian ini dilaksanakan di beberapa negara yang termasuk dalam negara maju (*developed countries*) dan negara berkembang (*developing countries*), dengan menerapkan metodologi yang sangat ketat dan detail secara klinis dan longitudinal dalam periode lima belas sampai dua puluh

lima tahun (Harrison *dkk.*, 2001). Penelitian WHO ini menemukan sebuah kenyataan yang sangat penting yaitu bahwa proses perjalanan gangguan jiwa skizofrenia di negara berkembang jauh lebih baik dibandingkan di negara maju, baik untuk *follow-up* jangka pendek maupun jangka panjang (Hopper, 2004).

Sejak publikasi pertama hasil penelitian lintas –budaya WHO ini memunculkan berbagai debat dan diskusi panjang dalam beberapa publikasi jurnal (Hopper, 2004), sehingga menimbulkan beraneka pemikiran dan dugaan sementara (hipotesis). Antara lain diduga karena masyarakat negara maju bersifat individualistik, sehingga kurang memberikan dukungan sosial dibandingkan masyarakat negara berkembang yang bersifat kolektif. Selain itu diduga hal ini terkait dengan onset (proses munculnya) gangguan jiwa. Di negara berkembang banyak ditemukan onset munculnya gangguan jiwa yang cenderung cepat yang mempengaruhi proses kesembuhan dengan cepat.

Sejauh ini belum ada penelitian empiris khusus yang dilaksanakan di Indonesia untuk mengetahui bagaimana kesembuhan penderita gangguan psikosis. Tetapi yang menarik justru cerita rakyat Suminten Edan seperti digambarkan di atas ternyata dapat menggambarkan kondisi yang ditemukan dalam penelitian-penelitian ilmiah (Subandi, 2006). Pertama, penyebab Suminten mengalami gangguan adalah karena gagal menikah. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian Good & Subandi (2000), yang menemukan bahwa stresor paling banyak yang menyebabkan orang mengalami gangguan jiwa adalah masalah keluarga, termasuk di antaranya karena gagal menikah. Kedua, onset yang timbul pada kasus Suminten sangat cepat. Awalnya dia masih berbahagia menunggu saat pernikahannya dengan RM Subroto, namun tiba-tiba gagal, sehingga mengalami guncangan batin yang hebat yang menyebabkan Suminten mengalami gangguan. Ini juga sejalan dengan penelitian Good & Subandi (2000) yang menemukan banyak kasus psikotik baru yang memiliki onset yang cepat.

Proses kesembuhan Suminten juga relatif cepat. Hal ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa penderita gangguan jiwa dengan onset cepat ternyata menunjukkan proses kesembuhan yang lebih cepat juga dibandingkan dengan yang

memiliki onset lambat (lihat Good & Subandi, 2000). Dalam cerita tersebut digambarkan bahwa selama mengalami gangguan jiwa Suminten pergi dari rumah dan berjalan tak tentu arah sambil berteriak-teriak dan kadang-kadang menangis. Setelah melalui berbagai macam liku-liku akhirnya dia sembuh dan menikah dengan R.M. Subroto, walaupun harus rela jadi istri kedua. Dengan demikian baik cerita Suminten Edan maupun penelitian *incidence study* (Good & Subandi, 2000) mendukung hasil penelitian WHO yang menemukan tingkat kesembuhan gangguan jiwa di negara berkembang lebih baik dibandingkan dengan negara maju.

Proses kesembuhan dari gangguan jiwa psikosis dalam persepektif budaya Jawa juga diungkapkan dalam Subandi (2006) yang melakukan penelitian longitudinal jangka pendek. Dalam penelitian ini ada 9 orang penderita gangguan psikosis episode pertama, yang diikuti terus perkembangannya selama 2 tahun. Ada beberapa temuan penting yang menarik dari penelitian ini. Pertama, penelitian ini mendukung penelitian lintas budaya dan negara WHO maupun penelitian dalam seting lokal yang lain, yang menunjukkan bahwa gangguan jiwa berat psikosis episode pertama memiliki kemungkinan kesembuhan yang cukup besar jika segera tertangani secara medis. Kedua, penelitian ini menemukan sejumlah isu budaya yang relevan dengan pengembangan sistem kesehatan jiwa yang berorientasi pada kesembuhan (*recovery oriented rehabilitation*).

#### **4. Kesehatan Jiwa dan Budaya**

*Para hadirin yang saya muliakan*

Salah satu partisipan dalam penelitian Subandi (2006) membuat ungkapan yang sangat menarik ketika dia memulai proses kesembuhannya. Dia mengatakan: “*Saya harus bangkit.*” Ungkapan ini mengandung makna yang sangat dalam bagi proses kesembuhannya. Bahkan bisa dianggap sebagai tema sentral dari proses kesembuhan gangguan jiwa di Indonesia, khususnya Jawa (Subandi, 2015). Secara etimologis, kata bangkit mengandung unsur dinamis yang sangat kuat. Dari kondisi terpuruk, jatuh, tersungkur yang bersifat pasif dan statis, penuh penderitaan, menuju kondisi yang

aktif, dinamis, penuh semangat dan perjuangan. Secara psikologis ungkapan ini sangat dekat dengan konsep resiliensi dalam teori psikologi Barat, yang sering didefinisikan sebagai daya lenting (*bounce back*) yaitu kemampuan untuk kembali lagi ke dalam kondisi normal setelah mengalami kondisi keterpurukan. Istilah ‘bangkit’ juga telah menginspirasi sejumlah mahasiswa magister profesi psikologi untuk mengembangkan modul intervensi psikologis untuk membantu keluarga penderita skizofrenia kembali ke dalam kehidupan normal (Retnowati, 2013). Semangat bangkit ini merupakan motor penggerak utama ketika seorang penderita gangguan jiwa menapaki jalan menuju kesembuhan dan pemulihan.

