

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi

Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum merupakan rumah sakit khusus milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan yang berstatus Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Rumah sakit ini terletak di Jalan Gubernur Syarkawi KM 3,9, Kecamatan Gambut, Kabupaten Banjar, Provinsi Kalimantan Selatan. Lokasi rumah sakit berada sekitar 600 meter dari Jalan Gubernur Syarkawi yang merupakan jalan lintas Kalimantan Selatan–Kalimantan Tengah.

Rumah sakit ini berdiri di atas lahan seluas ± 10 hektar dengan luas bangunan mencapai 11.530 m². Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/I/0847/2020 tanggal 16 Maret 2020, Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum ditetapkan sebagai Rumah Sakit Khusus Daerah dengan klasifikasi Tipe A. Rumah sakit ini juga telah memperoleh akreditasi tingkat Paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (BLUD RSJ SAMBANG LIHUM, 2026)

Sejarah Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum dapat ditelusuri sejak tahun 1951 ketika didirikan sebagai Koloni Orang Sakit Jiwa (KOSJ) di wilayah Kecamatan Tamban, Kabupaten Barito Kuala. Pada awalnya, fasilitas ini hanya berfungsi sebagai tempat penampungan orang dengan gangguan jiwa dengan kapasitas 30 pasien laki-laki.

Perkembangan rumah sakit ini dapat diuraikan dalam beberapa fase penting sebagai berikut:(*BLUD RSJ SAMBANG LIHUM*, 2026)

Perjalanan panjang Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Sambang Lihum dalam mengabdikan di dunia kesehatan jiwa bermula pada tahun 1951. Pada awal berdirinya, institusi ini dikenal sebagai Koloni Orang Sakit Jiwa (KOSJ) yang memiliki kapasitas sangat terbatas, yaitu hanya mampu menampung 30 pasien laki-laki. Seiring meningkatnya kebutuhan pelayanan, pada tahun 1953, Gubernur Kalimantan Selatan saat itu, Dr. Murjani, bekerja sama dengan Inspektorat Kesehatan, Dr. Mursito, menginisiasi pembangunan satu bangsal penampungan baru berkapasitas 60 pasien serta dua buah rumah dinas sederhana.

Perkembangan institusi ini terus berjalan hingga pada tahun 1967, statusnya resmi ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Jiwa Pusat Tamban, yang operasionalnya berada di bawah kepemimpinan Direktur Rumah Sakit Jiwa Banjarmasin. Memasuki tahun 1978, eksistensi rumah sakit ini semakin dipertegas melalui SK Menteri Kesehatan Nomor 135/78-SOTK yang menetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Tipe C.

Awal abad ke-21 menjadi momentum penting bagi kelembagaan rumah sakit ini. Berdasarkan PERDA Nomor 18 tahun 2001, rumah sakit ini resmi dialihkan menjadi milik Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan. Di tahun yang sama, mutu pelayanan yang meningkat membawa rumah sakit ini naik kelas dari Kelas C menjadi Kelas B, sesuai dengan SK Menteri Kesehatan Nomor 1233/MENKES/SK/XI/2001.

Perubahan besar terjadi pada tahun 2007 ketika dilakukan relokasi total dari Tamban ke lokasi baru yang lebih strategis di Jalan Gubernur Syarkawi KM 3,9, Gambut. Seiring dengan perpindahan tempat tersebut, namanya pun diubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum melalui Keputusan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 188.44/0233/Kum/2007. Setahun berselang, tepatnya pada 14 Agustus 2008, gedung baru RSJ Sambang Lihum ini diresmikan secara langsung oleh Gubernur Kalimantan Selatan, H. Rudi Arifin.

Akselerasi kualitas RSJ Sambang Lihum berjalan sangat pesat. Pada tahun 2009, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 580/MENKES/SK/VII/2009, statusnya melonjak tajam menjadi Rumah Sakit Khusus Daerah dengan Klasifikasi A. Tidak hanya berfokus pada kesehatan mental umum, pada tahun 2010, rumah sakit ini melebarkan sayap pelayanannya dengan membuka fasilitas ketergantungan NAPZA melalui pendirian Kampus UNITRA (Unit Terapi & Rehabilitasi Napza) atas dasar SK Gubernur Nomor 188.44/0154.A/KUM/2010. Dalam hal tata kelola keuangan dan operasional, RSJ Sambang Lihum resmi bertransformasi menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada tahun 2012 melalui SK Gubernur Nomor 188.44/0601/KUM/2012.

Kerja keras seluruh jajaran manajemen membuahkan berbagai pengakuan bergengsi di tingkat nasional. Pada tahun 2016, RSJ Sambang Lihum sukses meraih akreditasi tingkat Paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kementerian Kesehatan RI. Tiga tahun kemudian, yakni pada tahun 2019, rumah sakit ini berhasil mengukir prestasi di bidang tata kelola pemerintahan dengan meraih predikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dari Kementerian PAN-RB.

Sebagai puncak dari komitmennya dalam dunia edukasi dan medis, pada tahun 2020, RSJ Sambang Lihum resmi ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan berdasarkan SK Menkes Nomor HK 01.07/Menkes/164/2020, menjadikannya pusat pembelajaran yang unggul bagi calon-calon tenaga kesehatan di masa depan.

Adapun visi, misi, motto, semboyan, nilai RSJ Sambang Lihum adalah:

Visi: selangkah di depan

Misi: menjadi pusat pelayanan, pendidikan, dan penelitian dalam bidang kesehatan jiwa

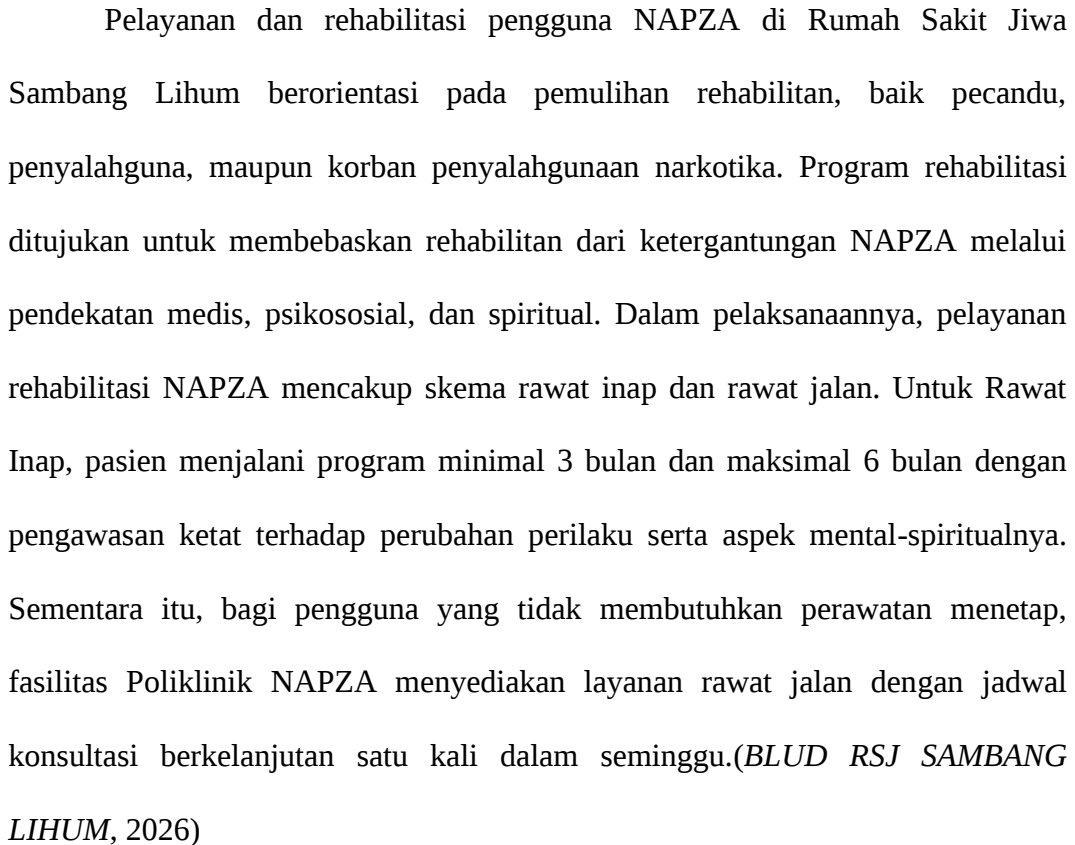
Motto: melayani dengan penuh kepedulian

Semboyan: JUJUR (Jujur, Unggul, Jaga teman, Utamakan pelayanan, Rela)

