

SKRIPSI

UPAYA KELUARGA DALAM Mencari pengobatan UNTUK ANGGOTA KELUARGA YANG Mengalami Gangguan Jiwa di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan

STUDI FENOMENOLOGI

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :

ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR

NIM. 131111146

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2013

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 04 Februari 2013
Yang Menyatakan



Zulfian Kurniadi Muftikhar
NIM. 131111146

MOTTO

“Hidup yang Tak Teruji Adalah

Hidup Tanpa Makna”

(Socrates)

SKRIPSI

**UPAYA KELUARGA DALAM Mencari Pengobatan Untuk
Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di
Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan**

Oleh:
Zulfian Kurniadi Muftikhar
NIM. 131111146

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
04 Februari 2013

Oleh
Pembimbing Ketua



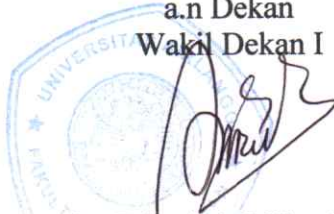
Rizki Fitriyasari PK, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP.198002222006042001

Pembimbing



Hanik Endang N, Skep.,Ns.,M.Kep
NIK.139040678

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**UPAYA KELUARGA DALAM Mencari Pengobatan Untuk
Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di
Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan**

Oleh:
Zulfian Kurniadi Muftikhar
NIM. 131111146

Telah diuji

Pada tanggal, 12 Februari 2013

PANITIA PENGUJI

Ketua : Dr. Ah. Yusuf S, S.Kp.,M.Kes
NIP.196701012000031002

(.....)

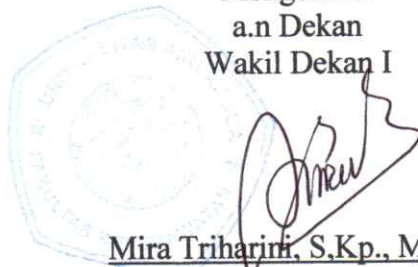
Anggota : 1. Rizki Fitriyasari PK, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198002222006042001

(.....)

2. Hanik Endang N, S.,Kep.,Ns.,M.Kep
NIK. 139040678

(.....)

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan proposal dengan judul **“UPAYA KELUARGA DALAM MENCARI PENGOBATAN UNTUK ANGGOTA KELUARGA YANG MENGALAMI GANGGUAN JIWA DI DESA TUNGGUNJAGIR, KECAMATAN MANTUP, LAMONGAN”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp., M.Kes, selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu keperawatan.
2. Mira Triharani, S.Kp., M.Kep, selaku wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. dr. Dodo Anondo.,MPH, selaku Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

4. Rizki Fitriyasari PK, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktu dan membimbing saya dengan sabar dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Hanik Endang N, S.,Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu dan membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Sutohadi, S.Pd.,MM, selaku Kepala Desa Tunggungjagir yang telah menyediakan lokasi dan memfasitasi saya dalam melakukan penelitian.
7. Seluruh staf dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
8. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga atas bantuan yang diberikan dalam proses skripsi ini.
9. Para keluarga yang telah bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
10. Istriku tercinta Asmia Lis, dan anak-anakku Fina, Hafizh serta ibu Asnuah atas dukungannya selama ini dalam menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan.
11. Almarhum Engkong dan almarhumah Emak yang telah mengasuh dan membesarkan sehingga menjadi saya sekarang ini.
12. Teman-teman seangkatan B14 yang telah memberikan semangat dan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
13. Semua pihak yang telah membantu yang tidak bisa disebutkan namanya satu persatu baik yang langsung maupun tidak langsung, penulis ucapkan banyak terima kasih.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 04 Februari 2013

Penulis,

ABSTRACT

THE FAMILY EFFORT IN SEEKING TREATMENT FOR FAMILY MEMBERS WITH MENTAL DISORDERS IN TUNGGUNJAGIR VILLAGE, MANTUP DISTRICT, LAMONGAN

Phenomenology Study at Tunggunjagir Village, Mantup District, Lamongan

By: Zulfian Kurniadi Muftikhar

Effort to seek treatment for family members who have mental disorders are essential. Proper treatment effort will improve the of family members who are mentally deranged. The purpose of his study was to determine the family's for a family's perception of family members who experince mental illness, family problems in caring for a family member and the family efforts for treatment.

This research used qualitative method descriptive phenomenological approach. The population of this study is a family that had a family member with mental disorder. Samples of the participating families were 4 participants. Method of data collection was indepth interview.

The result were described 5 themes of mental disorder, including causes, sign and symptoms of mental disorders. The second theme is claim that included cost, time, security, the future and habits. The third theme was the stigma, the fourth theme was the modification of methods, including stages and the nature and impact of the treatment. The fifth theme is a coping mechanism.

Based on themes found in the research, it can be concluded that family has perception on the causes mental disorder. The cause of the disorder is related to spititual aspect spirits and witchcraft, so families seek solution to a non-medical treatment first, then to medical treatment. Coping mechanism used was emotion focused coping, in wich they accepted, whith resignation and patience, the family member who have mental disorders. It is therefore important for future research to further explore the coping mechanism of families who are taking care of the family members with mental illness.

Keywords: mental illness, family, the search for treatment

DAFTAR ISI

| | |
|---|----------|
| Halaman Judul dan Prasyarat Gelar..... | ii |
| Lembaran Pernyataan..... | iii |
| Lembaran Persetujuan | iv |
| Lembaran Penetapan Panitia Penguji..... | v |
| Ucapan Terima Kasih..... | vi |
| <i>Abstract</i> | ix |
| Daftar Isi..... | x |
| Daftar Gambar..... | xiii |
| Daftar Tabel..... | xiv |
| Daftar Lampiran..... | xv |
| Daftar Arti Lambang, Singkatan dan Istilah..... | xvi |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1 Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2 Identifikasi Masalah..... | 6 |
| 1.3 Rumusan Masalah..... | 7 |
| 1.4 Tujuan Penelitian..... | 7 |
| 1.4.1 Tujuan umum..... | 7 |
| 1.4.2 Tujuan khusus..... | 7 |
| 1.5 Manfaat Penelitian..... | 7 |
| 1.5.1 Teoritis..... | 7 |
| 1.5.2 Praktis..... | 8 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 9 |
| 2.1 Konsep Gangguan Jiwa | 9 |
| 2.1.1 Definisi gangguan jiwa..... | 9 |
| 2.1.2 Faktor penyebab gangguan jiwa | 9 |
| 2.1.3 Tanda dan gejala gangguan jiwa..... | 10 |
| 2.1.4 Diagnosa gangguan jiwa | 24 |
| 2.1.5 Penatalaksanaan gangguan jiwa..... | 25 |
| 2.2 Konsep Keluarga..... | 28 |
| 2.2.1 Definisi keluarga..... | 28 |
| 2.2.2 Struktur keluarga..... | 28 |
| 2.2.3 Tipe keluarga..... | 29 |
| 2.2.4 Tugas keluarga..... | 29 |
| 2.2.5 Fungsi keluarga..... | 30 |
| 2.3 Konsep Persepsi..... | 32 |
| 2.3.1 Definisi persepsi..... | 32 |
| 2.3.2 Proses persepsi..... | 33 |
| 2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi..... | 33 |
| 2.4 Upaya Non Medis Gangguan Jiwa..... | 34 |
| 2.4.1 Ruqyah..... | 34 |
| 2.4.2 Reiki..... | 35 |
| 2.4.3 Zikir..... | 36 |

| | |
|---|-----------|
| BAB 3 KERANGKA PIKIR PENELITIAN..... | 37 |
| 3.1 Kerangka Pikir Penelitian..... | 37 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN..... | 39 |
| 4.1 Rancangan Penelitian..... | 39 |
| 4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel..... | 39 |
| 4.2.1 Populasi..... | 39 |
| 4.2.2 Sampel..... | 40 |
| 4.2.3 Besar sampel dan teknik pengambilan sampel..... | 40 |
| 4.3 Variabel Penelitian..... | 41 |
| 4.3.1 Definisi Operasional..... | 42 |
| 4.4 Alat Penelitian..... | 43 |
| 4.5 Instrumen Penelitian..... | 43 |
| 4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 44 |
| 4.6.1 Lokasi penelitian..... | 44 |
| 4.6.2 Waktu penelitian..... | 44 |
| 4.7 Prosedur Pengumpulan Data..... | 44 |
| 4.7.1 Tahap persiapan..... | 45 |
| 4.7.2 Tahap pelaksanaan..... | 45 |
| 4.7.3 Tahap terminasi..... | 46 |
| 4.8 Kerangka Operasional..... | 46 |
| 4.9 Cara Analisis Data..... | 47 |
| 4.10 Masalah Etik (<i>Ethical Clearance</i>)..... | 48 |
| 4.11 Keabsahan Penelitian..... | 50 |
| 4.11.1 Credibility..... | 50 |
| 4.11.2 Dependability..... | 50 |
| 4.11.3 Confirmability..... | 50 |
| 4.11.4 Transferability..... | 51 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN..... | 52 |
| 5.1 Hasil penelitian..... | 52 |
| 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian..... | 52 |
| 5.1.2 Karakteristik partisipan..... | 52 |
| 5.1.3 Gambaran tema..... | 53 |
| 5.2 Pembahasan..... | 67 |
| 5.2.1 Persepsi keluarga tentang anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa..... | 67 |
| 4.6.1 Kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa..... | 69 |
| 4.6.1 Upaya pengobatan yang dilakukan keluarga untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa..... | 73 |

| | |
|--|-----------|
| BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN..... | 79 |
| 6.1 Kesimpulan..... | 79 |
| 6.2 Saran..... | 79 |
| Daftar Pustaka..... | 81 |

DAFTAR GAMBAR

| | | | |
|--------|-------|---|----|
| Gambar | 1.2 | Identifikasi Masalah..... | 6 |
| Gambar | 3.1 | Kerangka Pikir Penelitian..... | 37 |
| Gambar | 4.8 | Kerangka Operasional Penelitian..... | 46 |
| Gambar | 5.1.1 | Skema Analisis Persepsi Keluarga Tentang Anggota Gangguan Jiwa yang Mengalami Gangguan Jiwa..... | 56 |
| Gambar | 5.1.2 | Skema Analisis Kendala Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa..... | 60 |
| Gambar | 5.1.3 | Skema Analisis Upaya Pengobatan yang Digunakan Untuk Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa..... | 66 |

DAFTAR TABEL

| | | | |
|-------|-----|---------------------------|----|
| Tabel | 4.5 | Definisi Operasional..... | 42 |
|-------|-----|---------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|---|-----|
| Lampiran 1 | Rencana Jadwal Kegiatan Penelitian..... | 85 |
| Lampiran 2 | Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian..... | 86 |
| Lampiran 3 | Persetujuan Penelitian Bakesbangpol Kabupaten Lamongan | 87 |
| Lampiran 4 | Persetujuan Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan..... | 88 |
| Lampiran 5 | Surat Keterangan Melaksanakan Penelitian..... | 89 |
| Lampiran 6 | Lembar Penjelasan Menjadi Partisipan Penelitian..... | 90 |
| Lampiran 7 | Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan Penelitian..... | 92 |
| Lampiran 8 | Lembar Data Demografi Partisipan..... | 93 |
| Lampiran 9 | Lembar Daftar Pertanyaan..... | 94 |
| Lampiran 10 | Data Demografi Partisipan..... | 95 |
| Lampiran 11 | Data Demografi Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa..... | 96 |
| Lampiran 12 | Lembar Hasil Wawancara..... | 97 |
| Lampiran 13 | Lembar Analisis Tema..... | 108 |