Subandi (2006) mengkaji secara mendalam bagaimana para penderita psikosis episode pertama ini melakukan proses integrasi dengan masyarakat. Yang menarik adalah proses awal kesembuhan penderita dimulai dengan munculnya rasa *isin* (malu). Emosi *isin* menjadi satu nilai budaya yang sangat penting dalam konteks budaya Jawa, dan juga Indonesia. *Isin* merupakan perpaduan antara rasa segan, hormat, takut dan rasa bersalah. Subandi (2003) melihat ada dua pengertian rasa *isin* ini, yaitu pengertian yang mengandung unsur negatif, tapi juga ada yang mengandung aspek positif. Aspek positif dari rasa *isin* adalah sebagai kontrol terhadap perilaku seseorang. Rasa *isin* berperan untuk mengembangkan rasa hormat pada orang lain, mematuhi nilai-nilai moral dan agama. Rasa *isin* ini tidak hanya berkembang di masyarakat pedesaan. Dalam penelitiannya, Subandi (2003) juga menemukan relevansi dari rasa *isin* ini dalam konteks budaya Jawa saat ini di kalangan mahasiswa. Penelitian ini mengidentifikasi dua macam dimensi rasa *isin*. Pertama, dimensi personal, yaitu ketika seseorang menjadi pusat perhatian dalam suatu situasi sosial. Dimensi ini dinilai partisipan bersifat negatif karena dapat menghambat kemajuan seseorang. Kedua, dimensi moral, yaitu rasa malu yang muncul ketika seseorang melanggar aturan agama dan norma-norma masyarakat.

Dalam konteks gangguan jiwa psikosis, *isin* dapat dijadikan sebagai indikator sosial dari adanya gangguan jiwa maupun kesembuhan (Subandi, 2006). Orang yang mengalami gangguan jiwa dapat dikatakan sebagai orang yang telah kehilangan rasa *isin*. Karena

itu dia tidak merasa salah dan malu kalau berteriak-teriak di tengah malam atau pergi kemana-mana tanpa memakai busana. Jadi kalau orang sudah tidak memiliki rasa malu, dia bisa dikatakan sedang mengalami gangguan. Rasa malu dapat juga menjadi indikator kesembuhan dari gangguan jiwa, karena begitu seorang penderita mulai merasa malu berarti mulai muncul kesadaran diri dan lingkungannya serta dapat mengontrol perilakunya.

Dimensi budaya Jawa lain yang terkait dengan kesembuhan dari gangguan jiwa di masyarakat Jawa adalah adanya nilai budaya *ngemong*. Para antropolog awal yang meneliti masyarakat dan budaya Jawa sangat menekankan prinsip ini. Hildred Geertz (1961) dan beberapa peneliti yang lebih baru (Shiraishi, 1997) menekankan pada pentingnya praktek *ngemong* dalam keluarga. *Ngemong* dianggap sebagai cara yang ideal dalam membesarkan anak, baik yang normal maupun yang mengalami gangguan. Good dan Subandi (2004) menemukan seorang ibu yang tetap tidur di samping putrinya yang belum menikah yang sudah berumur 40 karena menderita gangguan skizofrenia. Ini sebagai wujud *ngemong*. Sebelum itu, Zaumseil dan Lessman (1995) dalam penelitiannya juga menemukan pentingnya sikap *ngemong* yang diberikan oleh anggota keluarga kepada penderita gangguan jiwa psikosis. Kedua peneliti ini menyarankan agar keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita gangguan mental dapat bersikap toleran, penuh perhatian dan penuh kasih sayang. Mereka menekankan agar keluarga tidak menunjukkan sikap mencela, menyalahkan, dan bermusuhan pada penderita gangguan mental dalam keluarga Jawa. Sementara itu Subandi (2008) menggali lebih dalam praktek *ngemong* ini. Ditemukan bahwa ide pokok yang mendasari sikap *ngemong* adalah toleran dan penerimaan yang positif atas perilaku agresif dan impulsif. Ini adalah prinsip yang dikembangkan dalam pendekatan terapi Humanistik dalam psikologi Barat.