Nilai: TAPE KEJU (TAnggung jawab, PEduli, KEbersamaan, JUjur)

Peningkatan klasifikasi rumah sakit menjadi Tipe A dan penetapannya sebagai Rumah Sakit Pendidikan serta BLUD membawa implikasi langsung terhadap kompleksitas manajemennya. Untuk memastikan visi dan misi organisasi tercapai, RSJ Sambang Lihum menerapkan struktur organisasi yang dirancang untuk mendukung efektivitas pelayanan spesialis dan rehabilitasi. Struktur ini tidak hanya mengatur alur birokrasi, tetapi juga memfasilitasi koordinasi antar unit teknis, seperti Unit Terapi & Rehabilitasi Napza (UNITRA) yang menjadi lokasi utama penelitian ini.

Struktur Organisasi RSJ Sambang Lihum



Ruang Rehabilitasi Reguler NAPZA Pria merupakan lokasi spesifik tempat penelitian ini dilakukan. Ruangan ini memiliki kapasitas 30 tempat tidur dan menyelenggarakan program rehabilitasi dengan menggunakan metode *Therapeutic Community* (TC), pendekatan religius, serta pemberian medikasi simptomatis.

2. Prosedur Penelitian

Proses pelaksanaan penelitian ini diuraikan dalam rincian berikut:

Tabel 4.1

Prosedur Penelitian

No	Hari/Tanggal	Waktu	Kegiatan	Tempat	
1	Jum'at, 14	08.00 – 16.00	Pengurusan	Diklat RSJ	
	November – 13	WITA	kode etik dan	Sambang Lihum	
	Desember 2025		surat penelitian		
2	Senin, 15	09.00 – 11.00	Pengurusan	Diklat RSJ	
	Desember 2025	WITA	administrasi	Sambang Lihum	
			kode etik dan surat penelitian		
3	Jum'at, 19	10.00 – 11.00	Wawancara dan	RSJ	Sambang
	Desember 2025	WITA	observasi	Lihum	
			dengan subjek AS		

Lanjutan Tabel 4.1

Prosedur Penelitian

4	Jum'at, 19 Desember 2025	11.00 – 12.00 WITA	Wawancara dan observasi dengan subjek S	RSJ Lihum	Sambang
5	Senin, 22 Desember 2025	10.00-12.00 WITA	Observasi kegiatan subjek	RSJ Lihum	Sambang
6	Selasa, 23 Desember 2025	10.00 – 11.00 WITA	Wawancara dengan 2 orang informan	RSJ Lihum	Sambang
7	Senin, 5 Januari 2025	10.00-12.00 WITA	Wawancara dengan 2 subjek (AS dan S)	RSJ Lihum	Sambang

3. Penyajian Data

a. Identitas Subjek

Penelitian ini menggunakan data lapangan yang diperoleh melalui proses wawancara dengan dua subjek pasien rawat inap rehabilitasi reguler NAPZA pria. Identitas narasumber digunakan sebagai bukti validitas data, dan wawancara dilakukan untuk menggali informasi terkait stigma diri pada pasien rehabilitasi NAPZA. Adapun identitas subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2*Identitas Subjek*

Aspek	Informan 1 (S)	Informan 2 (AS)
Usia	43 tahun	25 tahun
Agama	Islam	Islam
Pekerjaan	Penebang kayu /pekerja hutan	Karyawan tambang dan usaha warung
Status	Sudah menikah	Belum menikah
Pendidikan	SD	S1
Jenis Napza	Sabu-sabu (metamfetamin)	Sabu-sabu (metamfetamin)
Cara masuk rehab	Ditangkap aparat, jalur hukum	Sukarela / atas kesadaran sendiri
Lama di RS saat wawancara	± 10-12 hari (setelah detoks 2 minggu)	± 1 bulan

b. Identitas Informan

Informan dalam penelitian ini adalah individu yang mengenal dan memahami subjek atau narasumber dengan baik, sehingga dapat memberikan informasi tambahan serta berfungsi sebagai alat verifikasi untuk memastikan keakuratan data yang diperoleh dari wawancara sebelumnya. Adapun identitas informan yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3*Identitas Informan*

No	Inisial	Jenis Kelamin	Hubungan Dengan Subjek
1	N	Laki-Laki	Staff selama rehabilitasi
2	P	Laki-Laki	Staff selama rehabilitasi

c. Proses Mendapatkan Subjek

Proses pemerolehan subjek dalam penelitian ini dilakukan secara sistematis melalui beberapa tahapan, mulai dari pengurusan perizinan administratif hingga pendekatan langsung kepada calon subjek di lapangan. Mengingat penelitian ini berfokus pada isu yang cukup sensitif, yaitu stigma diri pada pasien rehabilitasi NAPZA, peneliti mengedepankan prinsip kehati-hatian dan etika penelitian selama proses penentuan subjek di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Sambang Lihum.

Langkah awal yang dilakukan peneliti adalah mengurus surat izin penelitian dari pihak fakultas. Surat permohonan tersebut kemudian diajukan kepada Bagian Pendidikan dan Penelitian (Diklat) RSJ Sambang Lihum. Setelah melalui proses penelaahan administrasi dan etika oleh pihak rumah sakit, peneliti mendapatkan surat balasan berupa izin resmi untuk melakukan pengambilan data di ruang rawat inap rehabilitasi NAPZA reguler.

Setelah izin resmi didapatkan, peneliti mendatangi fasilitas rawat inap rehabilitasi NAPZA reguler di RSJ Sambang Lihum untuk berkoordinasi dengan Kepala Ruangan (Karu) serta perawat yang bertugas. Pada tahap ini, peneliti memaparkan maksud, tujuan, serta kriteria inklusi subjek yang dibutuhkan dalam

penelitian. Pihak ruangan kemudian membantu memfasilitasi peneliti dengan memberikan rekomendasi awal mengenai beberapa pasien reguler yang dinilai kooperatif, komunikatif, serta kondisi fisik maupun psikologisnya memungkinkan untuk diwawancarai.

Sebelum melakukan penentuan subjek secara final, peneliti melakukan pendekatan personal (*building rapport*) dengan pasien yang direkomendasikan. Peneliti tidak langsung menyodorkan pertanyaan penelitian, melainkan terlebih dahulu membangun komunikasi yang santai dan empatik guna menumbuhkan rasa saling percaya (*trust*). Hal ini dilakukan untuk meminimalisir rasa curiga atau ketidaknyamanan pasien, mengingat adanya kecenderungan pasien rehabilitasi untuk menutup diri dari pihak luar.