DAFTAR ARTI SINGKATAN

| | | |
|-----------|---|--|
| APA | = | <i>American Psychiatric Asosiation</i> |
| DALYs | = | <i>Disability Adjusted Life Years</i> |
| Depkes RI | = | Departemen Kesehatan Republik Indonesia |
| ECT | = | <i>Electroconvulsive Therapy</i> |
| GBD | = | <i>Global Burden of Disease</i> |
| PPDGJ | = | Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa |
| Riskesdas | = | Riset Kesehatan Dasar |
| WHO | = | <i>World Health Organization</i> |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan suatu perubahan fungsi jiwa pada individu yang menyebabkan kehilangan kualitas hidup sebagai manusia. Akibat adanya hambatan melaksanakan kehidupan membuat individu yang mengalami gangguan jiwa kehilangan peran dalam dalam pergaulan (Keliat, 2010). Gangguan jiwa memerlukan upaya mencari pengobatan yang tepat dari keluarga untuk peyembuhannya. Berdasarkan penelitian Hardiman dan Umi, (1989) dalam Simanjuntak, (2008) tentang upaya pencarian kesembuhan gangguan jiwa dari 99 penderita yang diteliti tempat yang pertama kali dikunjungi untuk mendapat pertolongan adalah dukun atau paranormal. Upaya pencarian kesembuhan ini ditempuh karena di masyarakat awam masih ada anggapan gangguan jiwa disebabkan hal-hal berkaitan dengan spiritual atau ghaib, kerasukan setan, guna-guna (Thong, 2011). Oleh karena itu upaya yang ditempuh dalam mencari pertolongan adalah ke orang pintar, paranormal atau pemuka agama yang dianggap mampu menyembuhkan gangguan tadi. Kondisi tersebut berpengaruh pada pemulihan atau kesembuhan penderita karena dengan memberikan upaya pengobatan yang sesuai akan mempercepat proses penyembuhan. Dengan upaya pengobatan yang tepat dan segera diharapkan dapat membuat seseorang dengan gangguan jiwa kembali hidup secara normal dan dapat diterima masyarakat di sekitarnya.

Menurut WHO, (2012) diperkirakan sekitar 450 juta jiwa di dunia mengalami gangguan jiwa. Di Indonesia menurut Riskesdas (Riset Kesehatan

Dasar) 2007 diperkirakan 11,6% atau sekitar 19 juta jiwa penduduk Indonesia mengalami gangguan mental emosional dan 0,46% atau sekitar 1 juta jiwa mengalami gangguan jiwa berat (Depkes RI, 2008). Di Jawa Timur angka penderita gangguan jiwa berdasarkan data Riskesdas 2007 3,1% dari jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia, atau sekitar 31 ribu jiwa (Depkes RI, 2008). Berdasarkan data laporan tahunan Puskesmas Mantup, (2012) di wilayah kecamatan Mantup ditemukan sebanyak 119 orang yang mengalami gangguan jiwa. Di desa Tunggunjagir jumlah penderita gangguan jiwa ditemukan sebanyak 12 yang mengalami gangguan jiwa, (Puskesmas Mantup, 2012) dan 7 atau 58% dibawa ke pelayanan non medis atau ke dukun atau orang pintar lebih dahulu kemudian ke pelayanan medis.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap 4 orang keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa, ada beberapa alasan kenapa sebelum memanfaatkan pengobatan medis terlebih dahulu dibawa ke pengobatan secara non medis. Pendapat 2 dari 4 keluarga menyatakan gangguan yang dialami oleh pasien tadi bukan masalah kesehatan tetapi adanya gangguan yang berhubungan dengan hal yang bersifat spiritual atau ghaib. Selanjutnya 3 dari 4 keluarga menyampaikan bahwa mendapat saran dari orang lain yaitu teman atau tetangga sebaiknya anggota keluarga yang sakit dibawa ke orang pintar atau kyai. Selanjutnya 1 dari 4 keluarga menyatakan takut bahwa pasien yang dirawat di rumah sakit nanti oleh dokter akan diberikan obat-obatan yang bisa membuat kecanduan. Terakhir 2 dari 4 keluarga mengatakan tidak tahu harus dibawa kemana anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa harus dirawat.

Upaya yang dilakukan oleh Puskesmas Mantup adalah menugaskan perawat sebagai penanggung jawab program kesehatan jiwa. Karena luasnya wilayah dan keterbatasan tenaga belum bisa menjangkau semua wilayah yang menjadi daerah kerjanya. Oleh sebab itu masih banyak keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang memanfaatkan pelayanan yang diberikan. Sehingga masih banyak keluarga yang memanfaatkan dukungan non medis dalam mencari upaya pengobatan.

Upaya pengobatan pasien dengan gangguan jiwa yang tidak langsung mendapatkan pengobatan secara medis dapat menimbulkan dampak kurang baik pada pasien. Menurut Maramis, (2009) upaya pengobatan pasien dengan gangguan jiwa yang lebih dini akan meningkatkan kesembuhan pasien, dengan perawatan yang baik serta bimbingan dari perawat atau tenaga medis yang lain akan meningkatkan kualitas hidup dari pasien. Sebaliknya dengan tidak memperoleh pengobatan dengan baik dalam waktu yang lebih lama mengakibatkan gangguan yang lebih berat yaitu ketidak mampuan atau disabilitas hidup pasien. Hal tersebut mengakibatkan pasien akan kehilangan hari-hari produktif dalam kehidupannya. Berdasarkan penelitian WHO pada tahun 2002, (WHO, 2012) ketidak mampuan menyesuaikan diri hidup pasien atau *disability adjusted life years/DALYs* menyebutkan bahwa gangguan jiwa mengakibatkan mengakibatkan beban cukup besar yaitu 13% dari *global burden of disease* (GBD) atau beban kesehatan global. Oleh karena itu upaya pengobatan yang dilakukan keluarga sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup dan menghindari penderita gangguan jiwa kehilangan hari produktif dalam jangka waktu yang lebih lama.

Effendy, (1998) menyebutkan ketidakmampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga antara lain ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan, sikap dan falsafah hidup. Ketidaksanggupan keluarga mengambil keputusan dalam melakukan tindakan yang tepat disebabkan keluarga tidak mampu memecahkan masalah. Hal ini disebabkan antara lain karena kurang pengetahuan, tidak tahu fasilitas kesehatan yang ada, kurang percaya pada petugas dan lembaga kesehatan, takut terhadap tindakan, kesalahan informasi terhadap tindakan yang diharapkan. Ketidakmampuan keluarga dalam upaya mencari pengobatan anggota keluarga yang sakit disebabkan karena tidak tahu keadaan penyakit, tidak mengetahui perkembangan pengobatan yang dibutuhkan. Selain hal tersebut juga dari tidak seimbangnya sumber-sumber yang ada dalam keluarga seperti keuangan, anggota keluarga yang bertanggung jawab, sikap negatif terhadap yang sakit. Yang terakhir adalah ketidakmampuan menggunakan sumber di masyarakat guna memelihara kesehatan. Hal ini disebabkan tidak memahami keuntungan yang diperoleh, rasa asing dan tidak ada dukungan dari masyarakat. Sementara di masyarakat masih ada anggapan bahwa gangguan jiwa disebabkan hal lain di luar medis atau hal bersifat magis atau bukan merupakan suatu masalah kesehatan Prayitno, (1985) dalam Afriyani, (2009).

Menurut Houcbaum, (1958) dalam Rosenstock, (1974) dalam Maulana, (2009) teori *Health Believe Model* keluarga mengambil tindakan yang tepat untuk perilaku dalam kesehatan berdasarkan keyakinan. Keyakinan tentang kerentanan atau ancaman individu terhadap keadaan sakit, keyakinan ini meliputi terhadap keseriusan atau beratnya penyakit apabila tidak tidak ditangani dengan baik.

Keyakinan terhadap keuntungan atau kerugian yaitu pertimbangan terhadap manfaat dari pengobatan pada keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Selanjutnya adalah adanya isyarat atau petunjuk berperilaku yang berupa informasi dari luar seperti nasehat dari orang lain dalam memberikan upaya pengobatan pada keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Upaya untuk mencari pengobatan dan dukungan keluarga membuat harapan untuk sembuh bagi pasien yang mengalami gangguan jiwa sangat besar Nurul, (2011) mengutip dari Puspitasari, (2007) menyebutkan bahwa keluarga berperan penting dalam menentukan cara merawat pasien dengan gangguan jiwa dan dapat menurunkan angka kekambuhan setelah pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit. Jing Wei, et al, (2010) dalam penelitiannya menyebutkan keluarga yang merawat keluarga dengan gangguan jiwa membutuhkan pengetahuan tentang gejala awal dari gangguan jiwa dan kekambuhannya, berkomunikasi dengan penderita, dan efek dari obat-obatan yang diberikan. Menurut Friedman, (2010) tugas kesehatan keluarga adalah mengenal masalah kesehatan meliputi mengenal keadaan dan perubahan yang dialami keluarga, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan situasi rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan anggota keluarga yang sakit, merujuk atau memanfaatkan fasilitas kesehatan. Berdasarkan tugas keluarga tadi apabila anggota keluarga ada yang mengalami masalah kesehatan dalam hal ini mengalami gangguan jiwa maka keluarga akan mencari upaya pengobatan untuk anggota keluarga yang sakit tadi sesuai dengan kemampuan yang dimiliki oleh keluarga.

Oleh karena itu perawatan pasien gangguan jiwa tidak hanya berfokus pada penderita tetapi juga untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan serta pengetahuan keluarga dalam upaya mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Meningkatkan pengetahuan keluarga dalam upaya pengobatan terhadap pasien dengan gangguan jiwa penting untuk dilakukan. Upaya pengobatan yang dilakukan keluarga dengan tepat akan meningkatkan kualitas hidup dan harapan untuk sembuh lebih cepat dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan tujuan tersebut mendapatkan gambaran dari keluarga tentang upaya yang dilakukan dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah hal yang akan diteliti oleh peneliti dalam penelitian ini. Selanjutnya dari gambaran upaya pengobatan gangguan jiwa yang dilakukan keluarga tadi bagi perawat berguna untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya.

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.2. Identifikasi masalah upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Gangguan jiwa yang dialami seseorang akan mempengaruhi seseorang dalam menjalani kehidupannya. Oleh karena itu keluarga memegang peranan penting dalam proses penyembuhannya. Sesuai dengan tugas keluarga maka keluarga akan mencari upaya pengobatan dengan harapan anggota keluarga akan sembuh kembali. Upaya keluarga dalam mencari pengobatan dengan tepat akan mempengaruhi kondisi dari anggota keluarga yang diupayakan dapat sembuh kembali dan dapat menjalani kehidupannya secara normal, serta diterima kembali di lingkungan sekitarnya.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah upaya yang dilakukan keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menggambarkan persepsi keluarga tentang kondisi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan.
2. Menggambarkan kendala yang dialami keluarga selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan.