Dalam budaya Jawa, ternyata konsep *ngemong* tidak terbatas pada pengasuhan pada anak, terutama yang impulsif, banyak menuntut dan tidak mampu mengendalikan diri. Tapi juga diterapkan pada baik pada kehidupan keluarga yang saling *ngemong* maupun pada lingkup masyarakat yang lebih luas. Seorang kepala desa harus *ngemong*

warganya agar konflik tidak timbul diantara mereka. Dari kenyataan ini, maka konsep *ngemong* bisa juga dijadikan sebagai salah satu nilai dasar sistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia, khususnya di Yogyakarta. Dalam sistem pelayanan yang berdasar *ngemong* ini hubungan antar profesi perlu saling mengerti dan menghargai. *Ngemong* antar profesi ini sangat penting karena tidak dapat dipungkiri bahwa antar profesi kesehatan jiwa memiliki prinsip yang sedikit berbeda antara satu profesi dengan lainnya. Oleh karena itu mereka perlu diintegrasikan dalam sebuah sistem yang saling memahami dan saling menghargai antar profesi. Selain kerjasama antar profesi, juga dibutuhkan kerjasama antar institusi. Penelitian Subandi dkk (2014) menunjukkan bahwa kerjasama antar institusi yang menangani penerita gangguan jiwa ternyata dapat mengurangi rehospitalisasi dan meningkatkan fungsi sosial penderita. Sistem kesehatan jiwa yang terintegrasi ini akan berjalan lebih baik kalau diikat dengan sebuah sistem nilai *ngemong*, yaitu *ngemong* antar profesi, *ngemong* antar institusi, dan akhirnya semuanya untuk *ngemong* penderita gangguan jiwa dan keluarga.

## 5. Kesehatan Jiwa dan Agama

*Para hadirin yang saya muliakan,*

Selain memperhatikan dimensi budaya, sistem perawatan kesehatan jiwa juga perlu memperhatikan dimensi keberagamaan. Sayangnya, psikologi dan psikiatri modern kurang memperhatikan dimensi keberagamaan ini (Subandi, 2012). Sebagai ‘anak’ dari ilmu pengetahuan yang berkembang di Barat setelah masa *renaissance* di abad pertengahan, kedua bidang ini setia dengan semangat ilmu yang objektif, empiris dan bebas nilai. Termasuk semangat membebaskan diri dari nilai-nilai agama. Semangat inilah yang membuat mereka kemudian memisahkan semua kegiatan ilmiah dengan agama. Di bidang kedokteran secara umum, agama dianggap sebagai ‘*the last taboo*’ yang tidak boleh dibawa masuk ke ranah ilmiah (Foskett, 1996). Jikapun dibicarakan dalam kajian ilmiah, agama dilihat sebagai sebuah ‘variabel’ yang memiliki pengaruh negatif pada gangguan

jiwa. Agama dipandang dapat meningkatkan rasa bersalah pada pasien karena menimbulkan konflik moral, menimbulkan pemikiran yang mengarah ke pelarian dari kenyataan atau penolakan atas permasalahan-permasalahan hidup (lihat Lukoff dkk, 1992). Jejak-jejak pandangan tersebut masih banyak dirasakan. Hal ini terlihat pada kenyataan di Barat bahwa psikiater dan psikolog di Barat adalah di antara para ilmuwan yang paling sedikit berafiliasi dengan agama (Bergin & Jensen, 1990; Foskett, 1996).

Kenyataan di atas tidak semestinya terjadi di Indonesia. Hal ini mengingatkan bahwa sejak dahulu sampai sekarang masyarakat Indonesia adalah masyarakat yang religius. Dasar negara Pancasila, dengan sila ketuhanan Yang maha Esa, harus diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari. Termasuk dalam kajian keilmuan dan program-program tentang kesehatan jiwa. Apalagi saat ini di Barat sendiri mulai timbul kesadaran terhadap pentingnya agama dalam kesehatan jiwa. Aspek positif dari agama semakin banyak mendapat pengakuan. Sejumlah penelitian ilmiah banyak dilakukan yang memberi perhatian pada peran signifikan agama dalam proses penyembuhan. Misalnya Corrigan dkk (2003) menemukan bahwa keterlibatan agama memiliki hubungan yang positif dengan *psychological well being* dan mampu meredakan gejala psikiatris pada penderita gangguan jiwa. Dalam survey pada 1.824 penderita gangguan jiwa yang sedang menjalani proses kesembuhan, peneliti menemukan bahwa 90% penderita mengidentifikasi diri sebagai seseorang yang religius (taat beragama). Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa baik spiritualitas maupun agama memiliki kekuatan terapeutik karena secara positif berhubungan dengan *psychological well-being* dan menurunnya gejala-gejala gangguan jiwa. Di Indonesia, usaha mengintegrasikan agama dalam bidang kesehatan jiwa juga telah banyak dilakukan (Hawari, 2014).

Lebih jauh dari mempertimbangkan agama sebagai suatu variabel, juga terdapat pemikiran psikologi yang didasarkan pada satu agama, misalnya psikologi Hindu, Budha, Kristen, dan Islam. Ranah Psikologi Islam (dalam bahasa Arab disebut '*ilmu nafs*') merupakan bidang yang sedang berkembang saat ini. Psikologi Islam bukan hanya meng-ilmiahkan ajaran-ajaran agama Islam, tetapi merupakan



keberlanjutan dari para ilmuwan Muslim abad pertengahan, ketika Barat waktu itu sedang dalam masa kegelapan. Berbeda dengan para ilmuwan Barat yang memisahkan agama dan ilmu pengetahuan, para ilmuwan Muslim mengintegrasikan ilmu pengetahuan dan agama.

