



ARTICLE RESEARCH

URL artikel: [http:// https://journal.famika.web.id/ojs/index.php/ijimf/index](http://https://journal.famika.web.id/ojs/index.php/ijimf/index)

Mental Health in the Perspective of Local Culture in Indonesia: A Literature Review

Geovanny Serviam Permana Putri Rahamitu¹, Geovandro Caesar Dimawan Putra Rahamitu², Dione Ivana Marisca Rahamitu³

¹Nursing Study Program, Faculty of Nursing, Diponegoro University

²Medicine Study Program, Faculty of Medicine, Soegijapranata Catholic University

³Psychology Study Program, Faculty of Psychology, Soegijapranata Catholic University

geovannyrahamitu@gmail.com¹, imyyusuf26@gmail.com², ivanamarisca784@gmail.com³

ABSTRACT

Indonesia memiliki ratusan kelompok etnis dengan sistem kepercayaan dan nilai adat berbeda-beda dalam memaknai gangguan jiwa. Artikel ini bertujuan menganalisis pengaruh budaya lokal terhadap persepsi kesehatan mental, stigma, dan perilaku pencarian pertolongan di berbagai wilayah Indonesia, serta merumuskan implikasinya bagi keperawatan jiwa yang sensitif budaya. Metode yang digunakan adalah tinjauan literatur naratif terhadap 15 artikel dari basis data PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, dan Garuda (2016–2026), mencakup konteks Jawa, Bali, Melayu, Minangkabau, Manggarai, Banggai, dan Papua. Hasil sintesis menunjukkan bahwa gangguan jiwa umumnya dimaknai melalui kerangka spiritual-religius yang berbeda antarsuku, namun secara konsisten menempatkan tokoh adat, dukun, atau pemuka agama sebagai rujukan pertolongan pertama. Stigma bersifat meluas, menyasar pasien, keluarga, bahkan tenaga kesehatan, dan berimplikasi pada praktik pasung yang masih ditemukan lintas wilayah. Stigma justru menunjukkan pola yang jauh lebih seragam lintas wilayah dibandingkan model penjelasan sakitnya. Kajian ini menyimpulkan perlunya pengembangan asuhan keperawatan jiwa berbasis culture care yang adaptif per konteks budaya lokal, disertai penguatan program antistigma yang turut menyasar tenaga kesehatan jiwa.

Keywords : budaya lokal; kesehatan mental; Indonesia; keperawatan jiwa transkultural; stigma

PUBLISHED BY :

Universitas Famika

Address :

BTP Grand Central No. 12,
Makassar, Sulawesi Selatan, Indonesia.

Email :

journal@famika.web.id

Phone :

+628124202015

Article history :

Received 14 07 2026

Received in revised form 23 07 2026

Accepted 27 07 2026

Available online 27 07 2026

licensed by [under the Creative Commons Attribution License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



Publisher : Universitas Famika

INTRODUCTION

Kesehatan mental merupakan komponen esensial dari kesehatan secara menyeluruh dan menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan global. World Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial, bukan sekadar bebas dari penyakit.(1) Laporan *World Mental Health Report* menunjukkan bahwa gangguan mental menyumbang beban penyakit yang besar secara global, memengaruhi kualitas hidup, produktivitas, hubungan sosial, serta meningkatkan risiko disabilitas jangka panjang (WHO, 2022). Di Indonesia, persoalan kesehatan jiwa masih menjadi tantangan serius. Hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 menunjukkan bahwa prevalensi depresi nasional mencapai 1,4%, dengan variasi yang cukup lebar antarprovinsi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2023). Perbedaan tersebut mengindikasikan bahwa faktor sosial, ekonomi, geografis, dan budaya berperan dalam pembentukan pengalaman kesehatan mental masyarakat. Selain itu, Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 melaporkan bahwa praktik pemasungan terhadap orang dengan gangguan jiwa masih ditemukan di berbagai wilayah Indonesia, mencerminkan adanya hambatan akses layanan, stigma, dan pemahaman masyarakat yang belum memadai.(2)