3. Menggambarkan upaya pengobatan yang digunakan keluarga untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

Berdasarkan segi pengembangan ilmu keperawatan, hasil penelitian ini dapat menggambarkan upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

1.5.2 Praktis

1. Bagi pasien gangguan jiwa akan mendapat upaya pengobatan yang lebih tepat sehingga dapat meningkatkan tingkat kesembuhan dan kualitas hidupnya.
2. Bagi keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat mengetahui bagaimana upaya pengobatan yang lebih baik sehingga bisa membuat keputusan mencari pengobatan yang tepat.
3. Bagi peneliti selanjutnya dapat dipakai sebagai sumber penelitian untuk metode pengembangan keperawatan khususnya keperawatan jiwa di masa yang akan datang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini berisi tentang landasan teori dari upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang meliputi konsep dari gangguan jiwa, keluarga, persepsi dan upaya non medis gangguan jiwa.

2.1 Konsep Gangguan Jiwa

2.1.1 Definisi Gangguan Jiwa

Berdasarkan *American Psychiatric Association/ APA*, (2000) dalam Videbeck, (2011) gangguan jiwa suatu gangguan mental sebagai sindrom perilaku atau psikologis yang terjadi dalam individu dan kaitannya dengan distress sebagai akibat penurunan satu atau lebih area penting dari fungsi tubuh, peningkatan risiko yang signifikan dari kematian, penderitaan karena nyeri, kehilangan kebebasan. Kriteria umum untuk mendiagnosa gangguan jiwa meliputi ketidakpuasan terhadap karakteristik, kemampuan dan prestasi diri, hubungan yang tidak efektif atau memuaskan, koping yang tidak efektif terhadap peristiwa kehidupan, disamping itu perilaku individu yang tidak diharapkan atau mendapat sanksi secara budaya.

2.1.2 Faktor Penyebab Gangguan Jiwa

Menurut Videbeck, (2011) faktor yang menyebabkan gangguan jiwa dapat dipandang dalam tiga kategori yaitu faktor individu meliputi struktur biologis, ansietas, kekhawatiran dan ketakutan, ketidakharmonisan dalam hidup dan kehilangan arti hidup. Faktor interpersonal meliputi komunikasi yang tidak efektif, ketergantungan yang berlebihan atau menarik diri dari hubungan dan

kehilangan kontrol emosional. Faktor budaya dan sosial yang meliputi tidak ada penghasilan kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal, kemiskinan, serta adanya diskriminasi seperti perbedaan ras, golongan usia, dan jenis kelamin.

2.1.3 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Gejala dan gangguan jiwa menurut Dharmono, (2010) dalam Elvira (2010) antara lain :

2.1.3.1 Kesadaran dan kognisi

1. Kesadaran/Sensorium

Kesadaran atau sensorium adalah suatu kondisi kesigapan mental individu dalam menanggapi rangsang dari luar maupun dari dalam diri gangguan ini kesadaran sering merupakan pertanda kerusakan organik pada otak, berbagai tingkat kesadaran antara lain:

- 1) Komposmentis, suatu derajat optimal dari kesigapan mental individu dalam menanggapi rangsang baik dari luar maupun dari dalam dirinya, mampu memahami apa yang terjadi pada diri dan lingkungannya serta bereaksi secara memadai.
- 2) Apatia, suatu derajat penurunan kesadaran dimana individu berespon lambat terhadap stimulus dari luar sehingga tampak tak acuh terhadap situasi di sekitarnya.
- 3) Somnolensi, suatu keadaan kesadaran menurun yang cenderung tidur, sehingga yang mengalami keadaan ini akan tampak mengantuk dan bereaksi lambat terhadap stimulus dari luar.

- 4) Sopor, adalah derajat penurunan kesadaran berat sehingga nyaris tidak berespon terhadap stimulus dari luar atau hanya memberikan respon minimal terhadap rangsang dari luar terhadap perangsangan yang kuat.
- 5) Koma, yaitu derajat kesadaran yang paling berat sehingga individu yang mengalami koma tidak dapat bereaksi terhadap rangsang dari luar meskipun sekuat apapun perangsangan yang diberikan kepadanya.
- 6) Kesadaran, berkabut, yaitu perubahan kualitas kesadaran yakni individu tidak mampu berpikir jernih dan berespons secara memadai terhadap situasi di sekitarnya sehingga tampak bingung dan sulit memusatkan perhatian serta mengalami disorientasi.
- 7) Delirium, suatu perubahan kualitas kesadaran disertai gangguan fungsi kognitif yang luas perilaku yang dialami orang dengan gangguan ini perilakunya sangat fluktuatif yaitu suatu saat tampak gaduh gelisah lain waktu tampak apatis keadaan ini sering disertai gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi.
- 8) Kesadaran seperti mimpi (*dream like state*), gangguan kualitas kesadaran yang terjadi pada serangan epilepsi psikomotor, individu pada keadaan ini tidak menyadari apa yang dilakukannya meskipun tampak seperti melakukan aktifitas normal.
- 9) Twilight state, keadaan perubahan kualitas kesadaran yang disertai halusinasi seringkali hal tersebut terjadi pada gangguan kesadaran oleh sebab gangguan otak organik, pasien akan tampak berada keadaan separuh sadar respon terhadap lingkungan terbatas perilakunya impulsif emosinya labil dan tidak terduga.

2. Kognisi

Adalah kemampuan untuk mengenal atau mengetahui benda, keadaan maupun situasi yang dikaitkan dengan pengalaman pembelajaran dan kapasitas intelegensi seseorang fungsi kognisi ini meliputi memori/daya ingat konsentrasi/perhatian, orientasi, kemampuan berbahasa, berhitung, visuospasial, fungsi eksekutif, abstraksi dan taraf intelegensi.

3. Perhatian atau konsentrasi

Adalah usaha untuk mengarahkan aktifitas mental pada pengalaman tertentu, gangguan perhatian meliputi ketidakmampuan memusatkan perhatian, mempertahankan perhatian maupun mengalihkan perhatian:

- 1) Distraktilitas, adalah ketidakmampuan individu untuk memusatkan dan mempertahankan perhatian konsentrasinya sangat mudah teralih oleh berbagai stimulus yang terjadi di sekitarnya lazim terjadi pada pasien dengan gangguan cemas akut dan keadaan mania.
- 2) Inatensi selektif, adalah ketidakmampuan memusatkan perhatian pada obyek atau situasi tertentu, biasanya situasi yang membangkitkan kecemasan.
- 3) Kewaspadaan berlebih (*hyper-vigilance*) adalah pemusatan perhatian yang berlebihan terhadap stimulus eksternal dan internal sehingga penderita sangat tegang.

4. Orientasi

Adalah kemampuan individu untuk mengenali obyek atau situasi sebagaimana adanya. Dibedakan antara lain orientasi personal/orang kemampuan mengenal orang-orang yang sudah dikenalnya, orientasi ruang/spasial kemampuan individu mengenali tempat ia berada. Orientasi

waktu adalah kemampuan individu mengenali secara tepat waktu saat individu berada sesuai dengan ranah yang terganggu maka dibedakan gangguan orientasi orang, tempat dan waktu gangguan orientasi sering terjadi pada kerusakan organik otak.

5. Memori/Daya ingat

Adalah proses pengelolaan informasi meliputi perekaman, penyimpanan, dan pemanggilan kembali, terdapat beberapa gangguan memori yaitu:

1) Amnesia yaitu ketidakmampuan untuk mengingat sebagian atau seluruh masa lalu, dapat disebabkan oleh gangguan organik di otak misalnya kontusio serebri atau sebab psikologik misalnya pada keadaan stres pasca trauma berdasarkan waktu kejadian amnesia dibedakan menjadi:

(1) Amnesia anterogard yaitu hilangnya memori terhadap pengalaman/informasi setelah titik waktu kejadian.

(2) Amnesia retrogard yaitu hilangnya memori terhadap pengalaman/informasi sebelum titik waktu kejadian.

2) Paramnesia sering disebut sebagai ingatan palsu yakni terjadi distorsi dari ingatan atau informasi/pengalaman yang sesungguhnya dapat disebabkan faktor organik di otak misalnya pada dimensia namun juga dapat disebabkan faktor psikologik seperti pada keadaan disosiasi, jenisnya antara lain:

(1) Konfabulasi adalah ingatan palsu untuk mengisi kekosongan memori terjadi pada orang dengan demensia.

(2) *Deja Vu* adalah suatu ingatan palsu terhadap pengalaman baru dimana individu merasa sangat mengenali suatu situasi baru yang sesungguhnya belum pernah dikenalnya.

- (3) *Jamais Vu* adalah kebalikan dari *Deja Vu* yaitu merasa asing terhadap situasi yang justru pernah dialaminya.
- (4) Hiperamnesia adalah ingatan yang mendalam dan berlebihan terhadap suatu pengalaman.
- (5) *Screen memory* adalah secara sadar menutupi ingatan akan pengalaman yang menyakitkan atau traumatis dengan ingatan yang lebih dapat ditoleransi.
- (6) Letologika adalah kemampuan yang bersifat sementara dalam menemukan kata-kata yang tepat untuk mendeskripsikan pengalamannya lazim terjadi pada proses penuaan atau pada stadium awal dimensia.

Berdasarkan rentang waktu individu kehilangan daya ingatnya dibedakan menjadi memori segera (*immediate memory*) kemampuan mengingat peristiwa yang baru saja terjadi rentang waktu beberapa detik sampai beberapa menit. Memori baru (*recent memory*) ingatan terhadap pengalaman/ informasi yang terjadi dalam beberapa hari terakhir. Memori jangka menengah (*recent past memory*) ingatan terhadap peristiwa yang terjadi selama beberapa bulan lalu, dan memori jangka panjang ingatan terhadap peristiwa yang sudah lama terjadi bertahun yang lalu.

2.1.3.2 Emosi

Emosi adalah suasana perasaan yang dihayati secara sadar bersifat kompleks, melibatkan pikiran persepsi dan perilaku individu secara deskriptif fenomologis emosi dibedakan menjadi *mood* dan afek.