Banyak ilmuwan-ilmuwan Muslim yang mengkaji masalah kejiwaan. Misalnya, Ibnu Sina, Ibnu Rush, Ibnu Sirrin, Ibnu Khaldun, Ibnu al-Haytam, Al Ghazali, Al Farabi dan masih banyak yang lain. Di bidang kesehatan jiwa, ilmuwan Muslim abad pertengahan memberikan kontribusi yang sangat penting. Encyclopedia Britanica mencatat bahwa Rumah Sakit Jiwa pertama kali yang memberikan pelayanan medis dan psikologis pada penderita gangguan jiwa didirikan di Baghdad dan di Kairo pada tahun 918M. Sumber lain menyebutkan di Baghdad tahun 705M dan di Kairo tahun 805M (lihat Subandi, 2013).

## **6. Kebersihan Jiwa, Kesehatan Jiwa dan Kesucian Jiwa**

*Para hadirin yang berbahagia,*

Dalam setiap agama, terdapat tradisi spiritualitas yang dapat berkontribusi pada pengembangan konsep dan praktek kesehatan jiwa. Dalam agama Islam, tradisi spiritualitas tersebut dikenal sebagai *tasawuf*. Tradisi tasawuf telah berkembang sejak abad pertengahan dan terus dikaji dan dipraktikkan di masyarakat sampai sekarang dalam kelompok-kelompok tarekat. Sebagian tarekat berbasis di pedesaan, tetapi sebagian lain justru berkembang di kota besar dengan anggota dari masyarakat kelas atas dan berpendidikan tinggi dan professional. Howell (2000) menyebut mereka ini dengan istilah *Urban Sufis*. Di Barat fenomena ini juga muncul. Salah satu tokoh Sufi modern dan sekaligus berpendidikan psikologi dari Harvard University adalah Robert Frager (lihat Frager, 2014).

Tasawuf dapat memberikan kontribusi yang sangat penting dalam pengembangan konsep dan aplikasi kesehatan jiwa modern. Kajian sejak abad pertengahan memfokuskan pada apa yang disebut sebagai ‘penyakit hati’, seperti benci, iri hati, curiga, cemburu, marah, dendam, sombong, memuja diri, mementingkan diri, pamer, cinta

dunia dan takut mati (Al Ghazali dalam Hawwa, 2006).

Konsep penyakit hati dalam tasawuf di atas sangat dekat dengan konsep dalam psikologi Barat yaitu emosi negatif (*negative emotion*). Psikologi Barat telah mengkaji topik emosi negatif ini dengan serius. Misalnya, emosi benci dan dendam telah dibahas dalam buku *The Psychology of Hate* (Sternberg, 2005). Sementara itu Hart & Legerstee (2010) mengkaji tentang iri hati dan cemburu dalam bukunya *Handbook of Jealousy*. Bahkan telah banyak penelitian yang menunjukkan bahwa emosi negatif mempunyai kaitan erat dengan gangguan jiwa. Lebih daripada itu, dalam terminologi tasawuf, penyakit hati merupakan akar paling dalam dari gangguan jiwa. Misalnya, salah satu gejala gangguan jiwa yang disebut delusi atau waham (berasal dari bahasa Arab *wahm*), waham kebesaran (*delusion of grandeur*), yaitu orang merasa menjadi orang hebat, punya kekuatan luar biasa. Setelah ditelusur lebih dalam ternyata gangguan ini berawal dari penyakit hati yaitu *ujub* (mengagumi diri, merasa diri hebat) dan *riya* (suka pamer). Sementara itu gangguan jiwa paranoid, jika ditelusur lebih jauh ternyata juga berasal dari penyakit hati yaitu *su'udhon* (buruk sangka, curiga).

Kaitan yang erat antara psikologi dan tasawuf tidak hanya terlihat pada masalah gangguan jiwa, tapi juga kajian ilmiah tentang kesehatan jiwa. Hal ini terlihat pada kajian dan penelitian-penelitian psikologi positif (*positive psychology*) pada dua dekade terakhir. Diantara kajian psikologi positif ini antara lain: kebersyukuran (*gratitude*), pemaafan (*forgiveness*), kebahagiaan (*happiness*), kebaikan (*kindness*), resiliensi (*resilience*), kesabaran (*patience*) dsb. Jauh sebelum kajian psikologi positif itu muncul, para ilmuwan Muslim telah mendalami topik-topik tersebut. Misalnya, Al Ghazali dalam kitab *Ihya Ulumuddin* mengkaji secara mendalam tentang kebersyukuran dan kesabaran (lihat Hawwa, 2006). Topik kebahagiaan juga telah dibahas dalam buku Al Ghazali berjudul *Kimiyatusy-Sya'adah* (Kimia Kebahagiaan). Demikian juga kajian pemaafan dan kebaikan-hati telah tersebar dalam berbagai kajian tasawuf aitu akhlak yang terpuji (*akhlaqul karimah*), antara lain: *ikhlas* (tanpa pamrih), *shobr* (sabar), *ridho* (menerima dengan tulus), *tawakkal* (berserah diri), *roja'* (penuh harapan).