Budaya memiliki peran penting dalam menentukan bagaimana individu memahami gejala psikologis, memberi makna terhadap gangguan mental, serta memilih sumber pertolongan. Perspektif antropologi medis menjelaskan bahwa setiap kelompok budaya memiliki *explanatory model* yang berbeda mengenai penyebab penyakit dan cara penyembuhannya.(3) Dengan demikian, pengalaman gangguan mental tidak dapat dipisahkan dari sistem kepercayaan, nilai adat, praktik spiritual, dan struktur sosial tempat seseorang hidup. Dalam konteks Indonesia, keragaman budaya menjadi faktor yang sangat relevan karena negara ini memiliki ratusan kelompok etnis dengan bahasa, kepercayaan, dan praktik penyembuhan tradisional yang berbeda. Pendekatan pelayanan kesehatan jiwa yang tidak mempertimbangkan konteks budaya berisiko kurang efektif dan kurang diterima masyarakat. Teori *Culture Care* dari Leininger menekankan bahwa asuhan keperawatan harus disesuaikan dengan nilai dan pola hidup budaya klien agar intervensi dapat diterima dan memberikan hasil yang optimal.(4)

Stigma terhadap gangguan jiwa juga merupakan hambatan utama dalam pemanfaatan layanan kesehatan mental. Stigma dapat menimbulkan diskriminasi, penolakan sosial, keterlambatan mencari pertolongan, hingga pengucilan terhadap individu dengan gangguan jiwa.(5) menegaskan bahwa stigma tidak hanya memengaruhi pasien, tetapi juga keluarga dan tenaga kesehatan, sehingga upaya penanggulangannya memerlukan pendekatan multidimensional yang mencakup edukasi, perubahan kebijakan, dan intervensi berbasis komunitas.(6)

Meskipun penelitian mengenai kesehatan mental dan budaya di Indonesia semakin berkembang, sebagian besar studi masih berfokus pada wilayah atau kelompok budaya tertentu. Sintesis yang membandingkan pola persepsi kesehatan mental, stigma, dan perilaku pencarian pertolongan secara lintas budaya di berbagai wilayah Indonesia masih terbatas. Kesenjangan ini penting untuk diatasi karena Indonesia memerlukan dasar ilmiah yang kuat dalam mengembangkan praktik keperawatan jiwa yang sensitif budaya dan adaptif terhadap keragaman masyarakat.(7)

Berdasarkan latar belakang tersebut, artikel ini bertujuan menganalisis pengaruh budaya lokal terhadap persepsi kesehatan mental, stigma gangguan jiwa, dan perilaku pencarian pertolongan di berbagai wilayah Indonesia, serta merumuskan implikasinya bagi pengembangan keperawatan jiwa transkultural di Indonesia

METHOD

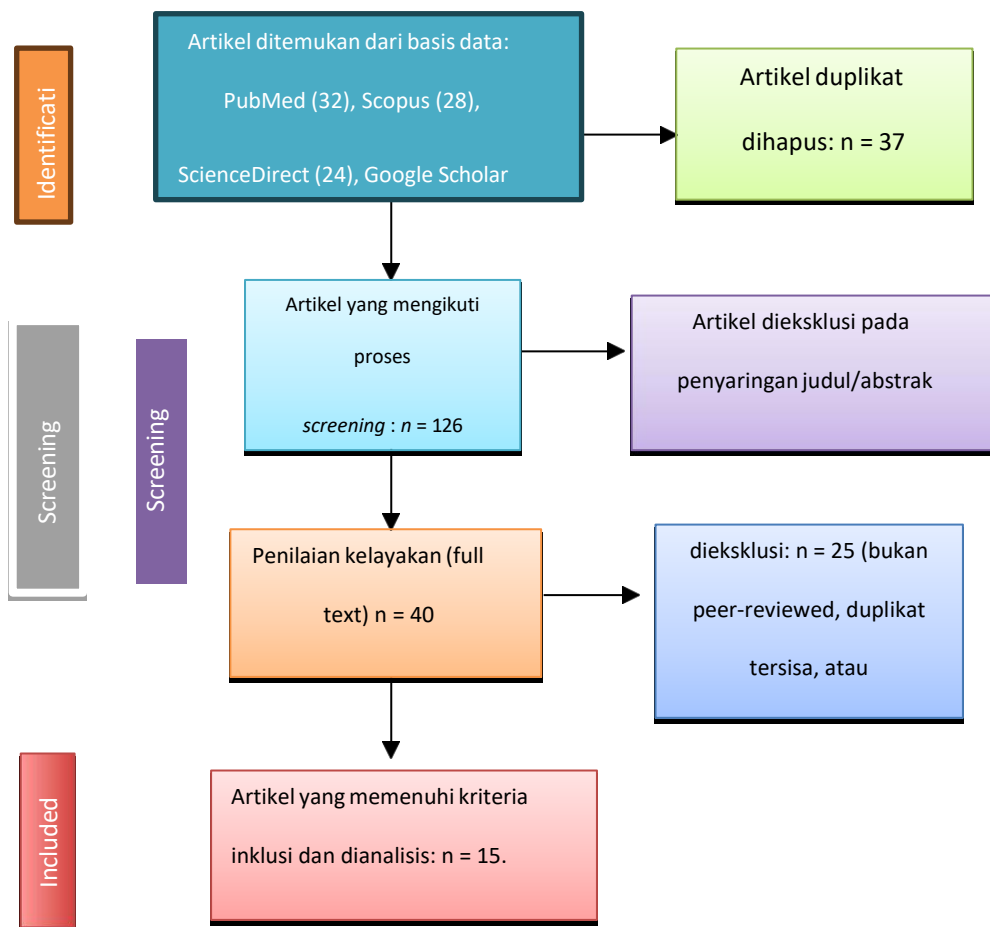
Artikel ini disusun menggunakan pendekatan *narrative literature review*, yang bertujuan mensintesis dan menganalisis secara kritis temuan penelitian terdahulu untuk membangun pemahaman konseptual yang koheren.