1. *Mood* adalah suasana perasaan yang menetap bersifat pervasif dan bertahan lama yang mewarnai persepsi seseorang terhadap kehidupannya:
 - 1) *Mood* eutemia yaitu suasana perasaan dalam rentang "normal" dimana individu mempunyai penghayatan perasaan luas dan serasi dengan irama hidupnya.
 - 2) *Mood* hipotomia adalah suasana yang secara pervasif diwarnai dengan kesedihan individu secara subyektif mengeluhkan tentang kehilangan semangat dan kesedihan secara obyektif tampak dari sikap dan perilakunya yang lamban.
 - 3) *Mood* disforia menggambarkan suasana perasaan yang tidak menyenangkan seringkali diungkapkan sebagai perasaan jenuh, jengkel atau bosan.
 - 4) *Mood* hipertemia suasana perasaan yang secara pervasif memperlihatkan semangat dan kegairahan yang berlebihan terhadap berbagai aktifitas kehidupan perilakunya hiperaktif dan tampak energik secara berlebihan.
 - 5) *Mood* eforia suasana perasaan gembira dan sejahtera secara berlebihan.
 - 6) *Mood* ekstasia suasana perasaan yang diwarnai kegairahan yang meluap-luap sering terjadi pada orang yang menggunakan zat stimulasi.
 - 7) Aleksitimia adalah suatu kondisi ketidakmampuan individu untuk menghayati suasana perasannya seringkali diungkapkan sebagai kedangkalan kehidupan emosi yang membuat sulit mengungkapkan perasaannya.
 - 8) Anhedonia adalah suatu suasana perasaan yang diwarnai dengan kehilangan minat dan kesenangan terhadap aktifitas kehidupan.
 - 9) *Mood* kosong adalah kehidupan emosi yang sangat dangkal tidak atau sangat sedikit memiliki penghayatan suasana perasaan membuat individu yang

mengalami nyaris kehilangan keterlibatan emosinya dengan kehidupan di sekitarnya keadaan ini dijumpai pada pasien skizofrenia kronis.

- 10) *Mood* labil susana perasaan yang berubah-ubah dari waktu ke waktu pergantian perasaan dari sedih, cemas, marah, eforia muncul bergantian dan tak terduga dapat ditemukan pada gangguan psikosis akut.
- 11) *Mood* iritabel susana perasaan yang sensitif mudah tersinggung mudah marah dan seringkali bereaksi berlebihan terhadap situasi yang tidak disenanginya.

2. Afek

Afek adalah respon emosional saat sekarang yang dapat dinilai lewat ekspresi wajah, pembicaraan, sikap dan gerak tubuhnya mencerminkan situasi emosi sesaat.

- 1) Afek luas adalah afek pada rentang normal yaitu ekspresi emosi yang luas dengan sejumlah variasi yang beragam dalam ekspresi wajah irama suara maupun gerakan tubuh serasi dengan suasana yang dihayatinya.
- 2) Afek menyempit menggambarkan nuansa ekspresi emosi yang terbatas intensitas dan keluasan dari ekspresi emosinya berkurang dapat dilihat dari ekspresi wajah dan bahasa tubuh yang kurang bervariasi.
- 3) Afek menumpul merupakan penurunan serius dari kemampuan ekspresi emosi yang tampak dari tatapan mata kosong, irama suara monoton dan bahasa tubuh yang sangat kurang.
- 4) Afek mendatar adalah suatu hendaya afektif berat lebih parah dari afek menumpul keadaan ini dapat dikatakan individu kehilangan kemampuan

ekspresi emosi, ekspresi wajah datar pandangan mata kosong, sikap tubuh kaku, gerakan sudah sangat minimal, irama dan suara datar seperti robot.

- 5) Afek serasi menggambarkan keadaan normal dari ekspresi emosi yang terlihat dari keserasian antara ekspresi emosi dan suasana yang dihayatinya.
- 6) Afek tidak serasi kondisi sebaliknya yakni ekspresi emosi yang tidak cocok dengan suasana yang dihayati misalnya seseorang menceritakan suasana berduka tetapi dengan wajah riang dan tertawa ria.
- 7) Afek labil menggambarkan perubahan irama perasaan yang cepat dan tiba-tiba yang tidak berhubungan dengan stimulus eksternal.

2.1.3.3 Perilaku motorik

Perilaku adalah ragam perbuatan manusia yang dilandasi motif dan tujuan tertentu serta melibatkan seluruh aktifitas mental individu, merupakan respon total individu terhadap situasi kehidupan. Perilaku motorik adalah ekspresi perilaku individu yang terwujud dalam ragam aktifitas motorik, gangguan perilaku motorik antara lain:

1. Stupor katatonik, penurunan aktifitas motorik yang ekstrim bermanifestasi sebagai gerakan yang lambat hingga keadaan tidak bergerak dan kaku seperti patung terjadi pada keadaan skizofrenia katatonik.
2. Fugor katatonik, suatu keadaan agitasi yang ekstrim kegaduhan motorik tak bertujuan tanpa motif yang jelas dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal, ditemukan pada skizofrenia katatonik seringkali berganti dengan gejala stupor katatonik.
3. Katalepsi adalah keadaan mempertahankan sikap tubuh dalam posisi tertentu dalam waktu yang lama, individu yang mengalami katalepsi dapat berdiri

dengan satu kaki dalam waktu yang lama sampai berjam-jam tanpa bergerak biasanya ditemukan pada skizofrenia katatonik.

4. *Flexibilitas cerea* keadaan sikap tubuh yang sedemikian rupa dapat diatur tanpa perlawanan sehingga diistilahkan seluwes lilin.
5. Akinesia, menggambarkan suatu kondisi aktifitas motorik yang sangat terbatas pada keadaan berat menyerupai stupor pada skizofrenia katatonik.
6. Bradikinesia, perlambatan gerakan motorik biasanya terjadi pada Parkinsonisme memperlihatkan gerakan yang kaku dan kehilangan respon spontan.

2.1.3.4 Proses Pikir

1. Proses pikir primer terminologi yang umum untuk pikiran yang *dereistic* tidak logis, magis secara normal ditemukan pada mimpi tidak normal pada psikosis.
2. Gangguan bentuk pikir/ arus pikir
 - 1) Asosiasi longgar gangguan arus ide dengan ide-ide yang berpindah dari satu obyek ke subyek lain yang tidak berhubungan sama sekali dalam bentuk lebih parah disebut inkohrensia.
 - 2) Inkohrensia pikiran yang secara umum tidak dapat kita mengerti pikiran atau kata keluar bersama-sama tanpa hubungan yang logis atau tata bahasa tertentu hasil disorganisasi pikir.
 - 3) *Flight of ideas* atau lompat gagasan pikiran yang sangat cepat verbalisasi berlanjut atau permainan kata yang menghasilkan perpindahan yang konstan dari satu ide ke ide lainnya. Ide biasanya berhubungan dan dalam bentuk yang tidak parah pendengar mungkin dapat mengikuti jalan pikirnya.

- 4) Sirkustansial, pembicaraan yang tidak langsung sehingga lambat mencapai *point* yang diharapkan tetapi akhirnya seringkali akhirnya mencapai *point* atau tujuan yang diharapkan.

2.1.3.5 Isi Pikir

Gangguan isi pikir adalah buah pikiran atau keyakinan seseorang dan bukan cara penyampaiannya, gangguan tersebut dapat berupa:

1. Kemiskinan isi pikir, pikiran yang hanya sedikit menghasilkan sedikit informasi karena ketidakjelasan, pengulangan yang kosong, atau frase yang tidak dikenal.
2. Waham/delusi, suatu perasaan keyakinan atau kepercayaan yang keliru tentang kenyataan eksternal tidak konsisten dengan intelegensia dan latar belakang budaya pasien dan tidak bisa diubah lewat penalaran atau dengan jalan penyajian fakta-fakta, jenis waham antara lain:
 - 1) Waham *bizzare*, keyakinan yang keliru, mustahil dan aneh misalnya makluk luar angkasa menanamkan elektroda di otak manusia.
 - 2) Waham sistematis keyakinan yang keliru atau keyakinan yang tergabung dengan satu tema/ kejadian misal orang yang dikejar-kejar polisi atau penjahat.
 - 3) Waham nihilistik, perasaan yang keliru bahwa diri dan lingkungannya atau dunia tidak ada atau menuju kiamat.
 - 4) Waham somatik, keyakinan yang keliru yang melibatkan fungsi tubuh misalnya yakin otaknya meleleh.
 - 5) Waham paranoid termasuk di dalamnya yaitu:

- (1) Waham kebesaran keyakinan atau kepercayaan biasanya psikotik sifatnya bahwa dirinya adalah orang yang sangat kuat, sangat berkuasa, atau sangat besar.
- (2) Waham kejaran suatu delusi yang menandai seorang yang paranoid yang mengira dirinya adalah korban dari usaha melukainya atau yang mendorong agar di gagal dalam tindakannya.
- (3) Waham rujukan (*delucion of reference*) suatu kepercayaan keliru yang meyakini bahwa tingkah laku orang lain itu pasti akan memfitnah, membahayakan atau akan menjahati dirinya.
- (4) Waham dikendalikan keyakinan yang keliru bahwa keinginan, pikiran atau perasannya dikendalikan kekuatan dari luar termasuk di dalamnya *thought withdrawal* waham bahwa pikirannya ditarik oleh orang lain atau kekuatan lain. *Tought insertion* waham bahwa pikirannya disisipi oleh orang lain atau kekuatan lain. *Tought broadcasting* waham bahwa pikirannya dapat diketahui orang lain tersiar di udara, dan *tought control* waham bahwa pikirannya dikendalikan oleh orang lain atau kekuatan lain.
- (5) Waham cemburu keyakinan yang keliru yang berasal dari cemburu patologis tentang pasangan yang tidak setia.
- (6) Erotomania keyakinan yang keliru biasanya pada wanita merasa yakin bahwa seseorang mencintainya.
- (7) Obsesi suatu ide yang kuat yang menetap dan seringkali tidak rasional, yang biasanya disertai kompulsi untuk melakukan suatu perbuatan tidak

dapat dihilangkan dengan usaha yang logis berhubungan dengan kecemasan.

- (8) Fobia ketakutan patologis atau irasional yang persisten, berlebihan, dan selalu terjadi berhubungan dengan stimulus atau situasi spesifik yang mengakibatkan keinginan yang memaksa untuk menghindar. Stimulus tersebut beberapa contoh di antaranya fobia spesifik ketakutan yang terbatas pada situasi yang khusus misalnya takut pada ular. Fobia sosial ketakutan dipermalukan di depan publik seperti rasa takut bicara di depan umum. Akrofobia ketakutan di tempat yang tinggi, agorafobia ketakutan berada di tempat yang terbuka dan ramai, klaustrofobia takut di tempat yang sempit, aiurofobia ketakutan pada kucing, zoofobia takut pada binatang, xenofobia ketakutan pada orang asing.

2.1.3.6 Persepsi

Sebuah proses mental yang merupakan pengiriman stimulus fisik menjadi informasi psikologis sehingga stimulus sensorik dapat diterima secara sadar, gangguan persepsi antara lain:

1. Depersonalisasi, satu kondisi patologis yang muncul sebagai akibat dari perasaan subyektif dengan gambaran seseorang mengalami atau merasakan diri sendiri sebagai tidak nyata atau khayali.
2. Derealisasi, perasaan subyektif bahwa lingkungannya menjadi asing tidak nyata.
3. Ilusi, satu persepsi yang keliru atau menyimpang dari stimulus eksternal yang nyata.