Dari hasil observasi dan interaksi awal tersebut, peneliti kemudian melakukan penyeleksian (skrining) berdasarkan teknik *purposive sampling* untuk memastikan calon subjek memenuhi kriteria penelitian. Sebagai bagian dari dinamika di lapangan, peneliti sempat mengalami penolakan dari 1 (satu) orang calon subjek. Calon subjek tersebut pada awalnya direkomendasikan oleh pihak ruangan, namun saat proses *rapport* berlangsung, yang bersangkutan menyatakan ketidaksediaannya untuk diwawancarai. Penolakan tersebut didasari oleh keengganan pasien untuk mengingat kembali masa lalunya serta ketidaksiapannya untuk terbuka menceritakan kondisinya kepada orang luar.

Sesuai dengan kode etik penelitian, khususnya asas kesukarelaan (*voluntariness*) dan penghormatan terhadap otonomi subjek, peneliti sangat menghargai keputusan tersebut dan tidak memberikan paksaan dalam bentuk apa

pun. Sebagai tindak lanjut, peneliti kembali berkoordinasi dengan perawat dan konselor ruangan untuk melakukan pendekatan kepada pasien lain yang memenuhi kriteria, hingga akhirnya mendapatkan subjek pengganti yang kooperatif.

Setelah mendapatkan subjek yang sesuai kriteria dan bersedia, peneliti memberikan penjelasan secara komprehensif mengenai prosedur wawancara. Peneliti menekankan asas kerahasiaan (*confidentiality*), di mana identitas asli subjek akan disamarkan (menggunakan inisial) dan seluruh data yang diperoleh semata-mata hanya akan digunakan untuk kepentingan akademik. Setelah subjek memahami dan menyatakan kesediaannya secara penuh tanpa adanya paksaan, subjek menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Selanjutnya, proses wawancara mendalam (*in-depth interview*) dilaksanakan sesuai dengan jadwal dan tempat yang telah disepakati bersama.

4. Hasil Wawancara

Berdasarkan data yang diperoleh melalui proses wawancara dan observasi terkait stigma diri pada pasien rawat inap rehabilitasi reguler NAPZA di Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum, hasil penelitian ini dapat dijabarkan sebagai berikut.

a. Subjek AS

Wawancara dan observasi terhadap subjek AS dilakukan di ruang rehabilitasi reguler NAPZA khusus pria. Hasil penelitian mengenai subjek AS dianalisis berdasarkan aspek-aspek dimensi stigma diri menurut Hammer J.H. dan Toland M.D.

1) *Alienation* (Keterasingan)

Subjek AS menggambarkan perasaan ini dalam bentuk rasa hampa yang mendalam di lingkungan rumahnya sendiri, sebuah kondisi yang mencapai puncaknya setelah status ketergantungannya pada narkoba terungkap di hadapan keluarga besarnya. Keterasingan yang dirasakan AS tergambar secara emosional dalam pernyataan berikut:

“Terakhir terakhir ini kan banyak ketahuan bahwa aku yang memakai... sedih ai kyaitu pang. Jadi merasa kada beisi keluarga aja kyaitu nah. Jadi kaya hidup sebatang karaaa aja.”

AS merefleksikan runtuhnya fungsi psikologis keluarga sebagai sistem pendukung (*support system*) utama bagi subjek. Makna dari ungkapan di atas adalah setelah rahasia mengenai ketergantungan sabunya diketahui secara luas oleh keluarga, respons dan perlakuan yang ia terima berubah menjadi sangat dingin dan tidak menyenangkan. Situasi domestik yang berubah drastis ini memicu luka batin yang mendalam bagi AS, hingga ia merasa seolah-olah sudah tidak lagi memiliki keluarga tempat bersandar dan terpaksa menjalani kerasnya kehidupan seorang diri layaknya seorang yang hidup sebatang kara.

"Jadi kaya kededa tempat untuk berlindung tuu di rumah"

Subjek mengalami alienasi dari rumah yang seharusnya berfungsi sebagai ruang aman, namun dalam realitasnya, lingkungan keluarganya tersebut justru menjadi sumber utama keterasingannya. Fungsi keluarga sebagai tempat berbagi emosi, tetapi dalam kehidupan AS emosi disimpan sepenuhnya sendiri.

Kondisi ini semakin berat ketika subjek menyaksikan momen sederhana yang tidak pernah ia rasakan saat mengantar pacarnya dan melihat orang tua pacarnya memeluk dan mencium anaknya saat pamit:

"Kok aku kada pernah kyaitu ketu nah. Tepencar banyu matakु kyaitu nah.

Kok orang bisa kyaitu... aku kok beda kyaitu nah."

Momen ini terasa sangat menyentuh bagi AS, subjek menangis bukan karena sesuatu yang buruk terjadi, melainkan karena menyaksikan kasih sayang yang normal namun terasa asing baginya. Puncak dari alienasi yang dialami AS tampak dalam pernyataannya:

"Memberanikan diri aku jenuh hidup kyaini kyaini aja"

Pernyataan tersebut mengisyaratkan bahwa alienasi yang dialami subjek telah mencapai fase puncaknya, yakni munculnya rasa jenuh dan kelelahan eksistensial terhadap kehidupan itu sendiri. Kondisi klinis ini menunjukkan bahwa keterasingan subjek berada pada titik di mana makna dan kebermaknaan hidup mulai dipertanyakan.

Secara keseluruhan, rangkaian pengalaman subjek AS menunjukkan bahwa rasa terasing atau alienasi yang ia rasakan bersumber dari kondisi rumahnya sendiri. Rumah yang seharusnya menjadi tempat pulang yang aman, bagi AS justru menjadi sumber utama dari rasa sepi dan terasing. Kondisi ini semakin memburuk ketika rahasia ketergantungan narkobanya terbongkar. Respons yang dingin dan perlakuan tidak menyenangkan dari keluarga besar membuat subjek merasa kehilangan tempat bersandar, hingga ia merasa hidup sebatang kara. Karena tidak memiliki

tempat untuk berbagi emosi, subjek terbiasa memendam semua beban dan kesedihannya seorang diri di dalam rumah.

Luka batin ini terasa semakin berat ketika subjek berkesempatan melihat bagaimana sebuah keluarga normal memberikan kasih sayang. Momen sederhana saat ia melihat orang tua pacarnya memeluk dan mencium anaknya ketika berpamitan, seketika memicu tangisan mendalam pada diri subjek. Tangisan ini muncul bukan karena ada kejadian buruk yang menyimpannya saat itu, melainkan karena subjek merasa sedih sekaligus iri menyaksikan sebuah kehangatan keluarga yang sebenarnya sangat biasa, tetapi terasa sangat asing dan tidak pernah ia rasakan seumur hidupnya.

Pada akhirnya, akumulasi dari rasa ditolak oleh keluarga kandung dan rasa asing terhadap kasih sayang ini membawa subjek pada puncak keterasingan yang sangat berat. Rasa jenuh terhadap hidup yang diutarakannya menunjukkan bahwa perasaan terasing ini telah berubah menjadi kelelahan mental yang mendalam. Kondisi ini membuktikan bahwa dampak dari stigma diri tidak hanya membuat subjek menarik diri dari lingkungan, tetapi sudah berada pada titik yang berbahaya di mana subjek mulai kehilangan arah dan mempertanyakan apa arti serta tujuan dari kehidupan yang sedang ia jalani.