Penelusuran literatur dilakukan pada basis data PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, dan Garuda untuk publikasi periode 2016–2026. Kombinasi kata kunci disesuaikan per basis data mengikuti sintaks pencariannya masing-masing: pada PubMed digunakan “mental health” AND “local culture” AND “Indonesia” dengan penyaringan MeSH terms; pada Scopus dan ScienceDirect digunakan “transcultural nursing” AND “mental health” AND “Indonesia” serta “traditional healer” AND “mental illness” AND “Indonesia”; pada Google Scholar digunakan “stigma” AND “gangguan jiwa” AND

(“Jawa” OR “Bali” OR “Melayu” OR “Minangkabau” OR “Papua”); dan pada Garuda digunakan istilah berbahasa Indonesia “pasung” AND “budaya” serta “help-seeking behavior” AND “culture” AND “Indonesia”.

Kriteria inklusi meliputi: (1) artikel berbahasa Indonesia atau Inggris; (2) terbit pada rentang 2016–2026; (3) membahas kesehatan mental, gangguan jiwa, stigma, atau praktik penyembuhan tradisional dalam konteks budaya lokal Indonesia; (4) memuat unsur teori kesehatan, budaya, atau keperawatan transkultural yang relevan. Kriteria eksklusi meliputi: (1) artikel tanpa tinjauan sejawat; (2) artikel duplikat; dan (3) opini tanpa dasar data atau kajian empiris/konseptual yang jelas.

Proses identifikasi dan seleksi artikel mengadaptasi diagram alur PRISMA 2020 sebagai kerangka pelaporan yang transparan, meskipun penelitian ini bukan systematic review melainkan narrative literature review



Tabel 1 Alur Seleksi Artikel (Adaptasi PRISMA), per Basis Data

Tabel 1 memperlihatkan bahwa proses penyaringan paling banyak mereduksi jumlah artikel pada tahap

eligibility, terutama karena banyak artikel yang secara judul relevan namun ternyata hanya membahas satu lokasi tanpa unsur analisis budaya yang eksplisit, atau merupakan skripsi/tesis yang tidak melalui proses tinjauan sejawat.

Artikel yang lolos seleksi dibaca penuh, kemudian dipetakan berdasarkan tahun, lokasi/konteks budaya, desain, dan fokus kajian (Tabel 2). Analisis dilakukan melalui tahap familiarisasi data, pengodean tematik manual terhadap temuan tiap artikel, pengelompokan kode menjadi tema besar, dan

sintesis naratif lintas tema dengan merujuk pada kerangka teoretis Kleinman (explanatory model), Goffman/Corrigan (stigma), dan Leininger (culture care). Sebagai tambahan, dilakukan pemetaan komparatif lintas wilayah budaya (Tabel 4) untuk mengidentifikasi pola umum maupun kekhasan tiap kelompok etnis