4. Halusinasi, persepsi atau tanggapan palsu tidak berhubungan dengan stimulus eksternal yang nyata menghayati gejala-gejala yang dikhayalkan sebagai hal yang nyata. Jenis-jenis halusinasi antara lain halusinasi hipnagogik persepsi sensorik yang keliru terjadi ketika mulai jatuh tertidur secara umum bukan fenomena patologis. Halusinasi hipnapompik persepsi sensorik keliru yang terjadi ketika seseorang mulai terbangun secara umum bukan fenomena patologis. Halusinasi auditorik persepsi suara yang keliru berupa suara orang meski dapat saja berupa suara musik merupakan halusinasi paling sering pada gangguan psikiatri. Halusinasi visual persepsi penglihatan yang keliru dapat berupa bentuk jelas (orang) atau pun bentuk tidak jelas (kilatan cahaya) sering kali pada gangguan medis umum, halusinasi penciuman persepsi penghidu keliru yang seringkali terjadi pada gangguan medis umum. Halusinasi pengecapan persepsi pengecapan keliru seperti rasa tidak enak sebagai gejala awal kejang seringkali pada gangguan medis umum. Halusinasi taktil persepsi perabaan keliru seperti *phantom limbs* sensasi anggota tubuh teramputasi atau formikasi sensasi merayap di bawah kulit. Halusinasi somatik sensasi keliru yang terjadi pada atau dalam tubuhnya lebih sering menyangkut organ dalam dikenal *cenesthetic hallucination*, halusinasi liliput persepsi keliru yang mengakibatkan obyek terlihat lebih kecil *micropsia*.

2.1.3.7 Reality Testing of Ability (RTA)

Kemampuan seseorang yang menentukan realitas yang menentukan persepsi, respon emosi dan perilaku dalam berelasi dengan realitas kehidupan kekacauan perilaku, waham, halusinasi adalah penggambaran gangguan berat RTA.

2.1.3.8 Daya Nilai

Kemampuan untuk menilai situasi secara benar dan bertindak sesuai dengan situasi secara benar dan bertindak sesuai dengan situasi tersebut:

1. Daya nilai sosial kemampuan seseorang untuk menilai situasi secara benar dan bertindak yang sesuai dalam situasi tersebut dengan memperhatikan kaidah sosial yang berlaku dalam kehidupan sosial budayanya pada gangguan jiwa berat atau kepribadian antisosial maka daya nilai sosialnya terganggu.
2. Uji data nilai kemampuan untuk menilai situasi secara benar dan bertindak yang sesuai dalam situasi imajiner yang diberikan.

2.1.3.9 Tilikan

Kemampuan seseorang untuk memahami sebab sesungguhnya dan arti dari situasi termasuk di dalamnya dari gejala itu sendiri sering disebut juga dalam arti luas wawasan diri yaitu pemahaman seseorang terhadap kondisi dan situasi dirinya dalam konteks realitas sekitarnya, dalam arti sempit merupakan pemahaman pasien terhadap penyakitnya. Tilikan terganggu artinya kehilangan kemampuan memahami kenyataan obyektif akan kondisi dan situasi dirinya jenis-jenis tilikan:

1. Tilikan derajat 1 penyangkalan total terhadap penyakitnya.
2. Tilikan derajat 2 ambivalensi terhadap penyakitnya.
3. Tilikan derajat 3 menyalahkan faktor lain sebagai sebab penyakitnya.
4. Tilikan derajat 4 menyadari dirinya sakit dan butuh bantuan namun tidak memahami penyebab sakitnya
5. Tilikan derajat 5 menyadari penyakitnya dan faktor- faktor yang berhubungan dengan penyakitnya namun tidak dalam perilaku praktisnya.

6. Tilikan derajat 6 (sehat) menyadari sepenuhnya tentang situasi dirinya disertai motivasi untuk mencapai perbaikan

2.1.3 Diagnosa Gangguan Jiwa

Berdasarkan PPDGJ III dalam Mangindaan, (2010) dalam Elvira, (2010) kelompok gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

1. F00-F09 Gangguan Mental Organik, termasuk Gangguan Mental Simptomatik yang disebabkan oleh :
 - 1) Disfungsi primer pada otak akibat berbagai macam penyakit, cedera, atau rudapaksa pada otak yang menyebabkan gangguan fisiologis pada otak.
 - 2) Disfungsi sekunder pada otak oleh penyakit pada tubuh di luar otak yang kemudian secara sistemik menimbulkan gangguan fisiologis pada otak.
2. F10-F19 Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikomatik yaitu gangguan jiwa yang terjadi akibat penggunaan Zat Psikoaktif
3. F20-F29 Skizofrenia, gangguan Skizotipal, Gangguan Waham (Kelompok Gangguan Psikotik “Non Organik”) yaitu terdapatnya gejala psikotik yang cukup bermakna dan tidak disebabkan Gangguan Mental Organik dan Gangguan Mental Akibat Penyalahgunaan Zat Psikoaktif.
4. F30-F39 Gangguan Suasana Perasaan (Mood/ Afektif)
Ciri khas dari gangguan jiwa kelompok ini adalah:
 - 1) Perubahan suasana perasaan yang bermakna berupa depresi elasi/ suasana perasaan dan biasanya disertai perubahan pada keseluruhan tingkat aktivitas, pada depresi aktifitas berkurang sedangkan pada manik aktifitas bertambah.
 - 2) Gangguan susana perasaan itu dapat bersifat episodik, berulang atau dapat pula bersifat kronis berkepanjangan.

3) Baik kondisi depresi manik atau dapat disertai gejala psikotik tapi ciri khasnya adalah apabila gejala psikotiknya mereda atau hilang kondisi manik atau depresinya masih terus berlangsung walaupun dalam intensitas rendah.

5. F40-F49 Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Somatoform dan Gangguan yang Berkaitan Dengan Stres

Ciri gangguan jiwa adalah gangguan jiwa dengan sindrom khas berupa kecemasan, fobia, obsesif kompulsif, reaksi terhadap stres disosiatif atau somatoform.

6. F5 Sindrom Tingkah Laku yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik

7. F6 Gangguan Kepribadian Khas

Ciri khasnya adalah gangguan berat dalam konstitusi karakterologis dan kecenderungan perilaku individu

8. F7 Retardasi Mental suatu keadaan perkembangan yang terhenti atau tidak lengkap yang ditandai oleh hendaya (disfungsi) ketrampilan dalam masa perkembangan sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensia.

9. F8 Gangguan perkembangan Psikologis abnormalitas kualitatif dalam interaksi timbal balik dengan orang lain.

10. F9 Gangguan Hiperkinetik adanya kurang perhatian atau aktifitas yang berlebihan.

2.1.4. Penatalaksanaan Gangguan Jiwa

Penatalaksanaan gangguan jiwa diberikan sesuai dengan gejala dan keluhan dari pasien, menurut Elvira (2010) terapi yang diberikan meliputi:

1. Psikoterapi yaitu terapi yang digunakan untuk menghilangkan keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik dan pola perilaku maladaptif, terapi ini dilakukan dengan jalan pembentukan hubungan yang profesional antara terapis dengan pasien.
2. Terapi kognitif yaitu terapi mengubah cara berpikir maladaptif dan otomatis dimana pasien dilatih mengenal dan menghilangkan pikiran –pikiran negatif dan harapan-harapan negatif.
3. Terapi perilaku yaitu terapi yang bertujuan meningkatkan aktifitas pasien mengikutkan pasien dalam tugas-tugas yang dapat meningkatkan perasaan yang menyenangkan latihan ketrampilan sosial, asertif,dapat meningkatkan hubungan interpersonal serta dapat menurunkan interaksi submisif.
4. Psikoterapi suportif latihan ini memberikan kehangatan, empati, pengertian dan optimisme.
5. Psikoterapi psikodinamik dasar terapi ini adalah teori psikodinamik bahwa kerentanan psikologik terjadi akibat konflik perkembangan yang tak selesai.
6. Terapi kelompok bertujuan memberikan kesempatan untuk memainkan peran serta mempratikkan ketrampilan interpersonal yang baru, membantu pasien dalam mengaplikasikan ketrampilan baru.
7. Terapi keluarga yaitu mempelajari peran pasien dalam situasi psikologik seluruh anggota keluarga sebaliknya mempelajari peran seluruh anggota keluarga dalam mempertahankan gejala pasien.
8. Psikofarmakoterapi menurut Kusumawardhani, (2010) dalam Elvira (2010) yaitu terapi dengan menggunakan obat-obatan yang memiliki efek utama terhadap proses mental di susunan saraf pusat, seperti proses pikir, perasaan

dan fungsi motorik atau perilaku berdasarkan efek klinis psikofarmaka dibagi menjadi empat kelompok besar yaitu:

- 1) Antipsikotik yaitu obat-obatan yang bekerja sebagai antagonis reseptor dopamin dan serotonin di otak dengan target menurunkan gejala-gejala psikotik seperti halusinasi, waham dan lain-lain, obat ini terdiri dari golongan fenotiazin contohnya chlorpromazin disebut juga potensi rendah, golongan nonfenotiazin disebut juga potensi tinggi karena hanya membutuhkan dosis kecil sama dengan chlorpromazin 100 mg obat ini antara lain risperidon, clozapin, olanzapin dan aripiprazol.
- 2) Antidepresan yaitu kelompok obat-obatan yang heterogen dengan efek utama dan terpenting adalah mengendalikan depresi di samping itu juga digunakan beberapa indikasi lain seperti cemas, contoh obat jenis ini antara lain Amitriptilin, Maptropilin, Sertralin, Fluoxetin, Duloxetine.
- 3) Antiansietas adalah obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi kecemasan dan juga biasanya memiliki efek sedasi, relaksasi otot, amnestik dan antiepileptik pemakaian obat ini sangat luas dan sering terjadi penyalahgunaan jenis yang dipakai antara lain derivat benzodiazepin yaitu diazepam, lorazepam, clobazam alprazolam, bromazepam. Derivat Glycerol Meprobamat, derivat Barbiturat Phenobarbital.
- 4) Antimanik (*Mood Stabilizer*) kelompok obat yang divergen berkhasiat terutama untuk mempertahankan stabilitas suasana perasaan terutama mencegah munculnya kondisi manik pada Gangguan Afektif Bipolar macam obatnya antara lain Garam Lithium/ Lithium Carbonat, Carbamazepin, Asam Valproate, Natrium Divalproate.

9. Terapi Kejang Listrik (ECT) merupakan bentuk pilihan terapi fisik merupakan indikasi terapi pada beberapa gangguan psikiatri indikasi utama adalah depresi berat.

2.2. Konsep Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil yang ada di masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa keluarga yang tinggal dalam satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI,1988) dalam Effendy, (1998).

2.2.1 Definisi Keluarga

Menurut Friedman, (2010) keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana individu mempunyai peran masing – masing yang merupakan bagian dari keluarga.

2.2.2 Struktur Keluarga

Berdasarkan dominasi jalur darah struktur keluarga dalam Efendi, (2009) keluarga terdiri dari:

1. Patrilineal, yaitu keluarga yang berhubungan dan disusun melalui jalur garis keturunan ayah. Kebanyakan suku- suku yang ada di Indonesia menggunakan struktur keluarga patrilineal.
2. Matrilineal, yaitu keluarga yang dihubungkan atau disusun menurut garis keturunan ibu. Suku Padang di Sumatera Barat adalah salah satu contoh keluarga yang menggunakan struktur keluarga matrilineal.