2) *Stereotype Endorsment* (Dukungan Stereotip)

Dalam fase kognitif ini, AS menunjukkan penerimaan yang pasrah terhadap label buruk publik yang menganggap pengguna narkoba sebagai sosok yang rusak dan membawa bahaya bagi pergaulan. Hal ini terlihat jelas saat ia memproyeksikan asumsi negatif orang lain terhadap dirinya:

“Ohh inya nii kada baik bekawan lawan aku misalnya. Kalau Pina Ikam meumpati aku. Kyaitu jar”

Kutipan ini menjadi bukti nyata bagaimana AS menelan bulat-bulat stereotip negatif masyarakat (*stereotype endorsement*). Proses persetujuan stereotip yang paling eksplisit tampak ketika AS menyampaikan keyakinannya tentang nasib sosial yang pasti menimpa seseorang yang diketahui sebagai pengguna narkoba:

“Cuma dari orang sekitar yang ditauni namanya kita ini pengguna ini itu banyak yang melakukan transaksi ini itu pasti kita dijauhi orang loo”

Ketika AS ditanya apakah dia sering mendapatkan komentar negatif, AS menjawab dengan pasti bahwa dia banyak mendapatkan komentar negatif. Salah satunya bersumber dari keluarga:

“Oh iya. Persis. Orang tua menyambat bahwa aku susah untuk diatur. Jadi... Orang tua pun kada bisa ngontrol gitu nah”

Pengesahan stereotip juga tampak dalam cara AS menerimanya sebagai bagian dari narasi keluarga tentang dirinya. Latar belakang AS sebagai anak dari istri keempat dalam keluarga poligami dengan puluhan saudara, secara tidak langsung membuat dirinya berada dalam posisi yang rapuh dan lebih mudah menyerap berbagai label negatif dari lingkungannya:

“Jadi anaknya yang lain lain aku yang paling... minta tuu apa apa yang paling pakai usaha kyaitu nah. Jadi rasa beda aja kaya itu nah diperlakukannya”

AS tampaknya telah menerima kenyataan bahwa ia harus berjuang lebih keras dan diperlakukan berbeda sebagai suatu hal yang sudah semestinya terjadi.

Alih-alih memandang perlakuan tersebut sebagai ketidakadilan yang patut dipertanyakan, ia justru menjadikannya sebagai bagian dari identitas dirinya. Sikap pasrah dalam menerima label serta konsekuensi sosial dari lingkungan ini merupakan ciri mendasar dari dimensi persetujuan stereotip

Disimpulkan bahwa AS mengalami *stereotype endorsement* yang mendalam di mana ia menyerap dan menerima begitu saja label negatif masyarakat terhadap pengguna narkoba sebagai bagian dari identitas dirinya. Ia secara aktif memproyeksikan asumsi buruk orang lain ke dalam pikirannya, meyakini bahwa dirinya tidak layak untuk dijadikan teman. Penerimaan pasrah ini diperkuat oleh komentar-komentar negatif yang ia terima termasuk dari keluarga sendiri, meski orang tuanya menyadari hal itu tidak sepenuhnya pantas diucapkan.

3) Perceived Discrimination (Persepsi Diskriminasi)

AS mempersepsikan bahwa lingkungan masa kecil dan status dewasanya sebagai pecandu selalu mengundang respon diskriminatif. Hal ini tergambar dari memorinya tentang perlakuan keras sang ayah di rumah:

“Bila bulik loo atau aku macal abahku langsung turun datang tambang langsung dipukuli. Dapat kabar dari orang kampung nii anaknya nii ini ini ini ini jarnya atau kyaini kyaini turun abahku langsung dari tambang tuu malam itu jua aku di eksekusi”

Hal paling menyakitkan bukan hanya dijauhi, tetapi orang-orang juga secara aktif saling memperingatkan agar tidak berteman dengannya sehingga mengakibatkan AS lebih sering memilih untuk menyendiri:

“Banyak dijauhi orang sampai aku makai aja aku kada bekawan”

Subjek juga merasakan diskriminasi dalam bentuk diremehkan dan dianggap tidak mampu mengambil keputusan sendiri oleh ibunya:

“di rumah sama mama... Jadi apa apa tu kaya yang diremehkan jadinya. Bisalah ini bisalah itu yakinlah ini yakinlah itu. Malah yang menambkah beban pikiran kita...”

Hal ini diperkuat oleh staff disana bahwa AS perlu diyakinkan berulang kali agar AS mau menerima tugas yang diberikan kepadanya.

“inya nii biasanya tuh kalau ada job atau tugas misalnya memimpin do’a sebelum makan atau lainnya... inya pasti kada hakun... nyuruh orang lain. Tapi disini peraturannya harus dipaksakan pang untuk bepandir atau lainnya”

AS mempersepsikan dirinya sebagai individu yang secara konsisten mengalami diskriminasi dari dua lingkungan utama yakni keluarga dan masyarakat. Dalam lingkungan keluarga, respon ayahnya terhadap perilaku menyimpang AS bersifat keras dan tegas, di mana hukuman fisik menjadi bentuk reaksi utama tanpa ruang untuk dialog. Sementara itu, di lingkungan sosial yang lebih luas, AS memiliki kesadaran penuh bahwa status ketergantungannya pada NAPZA berpotensi memicu penolakan aktif dari orang-orang di sekitarnya yang mana itu bukan sekadar dijauhi secara pasif, melainkan adanya peringatan antar individu untuk tidak berasosiasi dengannya. Akumulasi pengalaman dan antisipasi diskriminasi ini pada akhirnya mendorong AS ke dalam pola penarikan diri yang semakin dalam, di mana kesendirian bukan lagi sekadar pilihan, melainkan menjadi respon adaptif terhadap lingkungan sosial.

4) Social Withdrawal (Penarikan Diri Sosial)

Penarikan diri digunakan AS sebagai mekanisme pertahanan diri yang mana ia memilih memutus kontak sosial secara sepihak agar terhindar dari rasa sakit akibat penolakan yang ia bayangkan akan terjadi . Pola perilaku ini digambarkan secara eksplisit oleh AS dalam kutipan berikut:

“Ulun merasa tuh Ulun yang dijauhi orang jadi Ulun tuu kada perlu.... Jadi Ulun menarik diri kyatunah”

Akar paling dalam dari penarikan diri sosial AS dapat ditelusuri hingga masa kanak-kanak. Kebiasaan menyimpan semua persoalan sendiri bukan bermula dari status ketergantungannya, melainkan merupakan strategi bertahan yang ia kembangkan sejak usia sangat muda sebagai respons terhadap ketidakhadiran emosional orang tua:

"Ya. Memang semuanya... semuanya tuu... aku tuu.. aku simpan. Apa apa tu aku atasi sorangan. Jadi... eeeee.... Jarang. Jarang pang ketu nah merasa dimengerti orang ketu nah."

Pengalaman bertahun-tahun tidak merasa dimengerti ini menghasikan keyakinan inti pada AS bahwa mencari kedekatan dengan orang lain hanya akan berujung pada kekecewaan. Ketika tidak ada figur orang tua yang tersedia secara emosional, penarikan diri menjadi mekanisme pertahanan yang paling rasional bagi seorang anak. Penarikan diri dari keluarga ini tampak secara eksplisit dalam kesenjangan komunikasi emosional yang total:

"Jadi aku malah yang suka sorangan ai kyaitu nah. Jadi, malah yang handakk cerita atau handak yang berbagi aku nii sedih kah atau bahagia atau apa rencana ku ke orang tua nii kededa"

Yang menjadikan penarikan diri AS menjadi perhatian yang serius adalah fakta bahwa pola ini tidak terbatas pada konteks keluarga, melainkan tergeneralisasi ke seluruh lingkungan sosialnya, termasuk lingkungan rehabilitasi yang seharusnya menjadi ruang pemulihan:

"Persis. Persis. kaya di rumah bawaannya jadinya. Disini padahal kada nyaman. Terbiasa yang... di rumah tu tenang apa apa tenang. Lebih suka menyendiri."