Dengan demikian terlihat jelas banyak kesamaan kajian antara kesehatan jiwa dalam psikologi dengan tasawuf. Psikologi berbicara tentang emosi-emosi negatif, gangguan jiwa dan kesehatan jiwa; sementara tasawuf berbicara tentang penyakit-penyakit hati (jiwa) dan kebersihan jiwa. Berdasarkan pada kesamaan ini, tampaknya tidak tertutup kemungkinan psikologi juga memasuki wilayah yang dianggap sakral, yaitu 'kesucian jiwa'. Dengan kata lain, kesehatan jiwa saja tidak cukup, tapi seseorang harus berusaha mencapai kebersihan dan kesucian jiwa (Maslul, 2005). Di dalam tasawuf, kesucian jiwa sangat dekat dengan tujuan final yang akan dicapai manusia, yaitu meraih derajat *an-nafs al-kamilah* (jiwa yang paripurna) atau juga sering disebut sebagai *insan kamil*. Tujuan ini bagi sebagian orang dianggap terlalu ideal, sehingga membuat orang pesimis karena tidak mungkin bisa dicapai. Menurut penulis tujuan yang sangat tinggi ini perlu dicanangkan sebagai motivasi penggerak yang sangat kuat agar orang selalu berusaha memperbaiki diri, mencapai yang lebih baik dan selalu memperbaiki diri.

Robert Frager (lihat Frager, 2014) sebagai seorang pakar psikologi dan Mursyid tarekat menjelaskan secara detail bahwa untuk tujuan mencapai kesucian jiwa orang harus melalui tahap-tahap proses transformasi jiwa. Tradisi tasawuf menyebutkan ada tujuh tingkat jiwa (*an-nafs*), yaitu: (1) jiwa yang dikuasai hawa nafsu (*an-nafs al-amarah*), (2) jiwa yang menyesali (*an-nafs al-lawwamah*), (3) jiwa yang tercerahkan, yang mendapat ilham (*an-nafs al-mulhamah*), (4) jiwa yang tenang (*an-nafs al-muthmainnah*), (5) jiwa yang ridho (*an-nafs al-rodiyyah*), (6) jiwa mendapat ridho (*an-nafs al-mardiyya*), dan (7) jiwa yang suci, yang sempurna (*an-nafs al-kamilah*).

Dengan menggunakan perspektif transformasi jiwa di atas, tampaknya selama ini psikologi baru mempelajari *mind and behavior* dari orang-orang yang berada pada tahap *an-nafs al-amarah*, *an-nafs lawwamah* atau paling tinggi tahap *an-nafs al-muthmainnah*. Oleh karena itu kajian kesehatan jiwa dalam psikologi perlu diperluas ruang lingkupnya dengan mengkaji orang-orang yang mencapai tahap jiwa yang lebih tinggi. Mereka bisa menjadi model yang konkret tentang kesucian jiwa yang selama ini hanya dibahas dalam lingkup agama saja. Lebih jauh dari itu, tasawuf juga telah mengembangkan berbagai

macam teknik terapi dan cara untuk mentransformasikan jiwa (lihat Frager 2014; Subandi, 2011). Metode tersebut telah disistematisasikan dan diajarkan secara turun temurun dalam berbagai tradisi tarekat.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kajian gangguan jiwa dan kesehatan jiwa dalam psikologi mempunyai banyak sekali kesamaan dengan kajian kebersihan dan kesucian jiwa dalam ilmu tasawuf. Perbedaan utama adalah bahwa psikologi berbasis pada epistemologi yang sekuler, sementara tasawuf berbasis pada nilai-nilai religius. Usaha untuk menyandingkan kedua ilmu dari kedua tradisi tersebut telah mulai dilakukan dan sangat direkomendasikan untuk terus dikembangkan. Ilmu tasawuf akan menjadi sangat aktual jika menggunakan pendekatan-pendekatan psikologi modern. Bagi psikologi, perspektif tasawuf (atau tradisi spiritual lainnya), dapat mengarahkan psikologi kepada nilai-nilai kebaikan yang bermanfaat untuk kesejahteraan orang banyak, termasuk kesejahteraan psikolog sendiri. Era ‘psikologi untuk anda’ (bukan untuk saya) sudah berakhir. Oleh karena itu ungkapan ilmuwan mashur Abert Eistein tampaknya sangat relevan dan perlu dipertimbangkan: *science without religion is lame, religion without science is blind (ilmu tanpa agama adalah lumpuh agama tanpa ilmu adalah buta)*

Akhirnya, perkenankanlah saya menutup pidato saya ini dengan mengutip ayat Al Quran surat Asy-Syam ayat 7-9.

*Demi jiwa serta penyempurnaanya*

*Maka Allah mengilhamkan kepada jiwa itu (jalan) kefasikan dan ketakwaan*

*Sesungguhnya beruntunglah orang yang mensucikan jiwanya*

*Dan sesungguhnya rugilah orang yang mengotorinya.*

## **7. Penutup**

*Para hadirin yang berbahagia,*

Di akhir pidato saya ini perkenankanlah saya menyampaikan rasa terima kasih kepada Kementerian Riset dan Pendidikan Tinggi, Republik Indonesia yang telah memberikan kepercayaan kepada saya

untuk menduduki posisi Guru Besar di Universitas Gadjah Mada. Untuk dapat sampai ke jenjang ini, saya sangat berterima kasih kepada Prof. (Em). Dr. Sri Mulyani Martaniah yang sejak awal memberikan pemahaman tentang ilmu gangguan jiwa. Terimakasih kepada Prof. Julia Howell dari Griffith University, Australia yang pertama kali membukakan pintu dunia bagi saya. Professor Robert Schweitzer, pembimbing saya dalam program Master serta pembimbing disertasi doktor saya di University of Adelaide, Australia: Prof. Robert Barrett, Prof. Helen Winefield dan Prof. Rodney Lucas.