Sedangkan untuk dominasi dalam pengambilan keputusan dalam Efendy, (2009) adalah sebagai berikut:

1. Patriakal yaitu dominasi pengambilan keputusan ada di pihak suami.
2. Matriakal yaitu dominasi pengambilan keputusan ada di tangan ibu.

2.2.3. Tipe Keluarga

Tipe keluarga menurut Anderson Carter dalam Efendi, (2009) adalah sebagai berikut:

1. Keluarga Inti (*nuclear family*) yaitu keluarga yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak-anak.
2. Keluarga besar (*extended family*) yaitu keluarga inti ditambahkan dengan sanak saudara, nenek, kakek, keponakan, sepupu, paman, bibi dan sebagainya.
3. Keluarga berantai (*serial family*) yaitu keluarga yang terdiri atas wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
4. Keluarga duda atau janda (*single family*) keluarga yang terjadi karena adanya perceraian atau kematian.
5. Keluarga berkomposisi keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara sama-sama.
6. Keluarga kabitas, dua orang yang hidup membentuk satu keluarga tanpa ikatan perkawinan.

2.2.3. Tugas Keluarga

Mampu menjalankan tugas kesehatan keluarga adalah yang diharapkan dari keluarga dalam perawatan pasien dengan gangguan jiwa, tugas keluarga menurut Friedman, (2010) adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui kesehatan keluarga, kesehatan ini merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan orang tua perlu mengetahui kesehatan anggota keadaan kesehatan keluarga perubahan sekecil apapun harus menjadi perhatian keluarga.

2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, yaitu keluarga mengambil keputusan tepat dalam upaya memperoleh pertolongan dalam upaya menangani anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.
3. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, keluarga harus mampu memberikan perawatan apabila anggota keluarga mengalami masalah kesehatan. Peran keluarga yang baik akan berpengaruh pada proses penyembuhan pasien.
4. Memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, keluarga berupaya menciptakan situasi yang nyaman bila ada anggota keluarga yang sakit sesuai dengan sumber daya yang dimiliki oleh keluarga.
5. Merujuk atau memanfaatkan fasilitas dan saran kesehatan, apabila keluarga sudah tidak mampu lagi mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga maka perlu untuk mencari tempat pertolongan selanjutnya untuk memperoleh fasilitas kesehatan yang lebih baik.

Kelima tugas keluarga tadi akan berdampak positif pada pasien dengan gangguan jiwa apabila mampu dijalankan dengan baik oleh keluarga. Keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa bisa membuat keputusan yang tepat, menentukan pilihan tempat untuk mencari upaya pengobatan untuk anggota keluarganya tadi yang berdampak pada proses kesembuhan.

2.2. 3. Fungsi Keluarga

Menurut Nichols, (2004) dalam Varcarolis, (2010) beberapa fungsi keluarga dalam perawatan pasien gangguan jiwa adalah sebagai berikut:

1. Fungsi manajemen

Fungsi manajemen adalah fungsi yang dilakukan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga, membuat peraturan, ketetapan dukungan finansial, cara menghadapi lingkungan di luar keluarga dan perencanaan masa depan keluarga. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa harus tepat terutama dalam pengambilan keputusan untuk memberikan perawatan pada anggota keluarganya.

2. Fungsi Ikatan

Fungsi ikatan anggota keluarga merupakan fungsi keterikatan antar anggota keluarga meliputi kejelasan ikatan antar individu, ikatan antar generasi, dan ikatan keluarga. Fungsi fisik dan emosional berhubungan dengan tingkat perbedaan peran individu dan tingkat kecemasan dalam keluarga, fungsi ini penting sehingga keluarga dapat memberikan perawatan yang sesuai pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

3. Fungsi Komunikasi

Fungsi komunikasi keluarga merupakan pola komunikasi dalam keluarga meliputi kejujuran dan keterbukaan pesan/komunikasi yang disampaikan, tanpa manipulasi dan ekspresi anggota keluarga dalam menanggapi hal positif dan negatif. Fungsi ini penting karena dengan berkomunikasi yang baik dengan pasien gangguan jiwa maupun anggota keluarga yang lain dapat mengetahui upaya mencari pengobatan yang diperlukan pasien dengan gangguan jiwa.

4. Fungsi suportif emosional

Fungsi suportif emosional berhubungan dengan dukungan emosional meliputi rasa hormat antar anggota keluarga, cara menghadapi konflik,

penggunaan sumber daya keluarga untuk kepentingan keluarga dan memenuhi tugas perkembangan setiap anggota keluarga. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa membutuhkan fungsi ini untuk dapat memberikan perawatan yang baik pada anggota keluarga tadi.

5. Fungsi sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi yang berhubungan dengan kebutuhan sosialisai meliputi peran keluarga sesuai dengan usia dan kemampuan, pola asuh dalam keluarga dan peran/ perilaku pasangan suami istri terhadap satu sama lain. Menurut Friedman, (2010) fungsi sosialisasi ini melatih anak dan mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah sehingga budaya setempat berkaitan dengan keluarga bagaimana merawat pasien gangguan jiwa.

2.3 Konsep Persepsi

2.3.1 Definisi Persepsi

Persepsi merupakan suatu proses yang didahului proses pengindraan, yaitu merupakan proses diterimanya stimulus oleh individu melalui alat indra atau proses sensoris (Walgito, 2004). Persepsi dapat dibentuk melalui suatu proses indrawi atau sebuah pengalaman langsung terhadap fenomena yang terjadi dan dipengaruhi oleh faktor individu maupun lingkungan. Dengan adanya persepsi ini maka individu dapat mengerti keadaan lingkungan yang ada di sekitar juga tentang keadaan individu sendiri.

2.3.2 Proses Persepsi

Persepsi tidak datang begitu saja tetapi melalui proses dan tahapan yang panjang dalam otak manusia. Menurut Soelaiman dalam Sobur, (2003) proses terjadinya persepsi meliputi tiga komponen utama yaitu:

1. Seleksi yaitu proses penyaringan oleh indra terhadap ransangan dari luar intensitas dari jenisnya bisa banyak atau sedikit.
2. Interpretasi yaitu proses mengorganisasikan informasi sehingga mempunyai arti bagi seseorang. Interpretasi ini dipengaruhi beberapa faktor antara lain pengalaman masa lalu, sistem nilai yang dianut, motivasi, kepribadian, dan kecerdasan. Selain itu juga dipengaruhi kemampuan seseorang untuk melakukan pengkategorian informasi yang diterimanya, yaitu proses mereduksi informasi yang kompleks menjadi sederhana.
3. Interpretasi dan persepsi yang diterjemahkan dalam bentuk tingkah laku sebagai reaksi.

Dalam proses persepsi tersebut ketiga tahap tadi akan saling berkaitan, tidak saling terpisah dan bersifat kontinyu.

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Persepsi

Faktor- faktor yang mempengaruhi persepsi menurut, Krech and CrutchField dalam Rahmat, (2005) adalah sebagai berikut:

1. Faktor fungsional

Faktor fungsional dihasilkan oleh kebutuhan, kegembiraan (suasana hati) pelayanan dan pengalaman masa lalu seseorang.

2. Faktor struktural

Yaitu faktor-faktor yang dihasilkan dari bentuk stimuli dan efek-efek yang ditimbulkan dari sistem saraf individu.

3. Faktor situasional

Faktor ini banyak berhubungan dengan bahasa non verbal antara lain petunjuk wajah, petunjuk poksemik, petunjuk kenesik, petunjuk paralinguitik adalah beberapa faktor situasional yang mempengaruhi persepsi.

4. Faktor personal

Faktor yang mempengaruhi persepsi ini ini terdiri atas pengalaman, motivasi dan kepribadian dari setiap individu.

2.4 Upaya Non Medis Pengobatan Gangguan Jiwa

Menurut Prayitno, (1985) dalam Afriani, (2009) bahwa masih ada keyakinan di masyarakat bahwa gangguan jiwa tidak bisa dirawat secara medis, sehingga perawatan medis merupakan tempat terakhir memperoleh pertolongan setelah upaya non medis tidak berhasil.

Upaya non medis dalam pengobatan pasien dengan gangguan jiwa antara lain adalah sebagai berikut:

2.3.1 Ruqyah

Menurut hasanah bahasa ruqyah dianggap suatu tradisi lokal seperti doa atau disebut juga mantra (Aqila, 2005) dalam Arifin, (2009) dalam prakteknya ruqyah merupakan sistem pengobatan dengan bacaan- bacaan tertentu yang diarahkan pada orang yang sedang diobati (Ziyad, 2005) dalam Arifin, (2009). Sementara Taufiq, (2006) dalam Arifin, (2009) menjelaskan bahwa ruqyah adalah pembacaan beberapa kalimat untuk seseorang dengan harapan kesembuhan atas

kesengsarannya, Ruqyah bisa berupa kumpulan ayat-ayat Al Qur'an, zikir, atau doa para nabi yang ditulis seseorang untuk dirinya sendiri atau orang lain. Proses Ruqyah menurut Waliyun Arifudin dikutip Arifin, (2009) adalah sebagai berikut:

1. Pengenalan *Ruqyah Syar'iyah* yaitu syariatnya, syarat dan penanaman nilai-nilai.
2. Kontrak pertemuan terapi untuk mengatur kapan pelaksanaan terapi dilaksanakan.
3. Pengkondisian tempat dan pasien.
4. Dialog tentang materi tentang materi keislaman.
5. Pembacaan ayat ayat Ruqyah.

Selain prosedur di atas pada pasien juga diberikan ramuan-ramuan antara lain, jinten hitam (*habbatus sauda'*), kurma (*ajwa*), daun bidara atau *sidr* dan air.

2.3.2 Reiki

Reiki berasal dari bahasa Jepang yang artinya Rei (alam semesta) dan Ki atau Chi yang artinya energi (Efendy, 2007). Jadi Reiki merupakan terapi yang menggunakan energi yang berasal dari alam semesta.

Teknik terapi yang diberikan dalam Reiki ini adalah penyaluran energi dari terapis kepada pasien yang menyebabkan pasien merasa rileks atau santai sehingga diharapkan dapat mempengaruhi kondisi psikologis pasien (Efendy, 2007).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Syarifah, (2009) melaporkan bahwa efek relaksasi dari penyaluran energi yang diberikan terapis Reiki ini mampu menurunkan tingkat depresi dari pasien setelah dilakukan terapi penyaluran energi Reiki sebanyak dua kali.