Tabel 2 Karakteristik Artikel yang Direview

No	Penulis	Lokasi	Desain	Fokus
1	Subu dkk. (2022)	Rs Jiwa, Indonesia (multi-etnis)	Kualitatif-analisis isi	Keyakinan kausal tradisional-religius & pola pengobatan
2	Subu (2021)	Indonesia (Multi-lokasi)	Grounded theory kualitatif	Tipe stigma pasien & perawat jiwa
3	Yoduke dkk.(2024)	Banggai, Sulawesi Tengah	Kualitatif-etnosemantik	Makna pasung ODGJ oleh tokoh spiritual
4	Laila dkk. (2019)	Bogor, Jawa Barat	Case-control	Faktor yang berhubungan dengan praktik pasung
5	Katuuk dkk. (2019)	Indonesia (multi-lokasi)	Kualitatif	Pengalaman keluarga merawat ODGJ dengan re-Pasung
6	Rahman dkk. (2016)	Mataram, NTB	Studi kasus	Peran perawat jiwa dalam program bebas pasung
7	Daulima & Eka (2023)	Manggarai, NTT	Kualitatif	Ritual adat penyembuhan penyakit jiwa
8	Putro (2019)	Bali	Deskriptif-kualitatif	Resiliensi keluarga ODGJ dalam bingkai sekala-Niskala
9	Herdianto dkk. (2017)	Bali	Kuantitatif	Stigma masyarakat terhadap ODGJ
10	Iswara (2025)	Bali	Etnografi	Relevansi sistem pengobatan tradisional Usada Bali
11	Safitri dkk. (2022)	Riau (Melayu)	Deskriptif-Kuantitatif	Stigma masyarakat Melayu terhadap ODGJ
12	Rinancy (2018)	Minangkabau, Sumatra Barat	Kuantitatif	Faktor yang berhubungan dengan stigma masyarakat
13	Mane dkk. (2022)	Indonesia Timur (NTT)	Deskriptif-kuantitatif	Gambaran stigma masyarakat terhadap ODGJ
14	Tay dkk. (2015)	Pengungsi Papua Barat, PNG	Cross-sectional	Trauma konflik & fungsi kesehatan mental
15	Roberts (2017)	Papua New Guinea	Kajian historis	Sejarah pelayanan kesehatan jiwa & budaya Lokal

Keterangan singkatan: RSJ = Rumah Sakit Jiwa; ODGJ = Orang dengan Gangguan Jiwa; NTT = Nusa Tenggara Timur; NTB = Nusa Tenggara Barat; PNG = Papua New Guinea

1 Judul Artikel Jurnal (Calibri 11, reguler, after 0 before 0).

RESULTS

Sintesis terhadap 15 artikel terpilih menghasilkan tujuh tema besar (Tabel 3): model penjelasan sakit berbasis spiritual-religius, peran tokoh adat/dukun/pemuka agama sebagai rujukan pertama, stigma masyarakat lintas-suku, stigma yang menyasar tenaga kesehatan, praktik pasung berbasis budaya, kesenjangan akses layanan di wilayah adat kuat, dan potensi kearifan lokal sebagai sumber daya pemulihan

Tema	Temuan Utama	Sumber
Model penjelasan sakit berbasis spiritual-religius	kutukan/dosa, guna-guna, atau ketidakseimbangan sekala-niskala, bervariasi menurut kosmologi tiap suku	[5, 6, 7, 8]
Peran tokoh adat, dukun/balian, dan pemuka agama sebagai rujukan pertama	Keluarga menempuh jalur tradisional-religius sebelum atau bersamaan dengan layanan biomedis	[7, 5, 11]
Stigma masyarakat lintas-suku	Stigma tinggi konsisten ditemukan pada masyarakat Melayu, Minangkabau, Bali, dan NTT meski akar budayanya berbeda	[9, 10,16]
Stigma juga menyasar perawat dan tenaga kesehatan	Tenaga kesehatan jiwa turut mengalami dan kadang mereproduksi stigma terhadap ODGJ	[13,14]
Praktik pasung (pasung) lintas budaya	Pasung/pengasingan dipraktikkan di berbagai daerah dengan pembenaran budaya dan keterbatasan layanan yang saling memperkuat	[1,8,12]
Kesenjangan akses layanan di wilayah adat kuat	Ketimpangan distribusi tenaga kesehatan jiwa memperkuat ketergantungan pada penanganan tradisional, terutama di Papua	[2, 3, 4]
Potensi kearifan lokal sebagai sumber daya pemulihan	Ritual, gotong royong, dan struktur adat dapat menjadi modal dukungan psikososial bila diintegrasikan	[14,15]