Bahkan di tengah keramaian, AS tidak mampu hadir secara psikologis secara penuh. Ia menggambarkan pengalaman terasing meski berada di antara orang banyak:

"Pernah. Sering... Badan aja yang disini, pikiran tu kemana mana"

Kondisi ini dikonfirmasi oleh informan pendukung yang menyatakan bahwa AS cenderung pasif dalam kegiatan kelompok dan baru berpendapat setelah namanya dipanggil secara langsung oleh staf.

"misal hari nii tadi pas diskusi kelompok... ditanya keluhan selama disini ada lah inya inisiatif angkat tangan? Kededa loo... ikam melihat sorang tadi. Pas dikiau ngarannya hanyar bepandir"

Bisa disimpulkan bahwa AS menunjukkan pola penarikan diri sosial sebagai mekanisme pertahanan diri untuk menghindari rasa sakit akibat penolakan yang ia bayangkan akan terjadi. Pola ini berakar sejak masa kanak-kanak, ketika AS

terbiasa menghadapi masalah sendiri akibat minimnya kehadiran emosional dan dukungan dari orang tua. Pengalaman yang berulang kali membuatnya merasa tidak dimengerti membentuk keyakinan bahwa kedekatan dengan orang lain hanya akan berujung pada kekecewaan. Akibatnya, AS memilih menyendiri dan menutup diri dari komunikasi emosional, baik dalam lingkungan keluarga maupun lingkungan sosial yang lebih luas. Pola penarikan diri tersebut terus terbawa hingga ke lingkungan rehabilitasi, di mana AS tetap cenderung pasif, sulit terlibat secara psikologis, dan hanya berpartisipasi ketika diminta secara langsung. Kondisi ini menunjukkan bahwa penarikan diri sosial pada AS telah menjadi pola perilaku yang menetap dan memengaruhi kemampuannya dalam membangun hubungan interpersonal.

5) *Stigma Resistance* (Resistensi Stigma)

Meskipun stigma diri yang dialami AS termanifestasi dalam berbagai dimensi yang berat, penelitian ini juga menemukan adanya sejumlah elemen resistensi yang bermakna secara klinis.

Bentuk resistensi stigma yang pertama tampak dalam inisiatif AS untuk menjalani proses pemulihan dan penerimaan diri yang datang dari dalam dirinya sendiri:

"Hemm sejauh ini belum merasakannya gitu pang. Cuma kalau dari program ada pang sudah inisiatif menerima diri bahwa handakk berubah bujur lebih baik."

Motivasi terkuat subjek untuk melawan stigma dan ketergantungan adalah pasangannya:

"Karena aku yang handakk datang kesini handakk berubah demi inya kada handakk apa apa ketergantungan lawan kaya dulu kan kaya sabu"

Resistensi stigma AS semakin menguat ketika didukung oleh bukti empiris dari pengalamannya sendiri. Setelah satu bulan menjalani rehabilitasi tanpa mengonsumsi zat, ia membangun keyakinan diri berbasis pencapaian nyata:

"Positive thinking aja pasti bisa. Karena aku sejauh ini 1 bulan tanpa memakai buktinya bisa ai kaya itu nah"

Sumber resistensi stigma yang paling signifikan bagi AS adalah pengalamannya diterima secara utuh oleh keluarga pasangannya yang mana itu adalah sebuah pengalaman hubungan yang sangat berbeda secara mendasar dibandingkan dengan seluruh sejarah hubungan keluarganya sendiri:

"Aku tuu kaya takjub lawan keluarganya aja... sebelumnya aku tuu kada pernah diperlakukan kyaitu. Yaa disitu pang aku yang Sukanya. Jadi yang tiba tiba handakk berkomitmen"

Resistensi stigma AS juga tampak dalam cara ia mengelola keterbukaan informasi terkait riwayat rawat inapnya secara adaptif dan tidak defensif. Ia tidak menyembunyikan sepenuhnya, tetapi juga tidak mengungkapkan secara membabi buta. Hal ini adalah sebuah strategi yang menunjukkan kemampuan mengelola identitas sosial dengan kematangan tertentu:

"Tergantung orangnya... kalau memang yang sekedar bertanya yaa mungkin aku menjawab kada ketu nah. Tapi kalau tidak ada niat maksud... kujelaskan aja kusampaikan bahwa bisalah aku rawat inap disini."

Kemampuan mengelola informasi stigma secara selektif ini, menurut Goffman (1963), merupakan indikator bahwa individu tidak sepenuhnya tunduk pada label sosial yang diberikan oleh masyarakat, melainkan mampu mengambil kendali atas narasi tentang dirinya sendiri.

b. Subjek S

1) *Alienation* (Keterasingan)

Subjek S mengungkapkan perasaan terasing yang dialaminya dari lingkungan sosial di luar fasilitas rehabilitasi. Ia merasa bahwa orang-orang di sekitarnya tidak mampu memahami kondisi dan situasi yang ia hadapi, dan justru memandangnya secara negatif semata karena statusnya sebagai pengguna NAPZA.

"Mun diluar apa apa tuh... aku merasa lah orang kada tapi mengerti... langsung memandang ulun ngini jar... dianggap urang rusak nang kada kawa berperilaku baik lagi."

Perasaan terasing juga tampak ketika S menyampaikan perasaannya bahwa harga dirinya seolah tidak dianggap oleh orang-orang di sekitarnya, yang pada akhirnya menimbulkan perasaan terasing dari nilai dan martabatnya sebagai manusia.

"Kaya apa harga diri ulun itu modelnya kayaknya diinjak-injak."

Dari hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa S merasakan perasaan terasing dari lingkungan sosial di luar fasilitas rehabilitasi, di mana ia merasa bahwa orang-orang di sekitarnya tidak memahami kondisi yang ia alami dan hanya memandangnya negatif karena statusnya sebagai pengguna NAPZA. Ia mengungkapkan bahwa harga dirinya seolah tidak dihargai, yang menyebabkan

perasaan terasing dari nilai dan martabatnya sebagai manusia. S menyatakan bahwa pandangan masyarakat terhadapnya membuatnya merasa seolah-olah harga dirinya diinjak-injak. Hal ini menambah kedalaman rasa keterasingan yang ia alami.

2) *Stereotype Endorsment* (Penerimaan Stereotip)

Subjek S mengalami *stereotype endorsement* yang sangat eksplisit. Ia tidak hanya mengetahui adanya stereotip negatif dari masyarakat terhadap pengguna NAPZA, tetapi secara emosional merasakan dampak dari label-label negatif tersebut terhadap dirinya.

"Digelar orang 'sampah masyarakat' atau 'kada berguna'. Itu meulah ulun.. apalah? Tertekan kyaitu pang."

Subjek S pun menyampaikan bagaimana stereotip tersebut diakui secara diam-diam dalam keluarganya, di mana anggota keluarga sudah mengingatkannya sejak lama bahwa penggunaan NAPZA akan berujung pada konsekuensi buruk, dan pada akhirnya ucapan itu terbukti melalui penangkapannya.

"Keluarga memang sudah tahu juga. Ading kayak anak, sudah tahu juga. Cuman, ya tuh, kaina akibatnya aja munnya masih aja... akhirnya memang pas terjebak juga."

Dari hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa S menunjukkan pola *stereotype endorsement* yang kuat, di mana label negatif dari masyarakat mulai dari 'sampah masyarakat' hingga 'tidak berguna' telah diinternalisasi dan menghasilkan dampak emosional berupa perasaan tertekan serta penurunan harga diri.

3) *Perceived Discrimination* (Persepsi Diskriminasi)

Subjek S mengalami pengalaman diskriminasi. Salah satu bentuk diskriminasi yang paling mencolok adalah sifat transaksional dari jaringan pertemanannya di mana kehadirannya diterima dan diakui hanya ketika ia memiliki atau menggunakan NAPZA, dan ditinggalkan ketika tidak.