Saya tidak akan mungkin menjadi seperti sekarang ini kalau tidak ada Prof. Byron Good dan Prof. Mary-Jo Good dari Harvard Medical School. Sejak tahun 1996 sampai sekarang dan ke depan, saya sudah, sedang, dan akan bekerja sama dengan beliau berdua. Terimakasih atas kesediaannya bekerjasama.

Terima kasih kepada guru saya Prof. (Em.) Dr. Bimo Walgito yang selalu memberikan bimbingan. Kepada Dekan Fakultas Psikologi UGM Ibu Supra Wimbarti, MSc, PhD yang memberikan kepercayaan mendampingi beliau. Juga kepada Dekan sebelumnya, Prof. Dr. Faturachman, MA. Terimakasih pada para senior saya, Prof. J.E Prawitasari, PhD; Prof. Dr. Noor Rochman Hadjam, Prof. Dr. Sofia Retnowati, MS yang telah memberikan bimbingan. Juga terimakasih kepada Prof. Dr. Sartini Nuryoto; Prof. Dr. Djamaludin Ancok, PhD; Prof. Dr. Asmadi Alsa, SU, Prof. Dr. Endang Ekowarni, SU, Prof. Dr. Saifuddin Azwar, MA, Prof. Drs Koentjoro, MBS, PhD; Prof. Th. Dicky Hastjarjo, PhD, Prof. Dr. Amitya Kumara, MS; Prof. Kwartarini Wahyu, PhD dan Prof. Dr. Tina Afiatin. Termasuk saya berterima kasih kepada Prof. Dr. Yatie K Poedjibudoyo, SU dari Ubaya, yang memberikan semangat untuk mengurus SK GB saya.

Terima kasih pada kolega saya di Bagian Psikologi Klinis, antara lain: Dr. Nuryati Atamimi, SU; Dra. Muhana Sofiaty Utami, MS; Dr. Ira Paramastri, MSi; Dr. Nida Ul Hasanat, MSi; Dr. Neila Ramdhani, MSi, MEd; Rahmat Hidayat, MSc. PhD; Trihayuning Tyas, SPsi, MA; Ariana Marastuti, SPsi, MSW; Idei Khurnia Swasti, SPsi, MPSi; Fuad Hamsyah, SPsi, MSc. Juga terima kasih pada seluruh dosen Fakultas Psikologi UGM yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu. Tak ketinggalan Bapak/Ibu tenaga kependidikan Fakultas

Psikologi UGM, terima kasih atas segala bantuannya.

Saya juga menyampaikan terima kasih kepada Prof. dr. Srisupar Yati Soenarto, Sp.A(K), PhD dan Prof. Dr. dr. Soenarto Sastrowijoto, Sp.THT serta Prof. Soewadi, SpKJ, MPH dari Fakultas Kedokteran UGM. Juga rekan kerja Dr. dr Carla Marchira, SpKJ, dr. Mahar Agusno, SpKJ, dr Tika Prasetyawati, SpKJ dan semua rekan kerja dari Bagian Psikiatri FK UGM. Bapak dan Ibu dari Dinas kesehatan, baik tingkat Provinsi, khususnya ibu dr. R.A. Arida Oetami, Mkes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi DIY, Bpk/Ibu dari Dinas kesehatan Kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman, Bantul, Kulonprogo dan Gunung Kidul. Saya mengucapkan terima kasih atas kerjasamanya.

Saya menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para tamu undangan yang hadir saat ini:

1. Drg. Pembayun, Direktur RSJ Ghrasia
2. Dr. R. Basuki Soetarjo, Direktur RSJ Surakarta
3. Dr. Seger Handoyo, Ketu Umum HIMPSI
4. Para Dekan Fakultas Psikologi UII, UAD, UMBY, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta dan Dekan Fakultas Psikologi UNDIP Semarang
5. Kepala Prodi Psikologi UIN Suka, Program Magister dan Doktor Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
6. Tamu khusus Dr. Ir Abi Jabbar, dari Yayasan Dharma Bermakna beserta tim AJT project R. Urip Purwono, PhD dari UNPAD Bandung serta Dr Kevin McGrew dari Instirute of Applied Psychometric, US. Thank you very much for coming.
7. Erna Dinata, PhD dari Universitas Indonesia
8. Para sejawat yang datang dari luar kota, dari UMS Solo, UIN Sunan Ampel Surabaya, UIN Maliki Malang, UMM Malang, UIN Suska, Riau, dan prodi Psikologi Unsyiah Banda Aceh
9. Dan para tamu-tamu lain yang tidak bisa saya sebut satu persatu.

Saya menyampaikan terima kasih kepada guru-guru saya sejak di SD, SMP, SMA PPSP IKIP Malang sampai perguruan tinggi. Termasuk guru saya di bidang keagamaan K.H. Drs. Thoha Abdurrahman, K.H. Drs. Hamdani Bakran AdzDzaki. Ust Wahfiudin,

SE, MBA.