Keragaman Model Penjelasan Sakit Antarwilayah Budaya

Temuan paling menonjol dari sintesis ini adalah bahwa Indonesia tidak memiliki satu model penjelasan sakit jiwa yang seragam, melainkan variasi yang mengikuti kosmologi masing-masing suku, meski memiliki struktur logis yang serupa: penyakit jiwa dipahami sebagai gangguan relasi dengan roh, leluhur, Tuhan, atau sesama manusia bukan semata disfungsi biologis individu. Studi Subu dkk. menemukan lima kerangka penjelasan yang saling tumpang tindih: kerasukan kekuatan supranatural, penyakit akibat dosa/kutukan, sihir buatan manusia, penggunaan pengobatan tradisional-alternatif, dan hambatan struktural terhadap pengobatan formal.(8) Pola berlapis ini tervalidasi pada konteks lokal yang lebih spesifik: di Bali, konsep sekala (dunia nyata) dan niskala (dunia gaib) menjelaskan penyakit sebagai akibat kepongkor (kemarahan leluhur/dewa) atau cetik/bebainan (guna-guna akibat dendam sosial), yang ditangani balian usada melalui kombinasi ramuan dan ritual.(9)

Tabel 4 merangkum perbandingan tujuh wilayah budaya yang tercakup dalam kajian ini. Pola yang tampak adalah meskipun istilah dan ritual berbeda, terdapat kesamaan struktural: hampir seluruh kelompok budaya menempatkan figur perantara spiritual/adat sebagai simpul pertama sistem rujukan, mendahului atau berjalan paralel dengan fasilitas kesehatan formal.

Insight ini penting karena menunjukkan bahwa perilaku "terlambat mencari pertolongan medis" yang sering dibingkai sebagai bentuk ketidaktahuan masyarakat, sesungguhnya lebih tepat dipahami

sebagai konsekuensi logis dari sistem kepercayaan yang koheren dan telah mapan secara sosial, bukan semata kegagalan literasi kesehatan.

Tabel 4 Perbandingan Model Penjelasan Sakit dan Respons Sosial

Wilayah/Suku	Model Penjelasan Dominan	Jalur Pertolongan Pertama	Respons Sosial Utama
Jawa	Ketidakseimbangan batin, pengaruh Gaib	Kiai, dukun, keluarga besar	Malu keluarga (aib), Penyembunyian
Bali	Sekala-niskala, kepongkor, cetik/bebainan	Balian usada, pura	Ritual bersama, dukungan komunitas banjar
Melayu (Riau)	Guna-guna, gangguan makhluk Halus	Dukun kampung, tokoh agama	Stigma tinggi, pembatasan sosial
Minangkabau	Keyakinan mistis, Pelanggaran Adat	Keluarga besar/suku, tokoh adat	Stigma tinggi, restriksi peran Sosial
Manggarai (NTT)	Gangguan roh leluhur	Ritual adat	Keterlibatan komunal dalam Penyembuhan
Banggai (Sulteng)	Pelanggaran pantangan, gangguan Roh	Talapu (tokoh spiritual)	Pengasingan sebagai bentuk Perlindungan
Papua/Melanesia	Gangguan Roh, sihir Konflik sosial-politik	Tokoh adat Gereja	Ketergantungan pada jaringan komunitas & keagamaan

Sumber artikel per wilayah: Jawa; Bali; Melayu (Riau); Minangkabau; Manggarai (NTT); Banggai (Sulteng); Papua/Melanesia

Sumber: diolah oleh penulis dari sintesis Tabel 2, 2026.

Stigma: Pola Umum di Tengah Keragaman Budaya

Berbeda dengan model penjelasan sakit yang sangat bervariasi antarwilayah, stigma terhadap ODGJ menunjukkan pola yang jauh lebih seragam: seluruh studi regional yang direview Melayu Riau, Minangkabau, Bali, dan NTT melaporkan tingkat stigma masyarakat yang signifikan, meski akar budaya dan model penjelasan sakitnya berbeda-beda. (10) Konsistensi ini mengonfirmasi argumen Corrigan dan Penn bahwa stigma bekerja melalui mekanisme psikososial universal (stereotype, prejudice, discrimination) yang dapat terpasang pada narasi budaya apa pun. Dengan kata lain, budaya menentukan bentuk penjelasan penyakit, tetapi tidak selalu menentukan derajat stigmanya. (11) Temuan yang lebih jarang diungkap namun signifikan adalah stigma yang menyasar tenaga kesehatan jiwa sendiri. Subu menemukan bahwa perawat jiwa di Indonesia turut mengalami stigmatisasi sosial akibat profesinya, sekaligus dalam beberapa kasus mereproduksi stigma terhadap pasien melalui sikap dan bahasa klinis yang tidak disadari. (12) Temuan ini memperluas kerangka Goffman tentang courtesy stigma ke ranah profesional, dan menjadi peringatan penting bahwa program antistigma di Indonesia tidak boleh hanya menyasar masyarakat awam, tetapi juga institusi dan tenaga kesehatan sendiri. (13)