"Yang jelasnya, yang ulun kawan banyak di luar itu, bila ulun konsumsi itu banyak kawan. Bila ulun kada kawan, kada dapat menukar, mengkonsumsi, itu kada tetapi ada kawan."

Subjek S juga mengalami pengkhianatan yang sangat menyakitkan dari rekan terdekatnya, yang pada akhirnya menjadi penyebab langsung penangkapan dan masuknya ia ke dalam sistem rehabilitasi.

"Dijebak oleh kawan yang sampai masuk ke sini itu dijebak."

Diskriminasi yang dialami subjek S juga tampak dalam lingkup keluarga, di mana ia diperlakukan sebagai pihak yang tidak memiliki hak suara atau hak memutuskan dalam urusan keluarga karena dianggap belum mampu mengurus dirinya sendiri.

"Pas ada parundingan keluarga di rumah, ulun mambari usul, tapi langsung di jawab, jar inya: 'Tkam urusan sorang aja balum tabaiki, kada usah umpat mamutuskan urusan kaluarga'."

Dari hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa subjek S mengalami *perceived discrimination* dari berbagai arah, mulai dari diskriminasi sosial berbasis hubungan transaksional dalam pertemanan, pengkhianatan oleh

rekan, hingga pengecualian dari proses pengambilan keputusan keluarga berdasarkan statusnya sebagai pengguna NAPZA.

4) *Social Withdrawal* (Penarikan Diri Sosial)

Subjek S mengungkapkan kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial terutama muncul ketika ia menghadapi beban emosional yang berat seperti saat merenungkan masa depan atau menghadapi kesedihan mendalam.

"Parahatan asa sedih banar membayang akan masa depan, ulun rancak handak banyunyuk sorangan tapi disini kada kboleh sorangan. Selama kegiatan gin mun banyak bediam pasti disuruh bepandir apa kah."

Subjek S juga merencanakan penarikan diri sosial yang disengaja dari lingkungan pertemanan lamanya sebagai bagian dari strategi pemulihan pasca rehabilitasi. Ia secara sadar memilih untuk menjauh dari orang-orang yang sebelumnya menjadi bagian dari pola penggunaan NAPZAny.

"Menghindari kawan yang masih-masih ulun hindari. Pokoknya ulun menghindari itu pang... Misalnya ada kawan datang ke rumah kayaini kyaitu, ya ulun kada handak bekawan. Lebih baik ulun kada bekawan daripada pulang itu pulang tejerumus."

Dari hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa *social withdrawal* pada S bersifat situasional dan adaptif. Penarikan diri muncul sebagai respons terhadap beban emosional ketika berada di lingkungan rehabilitasi dan secara bersamaan juga menjadi strategi *relapse prevention* yang disengaja dalam rencana pascarehabilitasinya.

5) *Stigma Resistance* (Resistensi Stigma)

Subjek S menunjukkan *stigma resistance* yang paling kuat dan eksplisit di antara kedua subjek. Perlawanannya terhadap stigma terutama bersumber dari keyakinan spiritual yang kokoh, dimana ia menggunakan kerangka religius untuk meneguhkan harga diri dan identitas positifnya di hadapan penilaian negatif masyarakat.

"Biarkan aja manusia itu injak-injak harga diri ulun. Tapi di mata tuhan, ulun tetap aja."

Subjek S juga menunjukkan resistensi melalui reformulasi kognitif terhadap pengalaman traumatikanya. Kejadian yang secara objektif sangat menyakitkan. Mulai dari ditangkap, dikhianati, serta melalui proses hukum berbulan-bulan dimaknai ulang sebagai takdir sekaligus motivasi untuk berubah menjadi lebih baik.

"Pas sudah kejadian sampai ke sini, sambil menghilangkan masalah itu, itu dijadikan ulun motivasi dan takdir ulun jua."

Keyakinan S terhadap kemampuannya untuk berubah juga sangat kuat dan berulang kali ia tegaskan dengan penuh keyakinan selama wawancara berlangsung.

"Ulun yakin. Ulun yakin bisa. Ulun yakin bisa. Mudah-mudahan ulun bisa. Dapat merubah. Yakin ulun bisa."

Dari hasil wawancara tersebut, dapat disimpulkan bahwa subjek S memiliki *stigma resistance* yang sangat kuat yang bersumber dari tiga pilar utama yaitu keyakinan spiritual Islam yang kokoh, kemampuan reframing kognitif terhadap

pengalaman traumatik, serta kepercayaan diri yang kuat terhadap kemampuannya untuk berubah dan pulih.

B. Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi gambaran stigma diri (self-stigma) pada pasien rawat inap rehabilitasi NAPZA reguler di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Sambang Lihum. Guna membedah fenomena psikologis ini secara mendalam, peneliti mengonstruksikan pisau analisis dengan mengombinasikan teori 5 Dimensi Stigma Diri dari Hammer dan Toland (*Self-Stigma Research Collaboration*)(Hammer, J. H., & Toland, 2017) dengan model teoritis proses internalisasi stigma dari Patrick Corrigan.(Eba Abdisa, Ginenus Fekadu, Shimelis Girma, Tesfaye Shibiru, Temesgen Tilahun, Habib Mohamed, Aaga Wakgari, Amsalu Takele, Milkias Abebe, 2020)

Corrigan menjelaskan bahwa stigma diri tidak terjadi secara instan, melainkan melalui tahapan kognitif-perilaku yang terstruktur: *Awareness* (kesadaran terhadap stereotip publik), *Agreement* (persetujuan bahwa stereotip tersebut benar), dan *Application* (penerapan stereotip tersebut pada diri sendiri yang berdampak pada penurunan harga diri dan efikasi diri). Integrasi kedua teori ini memungkinkan peneliti menelusuri bagaimana pengalaman objektif Subjek AS dan Subjek S di lapangan bertransformasi menjadi beban psikologis internal mereka.

1. Keterasingan (*Alienation*) dalam Tahap *Application* (Penerapan)

Dimensi keterasingan merujuk pada perasaan hampa, sepi, terisolasi, dan ketidakmampuan individu untuk merasa terintegrasi dengan lingkungan sosialnya. Dalam kerangka teori Corrigan, *alienation* merupakan bentuk nyata dari tahap *Application* (penerapan), di mana individu mulai memperlakukan dirinya sendiri sesuai dengan cara masyarakat memandang kelompoknya.

Pada subjek AS, alienasi bermanifestasi secara struktural dan berakar kuat dari ranah domestik (keluarga kandung). Terbongkarnya rahasia ketergantungan zat memicu respons dingin dari keluarga besar yang melahirkan sensasi psikologis berupa "hidup sebatang kara" dan kehilangan rumah sebagai ruang aman (*safe space*). Sementara pada subjek S, alienasi bersifat dua arah (*bidirectional*) di mana ia merasa tidak dimengerti oleh masyarakat luar sebagai "orang rusak" sekaligus dieksklusi secara verbal dalam proses pengambilan keputusan di internal keluarganya sendiri.