Akhirnya terima kasih yang sedalam-dalamnya untuk orangtua kandung saya Bapak Kusman dan Ibu Semi serta seluruh keluarga besar saya di Malang. Juga mertua saya (alm) Bapak Soetjipto dan ibu Soewalmi dan keluarga besar saya di Magelang. Terimakasih atas doanya. Khusus untuk istri saya Hurustiati Nugroho, dan anak-anak Alvi Syahrina dan Nur Zidny Ilmanafia yang turut berjuang dan setia mendampingi.

Akhirnya saya harus menyampaikan salam takzim untuk orangtua Ruhani saya, Abah Aos (Syekh Muhammad Abdul Ghaos Saefulloh Maslul), Abah Anom (Syekh Ahmad Shohibul Wafa Tajul Arifin) dan Abah Sepuh (Syekh Abdullah bin Noor Muhammad) yang telah membimbing saya di jalan transformasi jiwa.

Billahit taufiq wal hidayah.

Wassalamualaikum wr.wb.

Kairo, 20 Oktober 2015

## DAFTAR PUSTAKA

- Ameen, S. (2002). Transcultural psychiatry: A critical review. *Mental Health Reviews*, [http://www.psyplexus.com/excl/transcultural\\_psych.html](http://www.psyplexus.com/excl/transcultural_psych.html).
- Asay, S.N.; & DeFrain, J. (2013). The International Family Strength. *Paper*, presented in World Congress of Family, Madrid.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). [http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan\\_Riskesdas2013.PDF](http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesdas2013.PDF). Diakses pada 13 Mei 2014
- Corrigan, P., McCorkle, B., Schell, B., & Kidder, K. (2003). Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487-499.
- Foskett, J. (1996). Christianity and psychiatry. In D. Bhugra (Ed.) *Psychiatry and Religion: Context, Consensus, and Controversies* (pp. 51-64). New York: Routledge.
- Fragar, R. (2014). *Psikologi Sufi: Untuk transformasi hati dan ruh*. (Terjemahan) Jakarta: Zaman.
- Geertz, H. (1961). *The Javanese Family: A Study of Kinship and Socialization*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Good, B. J. & Subandi, M. A. (2000). A study of first episode/first Contact psychosis in Special Region Yogyakarta Province, Indonesia. *Preliminary Research Report*.
- Good, B. J. & Subandi, M. A. (2004). Experiences of psychosis in Javanese culture: Reflections on a case of acute, recurrent psychosis in contemporary Yogyakarta, Indonesia. In J. H. Jenkins and R. J. Barrett (eds.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (pp. 167-195). Cambridge: Cambridge University Press.
- Harrison, G., Hopper, K., & Craig, T. *et al.* (2001). Recovery from psychotic illness: A 15- and 25- year international follow up study. *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- Hart, S. L. & Legerstee, M. (Eds.) (2010) *Handbook of Jealousy: Theory, Research, and Multidisciplinary Approaches"* . New York: Wiley-Blackwell



- Hawari, D. (2014). *Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa dalam perspektif Al Quran dan Assunah*. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hawwa, S. (2006). *Kajian Lengkap Penyucian Jiwa: Tazkiyatun Nafs - Intisari Ihya Ulumuddin*. Jakarta: Penerbit Pena.
- Hopper, K. (2004). Interrogating the meaning of "culture" in the WHO international studies of schizophrenia. In J. H. Jenkins & R. J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (pp. 87-109). Cambridge: Cambridge University Press.
- Howell, J. D. (2000). Indonesia's Urban Sufi's: Challenging stereotypes of Islamic revivals *ISIM Newsletter: Regional Issue* p.7
- Ip, G., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Kessler, R.C.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J. Chatterji, S.; Lee, S.; Ormel, J.; Üstün, T.B and Wang, P.S (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 18(1): 23–33
- Lukoff, D., Lu, F., & Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(11), 673-682.
- Jenkins, J. H. (1988). Ethnopsychiatric interpretations of schizophrenic illness: The problem of Nervios within Mexican-American families. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 12, 301-329.
- Jenkins, J. H., & Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 9-20.
- Maslul, A.G.S. (2005). *Menyambut para pecinta kesucian jiwa*. Bandung: Grafika
- Retnowati, S.(2013) Peningkatan *Psychological Well Being* pada Caregiver Orang dengan Skizofrenia melalui Program Bangkit. *Laporan Penelitian*. Yogyakarta: Fakultas Psikologi UGM.
- Rungreangkulkij, S., & Chesla, C. (2001). Smooth a heart with water: Thai mothers care for a child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 120-127.