Praktik Pasung dan Dilema Perlindungan versus Pelanggaran Hak

Praktik pasung tetap menjadi persoalan lintas wilayah meskipun pemerintah telah mencanangkan program Indonesia Bebas Pasung. Studi case-control di Bogor mengidentifikasi perilaku agresif klien, pengangguran keluarga, dan sikap negatif keluarga sebagai prediktor kuat pasung. (14) Sementara Katuuk menemukan bahwa re-pasung sering terjadi bukan karena niat buruk keluarga, melainkan kegagalan sistem rujukan pascaperawatan. (15) Kontribusi penting datang dari studi

etnosemantik Yoduke dkk. di Banggai, yang menunjukkan bahwa dari sudut pandang tokoh spiritual lokal, pengasingan dimaknai sebagai bentuk perlindungan komunitas sekaligus pasien.(16)

Pertentangan perspektif ini menandakan perlunya pendekatan yang menggabungkan keduanya: mengakui logika perlindungan yang dipahami keluarga dan tokoh adat, sembari tetap menegaskan prinsip bahwa pasung tanpa pengawasan medis melanggar hak dasar pasien. Di sinilah prinsip cultural care negotiation dari Leininger relevan diterapkan: perawat jiwa perlu membuka ruang dialog dengan keluarga dan tokoh adat untuk menemukan alternatif penanganan yang tetap menghormati kekhawatiran keluarga tanpa mengorbankan martabat serta hak klien.(17)

Kesenjangan Akses Layanan dan Ketergantungan pada Sistem Tradisional

Ketergantungan pada sistem penyembuhan tradisional tidak semata soal preferensi budaya, tetapi juga respons rasional terhadap keterbatasan struktural layanan kesehatan jiwa formal. Pola ini paling ekstrem terlihat di Papua, tempat distribusi tenaga kesehatan sangat timpang dan sebagian besar penduduk asli bermukim di kampung terpencil.(18) Namun demikian, ketergantungan serupa meski dengan intensitas berbeda juga tampak di wilayah lain seperti Manggarai dan Banggai, tempat ritual adat tetap menjadi jalur penanganan utama meski.

Puskesmas tersedia. Insight utamanya adalah bahwa kebijakan penambahan fasilitas biomedis semata, tanpa melibatkan struktur adat dan keagamaan yang telah dipercaya masyarakat secara turun-temurun, berisiko tidak efektif menjangkau kelompok yang paling membutuhkan.(19)

Implikasi bagi Praktik, Pendidikan, dan Kebijakan Keperawatan Jiwa

Bagi praktik klinis, keragaman yang dipetakan pada Tabel 4 menegaskan bahwa asuhan keperawatan jiwa transkultural di Indonesia tidak dapat menggunakan satu modul nasional yang seragam. Prinsip cultural care preservation dapat diterapkan dengan menghormati dan melibatkan praktik suportif-nonrepresif sebagai pelengkap asuhan; cultural care accommodation dilakukan melalui negosiasi bersama keluarga dan tokoh adat/agama; sementara cultural care repatterning diperlukan secara persuasif untuk mengarahkan ulang praktik berisiko.(20) Keterlibatan aktif perawat dalam program pembebasan pasung terbukti meningkatkan penerimaan keluarga, menegaskan bahwa peran perawat sebagai cultural broker adalah kompetensi inti yang perlu diperkuat.(21)

Bagi pendidikan keperawatan, temuan tentang stigma di kalangan perawat sendiri menandakan urgensi memasukkan modul reflektif tentang bias dan stigma implisit ke dalam kurikulum keperawatan jiwa. Bagi kebijakan, hasil kajian merekomendasikan penguatan kemitraan formal lintas sektor dinas kesehatan, lembaga adat, dan organisasi keagamaan yang dirancang spesifik per wilayah budaya, bukan kebijakan nasional yang berlaku seragam.