Temuan kualitatif ini sejalan dan memperkuat studi kuantitatif terbaru oleh Mendonca dan kawan-kawan yang menyatakan bahwa perasaan terasing (*alienation*) pada individu yang berada dalam kondisi rentan atau mengalami gangguan sangat dipengaruhi oleh adanya gejala negatif (*negative symptoms*) dan tingginya aktivitas refleksi diri (*self-reflection*). Pada kasus subjek AS dan S, penolakan serta eksklusi dari lingkungan terdekat (keluarga) memicu proses refleksi diri yang keliru. Bukannya menjadi ruang aman (*safe space*), perenungan subjek atas perlakuan dingin keluarga dan label negatif masyarakat justru menginternalisasi stigma tersebut, yang pada akhirnya melipatgandakan intensitas

alienasi dan mendorong mereka menarik diri lebih dalam dari interaksi sosial.(Ali et al., 2025)

2. Persetujuan Stereotip (*Stereotype Endorsement*) sebagai Representasi Tahap *Agreement* (Persetujuan)

Stereotype endorsement atau dukungan stereotip dalam dimensi Hammer dan Toland beririsan langsung dengan tahap *Agreement* (persetujuan) dalam teori Corrigan. Tahap ini terjadi ketika pasien tidak sekadar sadar (*aware*) akan adanya cap buruk di luar sana, melainkan mulai menyetujui bahwa label-label tersebut adalah cerminan realitas yang valid.

Subjek AS menunjukkan bentuk persetujuan yang pasrah, dimana ia berada pada tahap *agreement* yang meyakini secara mutlak bahwa seorang pengguna NAPZA memang sudah selayaknya dijauhi dan tidak pantas dijadikan teman dalam pergaulan sehari-hari. Pada subjek S, dimensi ini termanifestasi secara eksplisit dan emosional. Cap masyarakat seperti "sampah masyarakat" dan "tidak berguna" diserap bulat-bulat melalui proses *agreement* yang kemudian langsung melompat pada tahap *application* berupa munculnya perasaan tertekan serta devaluasi harga diri yang parah.

Temuan ini mengonfirmasi teori pelabelan (*labeling theory*) serta memperkuat hasil penelitian dari Ellya Susilowati yang berjudul “Pembentukan Self Stigma Orang Dengan Hiv/Aids Binaan Lembaga Sosial Masyarakat Lensa Sukabumi”. Melalui dinamika psikologis kedua subjek, terlihat jelas bagaimana proses *agreement* terhadap label "sampah masyarakat" secara simultan bertransmisi ke tahap *application* berupa penurunan harga diri (*self-esteem*) dan perasaan

tertekan yang mendalam. Data ini membuktikan bahwa alur pembentukan self-stigma yang diadaptasi dari Corrigan dalam penelitian Ellya tidak hanya berlaku pada ODHA, melainkan memiliki pola universal yang juga bekerja pada populasi penyalahguna NAPZA yang mengalami pengucilan sosial.(Bagaskara et al., 2022)

3. Persepsi Diskriminasi (*Perceived Discrimination*) dari *Awareness* menuju *Application*

Dimensi ini mengukur bagaimana individu merasakan, mengingat, dan mengantisipasi perlakuan tidak adil dari orang lain berdasarkan status medisnya. Dalam teori Corrigan, *perceived discrimination* didasari oleh *Awareness* (kesadaran) yang tinggi terhadap stigma publik yang kemudian terkonfirmasi melalui pengalaman diskriminasi nyata di dunia riil.

Pengalaman diskriminasi pada kedua subjek sangat variatif. Subjek AS mengalami diskriminasi fisik berbentuk kekerasan dari figur ayah sejak masa kecil, serta diskriminasi sosial di mana masyarakat secara aktif saling memperingatkan agar tidak berasosiasi dengannya. Di sisi lain, subjek S mengalami diskriminasi dalam bentuk pertemanan transaksional di mana ia hanya diakui saat memiliki zat adiktif serta pengkhianatan (dijebak) oleh rekannya sendiri yang berujung pada penangkapan oleh aparat hukum.

Hasil analisis ini sejalan dan memperkuat penelitian terdahulu oleh Sugiarti yang mengatakan bahwa ketika individu diidentifikasi telah menyimpang dari standar normatif, masyarakat secara otomatis akan melegitimasi tindakan penolakan, penarikan pengakuan sosial, hingga membatasi hak dan ruang gerak individu tersebut di dalam struktur komunitas.(Sugiarti, 2023) *Perceived*

discrimination pada pengguna NAPZA sering kali bersifat akumulatif yang mencakup ranah institusional, sosial, hingga domestik. Diskriminasi pertemanan berbasis hubungan transaksional yang dialami subjek S membuktikan bahwa lingkungan sosial pecandu memiliki solidaritas yang semu yang rapuh. Integrasi model Corrigan menunjukkan bahwa rentetan diskriminasi nyata ini mempercepat transisi subjek dari sekadar "tahu masyarakat itu diskriminatif" (*awareness*) menjadi "mempercayai bahwa diri mereka layak didiskriminasi" (*application*). Fenomena ini menghadirkan trauma interpersonal ganda bagi pasien, di mana mereka tidak hanya menghadapi penolakan dari masyarakat umum (kelompok luar), melainkan juga eksploitasi dan pengkhianatan dari sesama kelompok pengguna (kelompok dalam).

4. Penarikan Diri Sosial (*Social Withdrawal*) sebagai Konsekuensi Tingkat Lanjut *Application*

Penarikan diri sosial merupakan mekanisme pertahanan diri (*defensive coping*) atau dampak langsung dari tahap *Application* dalam teori Corrigan. Ketika seseorang telah menerapkan label "orang rusak" pada dirinya sendiri, mereka cenderung menarik diri dari interaksi sosial demi menghindari potensi penolakan atau penghakiman di masa depan (*anticipated discrimination*).

Subjek AS mengadopsi pola penarikan diri yang bersifat struktural dan kronis. Karena terbiasa tidak dimengerti sejak kecil oleh orang tuanya, ia memutuskan komunikasi emosional secara total dan membawa pola pasif (seperti menyendiri) ini hingga ke dalam lingkungan rehabilitasi RSJ Sambang Lihum. Berbeda dengan AS, Subjek S menunjukkan pola *social withdrawal* yang bersifat situasional dan

strategis. Selain menarik diri saat menghadapi tekanan emosional mendalam, S merencanakan penarikan diri sosial yang disengaja pasca-rehabilitasi sebagai bentuk strategi pencegahan kekambuhan (*relapse prevention*) dengan menjauhi sirkel pertemanan lamanya.

Perbedaan manifestasi dari kedua subjek ini memperkaya dan memperluas arsip penelitian terdahulu. Temuan mengenai penarikan diri sosial (*social withdrawal*) ini sejalan dengan penelitian kirana yang berjudul “Internalized Stigma Pada Penderita Skizofrenia Dirumah Sakit Jiwa Provinsi Kalimantan Barat” yang menyatakan bahwa isolasi mandiri akibat internalisasi stigma merupakan predictor signifikan terhadap tingginya risiko kekambuhan (*relapse*) dimana rusaknya harga diri dan efikasi diri mendorong penderita untuk mengadopsi sikap pasif, menarik diri dari lingkungan sosial, hingga gagal mematuhi perawatan medis yang sangat dibutuhkan selama proses pemulihan. Namun, temuan pada Subjek S justru berlawanan secara positif dan sejalan dengan teori pengkondisian perilaku dari Marlatt & Gordon. Penelitian tersebut memaparkan teori Marlatt dan Gordon bahwa kekambuhan (*relapse*) dipicu oleh situasi berisiko tinggi, termasuk tekanan sosial dari lingkungan sekitar. Penelitian ini juga menegaskan bahwa lingkungan masa lalu dan pengaruh teman sebaya yang negatif merupakan faktor interpersonal yang meningkatkan risiko kekambuhan secara signifikan bagi mantan pengguna pasca-rehabilitasi. Oleh karena itu, tindakan S yang secara sadar memutus kontak dengan sirkel lamanya merupakan bentuk koping proaktif yang adaptif untuk menghindari pemicu eksternal tersebut. Langkah penarikan diri yang terencana ini mengonfirmasi fokus strategi *relapse prevention* sosial di dalam penelitian, yaitu

pentingnya memilih dan membentuk lingkungan baru yang sehat demi mempertahankan kondisi bebas zat (*abstinence*) jangka panjang.(Ayu et al., 2026)

5. Resistensi Stigma (*Stigma Resistance*) sebagai Pemutus Rantai Internalisasi Corrigan

Stigma resistance adalah dimensi yang merepresentasikan kapasitas, kekuatan psikologis, dan resiliensi individu untuk menolak, melawan, atau menetralkan stigma diri. Dalam teori Corrigan, *stigma resistance* adalah counter-attack psikologis yang menghalangi atau memutus transisi dari tahap *Awareness* menuju tahap *Agreement* dan *Application*. Individu sadar masyarakat menstigmanya (*awareness*), tetapi mereka dengan tegas menolak untuk setuju (*agreement*) ataupun menerapkannya pada diri mereka (*application*).