2.3.3 Dzikir

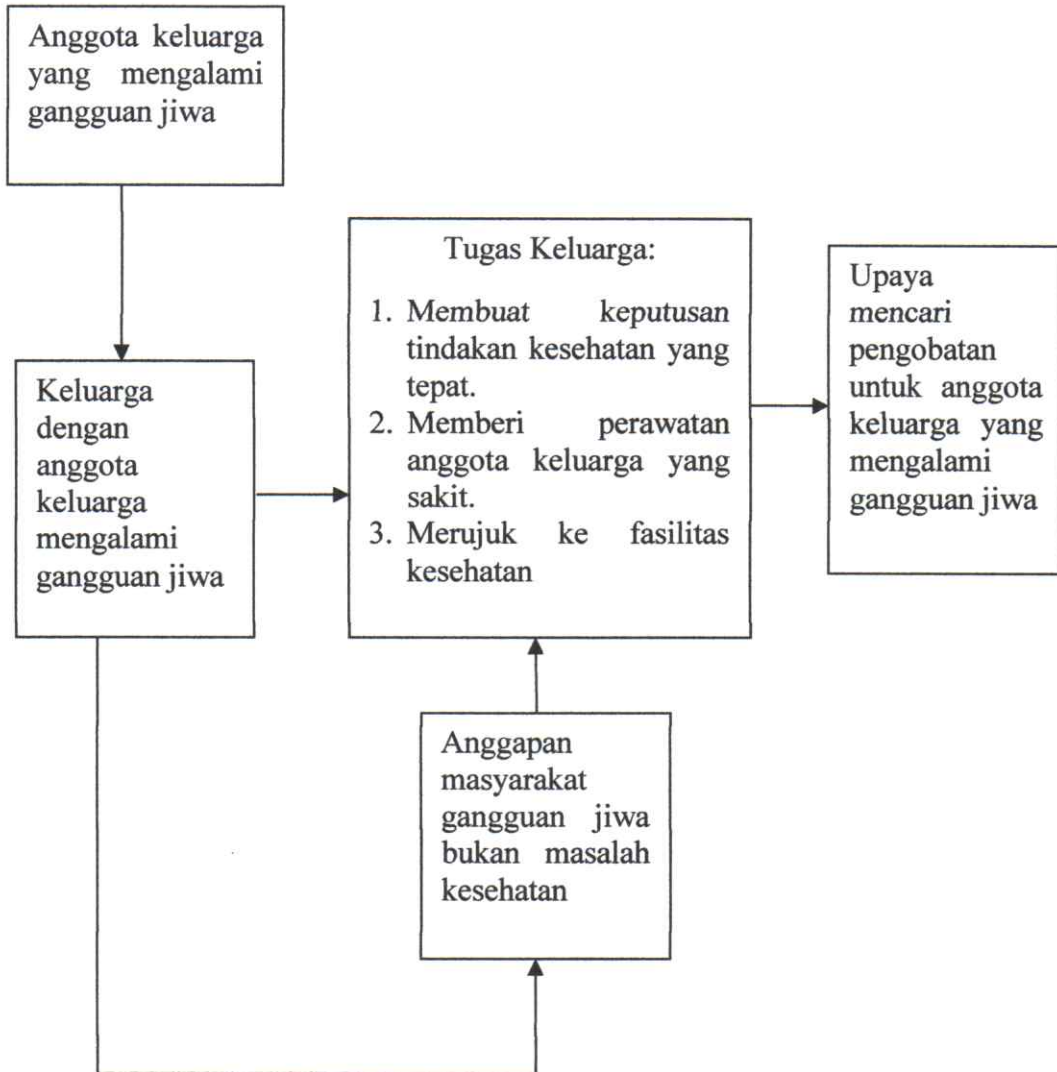
Dzikir memiliki makna mengingat makna Allah SWT atau menyebut lafadz Allah SWT, bertahlil, bertahmid, bertasbih, bertaqdis, bahkan termasuk membaca Al Qur'an dan membaca do'a Asy-Shiddiqy, (1977) dalam Abidin, (2006).

Dzikir merupakan psikoterapi keagamaan untuk mengurangi rasa cemas tegang konflik, stres maupun depresi. Menurut Hawari dalam Abidin, (2006) dzikir mengandung unsur spiritual kerohanian yang dapat membangkitkan harapan dan percaya diri pada pasien.

Menurut Taufiq Pasiak dalam Abidin, (2006) dalam makna sempit dzikir dimaksudkan menyebut nama Allah berulang-ulang yang bila hal ini dilakukan secara serius akan efektif sebagai pereda ketegangan dan kecemasan. Ketenangan dari dzikir akan menghasilkan dampak relaksasi bagi seseorang dalam menjalani proses penyembuhan.

BAB 3 KERANGKA PIKIR

3.1. Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 2.4. Kerangka Pikir penelitian teori hubungan sikap dan tindakan Newcomb dalam Notoatmodjo, (2010) berdasarkan tugas keluarga menurut Friedman,(2010).

Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif akan mencari gambaran upaya yang dilakukan keluarga dalam upaya mencari pengobatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Kerangka pikir yang digunakan adalah skema hubungan sikap dan tindakan menurut Newcomb dalam Notoatmodjo, (2010) yang merupakan predisposisi perilaku atau tindakan kesehatan.

Kerangka pikir berisi tentang tugas keluarga menurut Friedman, (2010) untuk anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan, yaitu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan membahas metode yang digunakan dalam penelitian ini yang memuat hal sebagai berikut.

4.1 Rancangan Penelitian

Metode Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis dari orang yang diamati (Bogdan dan Taylor, 1975) dalam (Moleong, 2010). Pendekatan yang digunakan adalah Fenomonologi deskriptif ditujukan untuk menggambarkan apa adanya tentang suatu keadaan.

Penelitian ini ditujukan untuk menggambarkan upaya yang dilakukan keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Upaya yang dilakukan keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menarik dicermati, karena upaya yang dilakukan berbeda-beda sesuai dengan pengetahuan keluarga yang tidak dapat dijelaskan secara kuantitatif. Oleh karena itu peneliti menggunakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif.

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Penelitian kualitatif ini menurut Spradley dalam Sugiyono, (2010) tidak menggunakan istilah populasi karena penelitian kualitatif berangkat dari *social situation* atau situasi sosial tertentu, yaitu ayah dari anak yang mengalami

gangguan jiwa sebagai obyek penelitiannya. Karena dalam sistem keluarga patriakal suami atau ayah adalah pengambil keputusan.

4.2.2 Sampel

Penelitian kualitatif sampel yang digunakan disebut dengan partisipan, yaitu keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Dalam mengidentifikasi partisipan dalam penelitian ini akan ditetapkan berdasarkan kriteria penelitian.

Berdasarkan kriteria penelitian maka yang dipilih sebagai partisipan adalah ayah yang mencari upaya mencari pengobatan kepada anak yang mengalami gangguan jiwa dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Partisipan adalah ayah dari anak yang mengalami gangguan jiwa dan tinggal satu rumah.
- b. Partisipan adalah ayah dengan anggota keluarga/anak mengalami gangguan jiwa yang mencari pengobatan non medis sebelum memanfaatkan dukungan medis.
- c. Mampu berkomunikasi dengan baik menggunakan bahasa Indonesia atau bahasa daerah bahasa Jawa yang mudah dimengerti oleh peneliti dan partisipan.
- d. Sehat fisik dan mental saat dilakukan wawancara.

4.2.3 Besar Sampel dan Teknik Pengambilan sampel

Pengambilan sampling dalam penelitian ini menurut Sugiyono, (2010) dilakukan secara *snowball sampling* yaitu tehnik pengambilan sumber data yang pada awalnya sedikit kemudian lama-lama bertambah. Jumlah partisipan dalam

penelitian kualitatif menurut Sugiyono, (2010) adalah tidak ditentukan apabila partisipan sudah tidak lagi memberikan informasi yang baru atau data sudah jenuh maka partisipan dianggap sudah cukup. Dengan berbagai pertimbangan dan keterbatasan dalam penelitian yang ada ditetapkan jumlah partisipan yang sebanyak adalah 4 orang, dan apabila informasi yang didapatkan belum mencukupi maka akan ditambah partisipannya sesuai keadaan pada saat dilakukan penelitian.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu Soeparto, (2000) dalam Nursalam, (2011). Penelitian ini tidak menggunakan variabel dependen dan interdependen, variabel dalam penelitian ini adalah keluarga dengan anggota keluarga mengalami gangguan jiwa.

4.3.1 Definisi Operasional

Definisi operasional menjelaskan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian sehingga mempermudah dalam mengartikan penelitian.

Tabel 4.3.1 Definisi operasional analisis upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di desa Tunggujagir, Mantup, Lamongan

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur |
|--------------------------|--|--|---|
| Upaya mencari pengobatan | Upaya yang dilakukan keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi keluarga tentang kondisi sakit anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. 2. Kendala yang dialami keluarga selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa 3. Upaya pengobatan yang digunakan keluarga saat menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. | Wawancara (<i>Indepth Interview</i>) |

4.4 Alat Penelitian

Dalam penelitian ini yang dilakukan adalah mencari informasi dari partisipan dengan melakukan wawancara untuk mendapatkan informasi yang diharapkan. Peneliti menggunakan alat bantu pengumpul data berupa alat perekam *voice recorder* untuk merekam untuk merekam informasi dari partisipan. *Voice recorder* digunakan karena mudah digunakan dan suara yang dihasilkan cukup jernih sehingga mudah untuk dipahami isi dari dari wawancara yang dilakukan. Penggunaan alat perekam ini dengan persetujuan partisipan bahwa wawancara yang dilakukan akan direkam.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini antara lain pedoman wawancara yang dimaksudkan untuk membantu pewawancara agar dapat merencanakan topik wawancara berikutnya, pertanyaan yang diajukan kepada partisipan untuk mendapatkan informasi yang diharapkan. Penelitian ini juga menggunakan catatan lapangan atau *fieldnote* yang berisikan kata kunci atau pokok-pokok isi pembicaraan wawancara yang dilakukan antara peneliti dan partisipan.

Menurut Nasution dalam Prastowo, (2011) peneliti dalam penelitian kualitatif adalah sebagai instrumen dalam penelitian itu sendiri. Wawancara yang akan dilakukan akan didahului dengan pembukaan seperti perkenalan antara peneliti dan partisipan menjelaskan tujuan penelitian, selanjutnya akan dilakukan kesepakatan kontak yang mengatur pertemuan partisipan dan pewawancara.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Kabupaten Lamongan.

4.6.2 Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan mulai bulan September sampai dengan Januari dan kurang lebih berlangsung selama 5 bulan mulai dari pengembangan proposal sampai dengan pelaporan hasil penelitian.

4.7 Prosedur dan Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan untuk mendapatkan informasi atau fakta-fakta di lapangan Poham, (2007) dikutip Prastowo, (2011) . Pengumpulan data menggunakan metode wawancara yaitu wawancara semi-terstruktur dengan *indepth iterview* atau tehnik wawancara yang bertujuan menemukan masalah secara terbuka dimana pihak yang diajak wawancara dimintai pendapat atau ide-idenya Estenberg, (2002) dalam Sugiyono, (2010).

Wawancara juga dilengkapi *fieldnote* atau catatan lapangan untuk mencatat hal-hal penting di dalam proses wawancara. Dalam persiapan wawancara pewawancara mempersiapkan bentuk pertanyaan yang akan diajukan dalam penelitian, Peneliti akan membagi proses pengumpulan data menjadi 3 tahapan yaitu:

4.7.1. Tahap Persiapan

Sebelum memulai prosedur penelitian peneliti akan menentukan partisipan yang akan menjadi narasumber dalam penelitian ini. Prosedur ini akan dimulai setelah mendapat ijin penelitian dari Bakesbang Linmas Kabupaten Lamongan Yang diteruskan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan. Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan akan memberikan tembusan ke Puskesmas Kecamatan Mantup dan mengetahui Camat Kecamatan Mantup. Selanjutnya akan diberikan pengantar ke Kepala Desa Tunggun Jagir sebagai Kepala Desa tempat penelitian dilakukan. Selanjutnya akan ditentukan partisipan yang akan memberikan informasi dalam penelitian ini.