Kontribusi dan Novelty Penelitian

Novelty utama artikel ini terletak pada tiga hal. Pertama, penyusunan tabel perbandingan lintas-budaya (Tabel 4) yang secara eksplisit memetakan model penjelasan sakit, jalur pertolongan pertama, dan respons sosial pada tujuh wilayah budaya Indonesia dalam satu kerangka analitis yang koheren. Kedua, penegasan bahwa stigma gangguan jiwa memiliki pola lintas-budaya yang lebih seragam dibandingkan model penjelasan sakitnya, dengan implikasi praktis: program destigmatisasi berpotensi digeneralisasi secara nasional, sementara pendekatan asuhan berbasis budaya harus tetap adaptif lokal. Ketiga, pengangkatan dimensi stigma terhadap tenaga kesehatan jiwa sebagai area yang kurang tergarap namun berimplikasi langsung terhadap mutu layanan

Keterbatasan Penelitian

Sebagai tinjauan literatur naratif, artikel ini memiliki sejumlah keterbatasan. Pertama, representasi geografis belum sepenuhnya proporsional: kajian ini mencakup Jawa, Bali, Melayu, Minangkabau, Manggarai, Banggai, dan Papua, tetapi belum menjangkau literatur spesifik dari Kalimantan, Maluku, dan Sulawesi Utara/Selatan secara memadai. Ketiadaan ini lebih mencerminkan minimnya publikasi ilmiah terindeks dari wilayah tersebut, bukan ketiadaan budaya kesehatan jiwa yang khas di sana.

Kedua, Tabel 4 yang menyajikan satu ‘model penjelasan dominan’ per wilayah budaya merupakan penyederhanaan heuristik untuk kepentingan analisis komparatif, bukan representasi definitif dari kompleksitas kepercayaan suatu suku. Ketiga, kedalaman bukti antarwilayah tidak merata sebagian sel sintesis, khususnya untuk Melayu dan Minangkabau, bersandar pada studi tunggal berskala kecil.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Kajian ini menyimpulkan bahwa budaya lokal memengaruhi kesehatan mental masyarakat Indonesia melalui tiga jalur utama: pembentukan model penjelasan sakit yang bervariasi menurut kosmologi tiap suku namun secara struktural serupa; penentuan jalur pertolongan pertama yang secara konsisten mendahulukan tokoh adat, dukun, atau pemuka agama sebelum atau bersamaan dengan layanan formal; dan pembentukan stigma yang, uniknya, jauh lebih beragam polanya lintas wilayah dibandingkan model penjelasan sakitnya sendiri. Kesenjangan penelitian paling mendasar adalah ketiadaan kerangka sintesis komparatif lintas-budaya berskala nasional, minimnya kajian stigma pada tenaga kesehatan jiwa, serta kelangkaan data primer keperawatan jiwa dari wilayah Indonesia timur khususnya Papua.

Bagi praktik keperawatan jiwa, direkomendasikan pengembangan modul asuhan berbasis prinsip *culture care* yang disesuaikan per peta budaya daerah, dengan perawat berperan sebagai penghubung (*cultural broker*) antara sistem biomedis dan sistem kepercayaan lokal. Bagi penelitian selanjutnya, diperlukan studi *etnonursing* tambahan di wilayah yang masih minim data Papua, Kalimantan, dan Maluku serta penelitian yang secara khusus menguji dan mengurangi stigma di kalangan tenaga kesehatan jiwa sendiri. Bagi pengembangan layanan, diperlukan kebijakan kemitraan formal lintas sektor yang dirancang adaptif per konteks budaya daerah, disertai penguatan distribusi tenaga keperawatan jiwa yang memahami kekhasan budaya wilayah penempatannya masing-masing.

ACKNOWLEDGEMENT

Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih kepada dosen pembimbing dan partisipan yang telah dengan sukarela bersedia terlibat dalam penelitian ini. Penelitian ini di danai oleh peneliti sendiri tanpa adanya sponsor maupun dukungan materi dari pihak manapun

Kontribusi Penulis

Geovanny Serviam Permana Putri Rahamitu sebagai penulis utama bertanggung jawab atas konseptualisasi penelitian, penelusuran literatur pada basis data PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, dan Garuda, seleksi artikel berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, analisis dan sintesis tematik hasil kajian, penyusunan metodologi, penulisan draf awal hingga final naskah, serta koordinasi keseluruhan proses penelitian dan publikasi artikel.

Geovandro Caesar Dimawan Putra Rahamitu berkontribusi dalam peninjauan literatur, validasi hasil seleksi artikel, diskusi interpretasi temuan, serta memberikan masukan substantif terhadap isi ilmiah dan struktur naskah.

Dione Ivana Marisca Rahamitu berkontribusi dalam penelaahan kritis naskah, perbaikan tata tulis dan konsistensi sitasi sesuai gaya APA, evaluasi kesesuaian metodologi dan pelaporan hasil, serta persetujuan akhir naskah sebelum diajukan untuk publikasi.