- Shiraisi, S. S. (1997). *Young Heroes: The Indonesian Family in Politics*. Ithaca, New York: Southeast Asia Program Publications, Cornell University.
- Sternberg, R.J. (Ed). (2005). *The Psychology of Hate*. Washington: American Psychological Association.
- Subandi, M.A. (2015). Bangkit: The Processes of Recovery from First Episode Psychosis in Java. *Culture Medicine and Psychiatry*, DOI 10.1007/s11013-015-9427-x [http://download.springer.com/static/pdf/413/art%253A10.1007%252Fs11013-015-9427x.pdf?auth66=1424742712\\_c1a8197459d95763674e13b1f6dbf75f&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/413/art%253A10.1007%252Fs11013-015-9427x.pdf?auth66=1424742712_c1a8197459d95763674e13b1f6dbf75f&ext=.pdf)
- Subandi, M.A.(2014). Interaksi Dinamis Penderita Gangguan Psikitik dengan Keluarga. *Bulletin Psikologi*. 22(2), 87-93
- Subandi, M.A. (2013). *Psikologi Agama dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. ISBN 978-602-229-286-9
- Subandi, M.A. (2012) *Agama dalam Perjalanan Gangguan Mental Psikitik dalam Konteks Budaya Jawa*. *Jurnal Psikologi*, 39 (2). pp. 167-179. ISSN 0215-8884.
- Subandi, M.A. (2011). Family Expressed Emotion in a Javanese Cultural Context. *Culture Medicine and Psychiatry*. 35: 331-346 DOI 10.1007/s11013-011-9220-4
- Subandi, M.A. (2008). *Ngemong: dimensi keluarga pasien psikitik di Jawa*. *Jurnal Psikologi*. 35 (1):62-79
- Subandi, M.A. (2006). Psychocultural dimensions of recovery from first episode psychosis in Java. *Unpublished Doctoral Dissertation*. Adelaide: The University of Adelaide.
- Thong, D. 2011. *Memanusiakan Manusia : Menata jiwa membangun bangsa : Prof. DR. Dr. R, Kusumanto Setyonegoro, SpKJ, Bapak Psikiatri Indonesia*. Jakarta: Penerbit Gramedia
- WHO (2014). *Mental disorders Fact sheet N°396* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> diakses pada 29 Agustus 2015.
- Zaumseil, M., & Lessmann, H. (1995). *Dealing with Schizophrenia in Central Java*. [http://www.fu-berlin.de/psychologie/klinische/java\\_99.pdf](http://www.fu-berlin.de/psychologie/klinische/java_99.pdf).

## DARTAR RIWAYAT HIDUP



Nam lengkap : Subandi  
 Tempat/tgl lahir : Malang, 9 Mei 1960  
 Agama : Islam  
 NIP : 19600509 198603 1003  
 Alamat rumah : Jl. Apokat 6,  
 Jambusari Indah  
 Yogyakarta, Indonesia  
 Telephone/ HP : 62 274 881849 /  
 62 81 392 391 875  
 Email : [subandi@ugm.ac.id](mailto:subandi@ugm.ac.id)  
[masubandi@yahoo.com](mailto:masubandi@yahoo.com)

### Keluarga

Menikah : 8 Agustus, 1987  
 Istri : Dra. Hurustiati Nugroho  
 Nama Anak : 1. Alvi Syahrina, ST  
 2. Nur Zidny Ilmanafia

### Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri Pesanggrahan, Dinoyo Malang
2. SMP Mardiyata, Malang
3. SMA PPSP IKIP Malang
4. S1 Fakultas Psikologi UGM 1979-1985
5. S2 School of Social Sciences, Queensland University of Technology, Australia 1992-1994
6. S3 Department of Psychiatry & Psychology, University of Adelaide, Australia (2001 – 2006)

## Riwayat Pekerjaan

1. Wakil Dekan Bidang Penelitian, Pengabdian Masyarakat dan Kerjasama Fakultas Psikologi UGM (Desember 2012 – sekarang)
2. Wakil Dekan Bidang Akademik dan Penelitian (2009-2012)
3. Sekretaris Bagian Klinis, Fakultas Psikologi UGM (2006-2007)

## Publikasi (Selected)

- Subandi, M.A. (2015). Bangkit: The Processes of Recovery from First Episode Psychosis in Java. *Culture Medicine and Psychiatry*, DOI 10.1007/s11013-015-9427-x
- Subandi, MA; Ahmad, T; Hurniati, H; Febri, R. (2014). Spirituality, gratitude, hope and post-traumatic growth among the survivors of the 2010 eruption of Mount Merapi in Java, Indonesia, *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 18 (1), 19-26
- Subandi, M.A.(2014). Interaksi Dinamis Penderita Gangguan Psikotik dengan Keluarga. *Bulletin Psikologi*. 22(2), 87-93
- Subandi, M.A. (2014). Pemberdayaan pasien dan keluarga gangguan jiwa di Indonesia. Dalam Wimbarti, S. dan Chisanah, L (Eds). *Perkembangan Psikologi Masa Kini: Kajian Berbagai Bidang*. Yogyakarta: Penerbit Beta.
- Subandi, M.A. (2013). *Psikologi Agama dan Kesehatan Mental*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar. ISBN 978-602-229-286-9
- Subandi, MA. (2012). Spiritualitas: Antara Kesehatan dan Gangguan Mental. Dalam Taufik Pasiak (Ed). *Tuhan Empirik dan Kesehatan Spiritual*. Yogyakarta: Centre for Neuroscience, Health and Spirituality (C-Net), UIN Sunan Kalijaga.
- Subandi, M.A. (2012) *Agama dalam Perjalanan Gangguan Mental Psikotik dalam Konteks Budaya Jawa*. *Jurnal Psikologi*, 39 (2). pp. 167-179. ISSN 0215-8884.
- Subandi, M.A. (2011). Family Expressed Emotion in a Javanese Cultural Context. *Culture Medicine and Psychiatry*. 35: 331-346 DOI 10.1007/s11013-011-9220-4