Menariknya, meskipun kedua subjek terpapar stigma yang berat mereka memiliki pilar resistensi yang kokoh. Subjek S menunjukkan resistensi yang sangat kuat berbasis spiritualitas Islam (*reframing* bahwa penilaian Tuhan lebih tinggi daripada injakan harga diri manusia), pemaknaan ulang pengalaman traumatik sebagai takdir atau motivasi serta keyakinan optimis yang masif untuk berubah. Sementara subjek AS menunjukkan resistensi pada tingkat sedang yang distimulasi secara eksternal melalui motivasi relasional (pasangan atau pacar), bukti empiris berupa keberhasilan satu bulan tanpa zat (*abstinen*), dan kemampuan manajemen kesan yang matang dalam mengontrol keterbukaan informasi riwayat rehabnya secara selektif.

Temuan pada ranah resistensi ini sangat sejalan dan memperkuat penelitian Kulesza dan kawan-kawan yang mengatakan bahwa pecandu yang memiliki tingkat resistensi stigma yang tinggi mampu memblokir stereotip publik (seperti

label "orang rusak") sehingga harga diri (*self-esteem*) dan otonomi mereka tetap terjaga untuk menjalani rehabilitasi. (Kulesza et al., 2013) Terbukti dengan subjek AS yang melakukan rehabilitasi mandiri.

C. Temuan Penelitian

Penelitian ini mengidentifikasi sejumlah temuan utama yang menjawab tujuan penelitian sebagaimana telah dipaparkan pada bagian hasil dan pembahasan. Di samping temuan utama tersebut, proses pengumpulan dan analisis data di lapangan juga mengungkapkan beberapa pola tidak terduga yang memperluas pemahaman terhadap fenomena stigma diri pada pengguna NAPZA.

Temuan tidak terduga pertama menunjukkan adanya bentuk diskriminasi dari sesama kelompok pengguna (*in-group discrimination*). Berbeda dengan fokus awal penelitian yang menyoroti stigma dari masyarakat umum dan keluarga, subjek S justru mengalami penolakan interpersonal yang melukai dari lingkaran pertemanannya sendiri, seperti relasi pertemanan yang bersifat transaksional hingga pengkhianatan oleh rekan dekat yang memicu penangkapannya. Temuan ini mengindikasikan adanya dimensi trauma interpersonal ganda, ketika subjek tidak hanya menghadapi stigmatisasi dari kelompok luar (*out-group*), tetapi juga mengalami eksploitasi dari kelompok dalam (*in-group*) yang seharusnya menjadi sumber solidaritas, sehingga memperluas cakupan sumber pembentukan stigma diri.

Selain faktor relasi sebaya, struktur keluarga poligami turut mengemuka sebagai faktor kontekstual yang memperkuat kerentanan terhadap stigma. Latar

belakang subjek AS sebagai anak dari istri keempat dalam keluarga besar dengan puluhan saudara tiri memicu diskriminasi domestik yang memperkuat penerimaan pasif subjek terhadap label negatif. Meskipun variabel struktur keluarga ini tidak tercakup dalam kerangka teori awal, dinamika tersebut terbukti menjadi variabel kontekstual yang signifikan dalam membentuk kerentanan psikologis subjek terhadap internalisasi stigma diri.

Di sisi lain, penelitian ini juga mengidentifikasi penggunaan strategi manajemen kesan sebagai bentuk resistensi stigma yang halus dan adaptif. Subjek AS menunjukkan kemampuan dalam mengelola keterbukaan informasi mengenai riwayat rehabilitasinya secara selektif. Pola ini mencerminkan kapasitas subjek untuk memegang kendali atas narasi identitas sosialnya secara pragmatis, sejalan dengan konsep pengelolaan stigma dari Erving Goffman, ketimbang sekadar melakukan bentuk resistensi eksplisit seperti penguatan spiritualitas maupun motivasi relasional.

Akhirnya, temuan pada subjek S memperlihatkan adanya kontradiksi dengan penelitian terdahulu terkait dampak penarikan diri sosial (*social withdrawal*) terhadap risiko kekambuhan (*relapse*). Berlawanan dengan studi Nurcahyati (2020) yang menyimpulkan bahwa penarikan diri akibat internalisasi stigma cenderung meningkatkan risiko kekambuhan, penarikan diri yang dilakukan subjek S secara disengaja justru berfungsi sebagai mekanisme protektif dalam proses pemulihan. Temuan ini selaras dengan teori pengkondisian perilaku dari Marlatt dan Gordon mengenai penghindaran situasi berisiko tinggi (*high-risk situations*), sekaligus membuka diskursus baru bahwa tindakan penarikan diri sosial

pada pasien rehabilitasi NAPZA tidak selalu bersifat maladaptif, melainkan dapat menjadi strategi pemulihan yang adaptif dan terencana tergantung pada konteksnya.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan dengan mengikuti prosedur ilmiah yang sistematis, namun peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini masih memiliki beberapa keterbatasan, di antaranya:

1. Jumlah subjek penelitian yang terbatas. Penelitian ini hanya melibatkan dua subjek (AS dan S) yang dipilih melalui teknik purposive sampling, sehingga temuan yang dihasilkan bersifat kontekstual dan tidak dapat digeneralisasikan untuk menggambarkan stigma diri pada seluruh pasien rehabilitasi NAPZA rawat inap secara umum.
2. Konteks penelitian pada satu lokasi (single-site). Penelitian dilakukan hanya di RSJ Sambang Lihum, Kalimantan Selatan, yang memiliki karakteristik institusional, budaya lokal, dan sistem layanan tersendiri, sehingga hasil penelitian belum tentu berlaku pada lembaga rehabilitasi NAPZA lain dengan karakteristik berbeda.
3. Sifat penelitian yang *cross-sectional*. Data dikumpulkan pada satu periode waktu tertentu selama masa rawat inap, sehingga penelitian ini tidak dapat menggambarkan dinamika atau perubahan stigma diri subjek dari waktu ke waktu (misalnya sebelum, selama, dan setelah masa rehabilitasi).
4. Fokus pada subjek laki-laki. Penelitian ini hanya melibatkan pasien laki-laki, sehingga belum dapat menggambarkan bagaimana stigma diri dialami oleh

pasien perempuan dalam konteks rehabilitasi NAPZA, mengingat kemungkinan adanya perbedaan pengalaman berdasarkan gender.

5. Keterbatasan akses lapangan. Kondisi pasien rawat inap yang memerlukan izin khusus dari pihak rumah sakit serta pertimbangan etis terkait kondisi psikologis pasien membatasi durasi dan intensitas interaksi peneliti dengan subjek selama proses pengambilan data.