Etik

Artikel ini merupakan tinjauan literatur (tidak melibatkan subjek penelitian manusia secara langsung) sehingga tidak memerlukan Surat Keterangan (SK) Etik.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam penyusunan artikel ini

REFERENCES

1. Ridlo IA. Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental Pandemi COVID-19 dan Tantangan Kebijakan Kesehatan Mental di Indonesia.
2. Ilmiah J, Keperawatan B, Fitriyani E, Umasugi MT, Kunci K. Indonesian Journal of Nursing

- Research (IJNR) Determinan Sosial dan Intervensi dalam Kesehatan : Scoping Review Tentang Populasi Rentan dan Pendekatan Edukasional Social Determinants and Interventions in Health : A Scoping Review of Vulnerable Populations and Educational Approaches. 2025;8(1).
3. Denise Saint Arnault, PhD R. Cultural Determinants of Help Seeking: A model for research and practice. 2009;23(4).
 4. Sciences P, Sriwijaya U, Ilir O. Cultural Meanings of Madness and Pathways to Care for People with Mental Disorders in Indonesia : An Anthropological-Psychological Literature Review. 2026;07(01):38–44.
 5. Clement S. Psychological Medicine What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking ? A systematic review of quantitative and qualitative studies. 2019;
 6. Reong AR, Astuti RP. Systematic Review Stigma in Family Patients Who Have a Psychiatric Disorder : A Systematic Review. 2019;14(3).
 7. Subu MA, Wati DF, Netrida N, Priscilla V, Dias JM, Abraham MS, et al. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia : a qualitative content analysis. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2021;1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
 8. Subu MA, Holmes D, Arumugam A, Al- N, Dias JM, Rahman SA, et al. Traditional , religious , and cultural perspectives on mental illness : a qualitative study on causal beliefs and treatment use. Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]. 2022;17(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2123090>
 9. Anjara SG, Brayne C, Bortel T Van. Perceived causes of mental illness and views on appropriate care pathways among Indonesians. Int J Ment Health Syst [Internet]. 2021;1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00497-5>
 10. Maulana I, Platini H. Indonesian Journal of Global Health Research. 2025;7(2):1173–82.
 11. Safitri AU, Nauli FA. STIGMA MASYARAKAT MELAYU TERHADAP ORANG DENGAN. 2022;11(1).
 12. Filippis R De, Hayek S El, Shalbafan M. Editorial : Community series in mental-health-related stigma and discrimination : prevention , role , and management strategies , volume III. 2025;(September):1–5.
 13. Subu MA, Waluyo I, N AE, Priscilla V, Aprina T. Stigma , Stigmatisasi , Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara Orang d engan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia : Penelitian Constructivist Grounded theory Stigma , Stigmatization , Violence and Fear among People with Mental Illness (PWMI) in Indonesia : A Study on Constructivist Grounded Theory. 2018;30(1):53–60.
 14. Laila NH, Mahkota R, Shivalli S, Bantas K, Krianto T. Factors associated with pasung (physical restraint and confinement) of schizophrenia patients in Bogor regency , West Java Province , Indonesia 2017. 2019;1–8.
 15. Fahrudin A, Yusuf H, Subhardini M, Meiliyandrie L, Wardani I, George WK. Addressing Pasung Practices in Indonesia : Strategies for Humane Rehabilitation of Individuals with Mental Illness. 2025;781–7.
 16. Ilmy SK, Windarwati HD, Brawijaya U, Brawijaya U. Factors Associated with Pasung (Seclusion and Restraint) in Indonesia : A Systematic Review. 2020;2(3):248–58.
 17. Gomes GC, Francisco M, Almeida F De, Xavier DM, Veraci M, Queiroz DO. Barreiras presentes no processo de construção do cuidado familiar cultural à criança no hospital : abordagem transcultural. 2019;19:1–12.
 18. Berhe KT, Gesesew HA, Ward PR. Traditional healing practices , factors influencing to access the practices and its complementary effect on mental Saharan Africa : a health in sub- - systematic review. 2024;

19. Rismanudin, Jaya WH, Hafid W. Responsive Parenting and Nutritional Status Among Children with a History of Stunting : A Scoping Review. 2026;5(03).
20. Hidayat, Rahmat R, Salim A. Effectiveness of the DASH Diet for Controlling Stage 1-2 Hypertension in Developing Countries : A Scoping Review. 2026;5(03).
21. Rahman A, Marchira CR, Rahmat I. Peran dan motivasi perawat kesehatan jiwa dalam program bebas pasung : studi kasus di Mataram. :287–94.