Persiapan yang dilakukan adalah mempersiapkan tempat yang akan digunakan wawancara dengan partisipan di tempat yang memungkinkan wawancara tidak terganggu yaitu tempat yang nyaman, terang dan tidak bising. Wawancara akan dilakukan di rumah partisipan sesuai dengan waktu yang disepakati.

4.7.2 Tahap Pelaksanaan

Wawancara berdasarkan kontrak waktu dan kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Partisipan akan dijelaskan tentang proses yang dilakukan dalam proses wawancara dan menandatangani surat persetujuan atau *inform consent*. Wawancara akan dimulai dengan pengisian data demografi dari partisipan, waktu yang digunakan dalam proses wawancara 30 sampai 60 menit. Wawancara akan direkam dengan *voice recorder* dan hal-hal yang terjadi dalam proses wawancara akan ditulis dalam *fieldnote*. Pertanyaan yang diajukan sesuai dengan apa yang

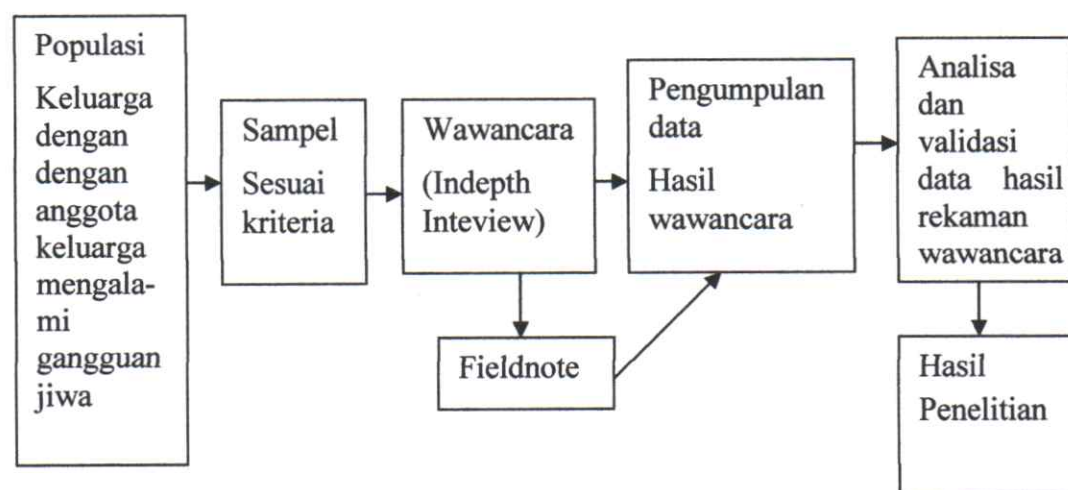
sudah ditulis dalam pedoman wawancara dan partisipan bebas menjawab sesuai dengan apa yang diinginkan oleh partisipan.

4.7.3 Tahap terminasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir pertemuan dengan partisipan dilakukan dengan melakukan validasi hasil wawancara dari rekaman tadi disalin dalam bentuk verbatim atau transkrip wawancara. Hasil wawancara tadi ditunjukkan kepada partisipan untuk dibaca dan apabila partisipan menyatakan sudah sesuai serta peneliti sudah cukup mendapat informasi yang diharapkan maka pertemuan dengan partisipan sudah selesai, peneliti mengucapkan terima kasih atas kesediaan partisipan menjadi narasumber dalam penelitian ini.

4.8 Kerangka Operasional

Kerangka operasional akan menjelaskan operasinalisasi dalam penelitian ini



Gambar 4.8 Kerangka operasional upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

4.9. Cara Analisis Data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan langkah analisis data menurut Colaizzi, (1978) dalam Speziale and Carpenter, (2011) yang meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a. Mendeskripsikan fenomena yang diteliti, peneliti memahami upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Membuat deskripsi informasi tentang fenomena dari partisipan dalam bentuk narasi berdasarkan hasil wawancara dan *fieldnote*.
- c. Membaca kembali secara keseluruhan hasil deskripsi informasi dari partisipan untuk memperoleh pemahaman yang sama seperti pengalaman yang dialami partisipan. Peneliti membaca transkrip 3-4 kali untuk merasakan pemahaman seperti yang dirasakan partisipan.
- d. Mengidentifikasi penyaringan kata kunci melalui pernyataan partisipan yang signifikan dengan fenomena yang diteliti. Pernyataan-pernyataan yang merupakan pengulangan dan mengandung makna yang sama atau mirip maka pernyataan ini diabaikan.
- e. Memformulasikan arti kata kunci dengan cara mengelompokkan kata kunci yang sesuai pertanyaan penelitian selanjutnya mengelompokkan kata kunci yang sejenis. Hal ini dilakukan dengan hati-hati agar tidak membuat penyimpangan arti dari pernyataan partisipan dengan merujuk kembali pada pernyataan partisipan yang signifikan. Cara yang perlu dilakukan adalah menelaah kalimat satu dengan yang lain dan mencocokkan dengan *field note*.

- f. Mengorganisasikan arti-arti yang telah teridentifikasi ke dalam beberapa kelompok tema. Setelah tema tadi terorganisir, peneliti memvalidasi kelompok tema tersebut.
- g. Mengintegrasikan semua hasil penelitian ke dalam suatu narasi yang menarik dan mendalam sesuai dengan topik penelitian.
- h. Membawa kembali hasil penelitian yang berupa verbatim ke masing-masing partisipan untuk dibaca oleh partisipan untuk memperoleh validasi, yaitu apakah gambaran tema sudah sesuai dengan pengalaman partisipan.
- i. Menggabungkan data hasil validasi ke dalam deskripsi analisis. Peneliti menganalisis kembali data yang diperoleh selama proses validasi untuk ditambahkan ke dalam deskripsi akhir laporan penelitian.

4.10 Masalah Etik (Ethical Clearance)

Subyek dalam penelitian ini adalah partisipan yang mengungkapkan tentang upaya yang dilakukan dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Upaya yang dilakukan keluarga merupakan hal bersifat pribadi bagi keluarga sehingga diperlukan pertimbangan etik untuk menjamin hak dari partisipan tidak dilanggar selama penelitian. Penelitian ini menggunakan beberapa prinsip etik berdasarkan Belmont Report, (1979) dalam, (HHS.gov/ *U.S. Department of Health and Human Services*, 2012) yang diterapkan dalam penelitian yang meliputi prinsip *beneficence*, prinsip *justice* dan prinsip menghargai martabat manusia (*Respect for Person*).

Prinsip *beneficence*, terutama dimensi *do no harm* dirasakan penting karena selama pengambilan data peneliti akan mengeksplorasi upaya yang sudah

dilakukan keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Prinsip ini diterapkan dengan menumbuhkan hubungan saling percaya antara peneliti dan partisipan.

Prinsip *justice* diterapkan dengan menjalankan prosedur *anonimity* dan *confidentiality*. *Anonimity* atau tidak mencantumkan nama digunakan untuk menjaga kerahasiaan identitas partisipan. Oleh karena jumlah partisipan yang tidak banyak peneliti tidak mencantumkan inisial tetapi mencantumkan kode yang hanya dimengerti oleh peneliti . Untuk menjamin kerahasiaan data dari hasil wawancara peneliti menggunakan prosedur *confidentialy*. Selama partisipan menyampaikan informasi hanya melibatkan peneliti dan partisipan tanpa pihak lain diluar partisipan. Rekaman hasil wawancara disimpan oleh peneliti dalam bentuk data elektronik dan verbatim digunakan hanya untuk kepentingan penelitian dan dimusnahkan setelah tidak diperlukan lagi.

Prinsip menghargai martabat manusia (*Respect for Person*) digunakan dengan menerapkan hak *self determination* . Alasan penggunaan hak ini adalah makna pengalaman keluarga dalam upaya mencari pengobatan untuk anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa yang disampaikan selama penelitian. Peneliti perlu meminta kesediaan partisipan dalam proses wawancara untuk mendapatkan informasi. Peneliti mempersilahkan partisipan untuk terlibat dalam penelitian tanpa tekanan dari pihak peneliti maupun tempat penelitian. Untuk itu peneliti akan menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian sebelum partisipan bersedia memutuskan secara sadar berpartisipasi dalam penelitian ini. Peneliti juga menyampaikan kepada partisipan bahwa partisipan berhak mengundurkan diri dan berhenti sebagai partisipan apabila tidak ingin melanjutkan dalam proses

pengambilan data. Hak ini disampaikan pada partisipan dalam bentuk lembar penjelasan penelitian dan lembar persetujuan menjadi partisipan (*inform consent*) yang berisi tujuan, manfaat, prosedur penelitian, batasan keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan, dan jaminan hak-hak partisipan. Setelah partisipan mengerti diminta untuk mengisi dan menandatangani pernyataan bersedia mengikuti penelitian.

4.11 Keabsahan Penelitian

4.11.1 Credibility

Derajat kepercayaan atau *credibility* merupakan pengganti konsep validitas internal dari penelitian non kualitatif (Moleong, 2010) hal ini untuk membuktikan hasil penelitian dapat dipercaya. Untuk memperoleh *credibility* maka peneliti meminta partisipan untuk membaca kembali verbatim hasil wawancara untuk memperoleh umpan balik apakah wawancara sudah sesuai dengan yang disampaikan partisipan.

4.11.2 Dependability

Dependability atau kebergantungan merupakan substitusi istilah reliabilitas dalam penelitian non kualitatif, (Moleong, 2010). Pada penelitian kualitatif uji dependabilitas dilakukan dengan melaksanakan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Audit dilakukan oleh dosen pembimbing penelitian sebagai eksternal reviewer untuk memeriksa cara dan hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti.

4.11.3 Confirmability

Penelitian dikatakan obyektif jika hasil penelitian disepakati banyak orang, menguji konfirmabilitas berarti menguji hasil penelitian yang dihubungkan

dengan proses penelitian yang dilakukan, (Prastowo,2011). *Confirmability* dalam penelitian ini dilakukan inkuiri audit melalui *audit trail*, peneliti mengumpulkan semua hasil wawancara dan *field note*. Peneliti akan meminta dosen pembimbing sebagai eksternal reviewer dengan melakukan analisis perbandingan untuk menjamin obyektifitas penelitian.

4.11.4 Transferability

Transferability atau keteralihan kemampuan hasil penelitian untuk dapat diterapkan pada tempat atau kelompok lain yang memiliki kesamaan karakteristik. Dalam penelitian ini peneliti tidak melakukan *transferability* karena keterbatasan waktu dari penelitian.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan menjelaskan hasil penelitian dan pembahasan tentang upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

5.1 Hasil Penelitian

Peneliti akan menyajikan hasil penelitian yang menampilkan gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik dari partisipan yang berisi tentang data partisipan dan data anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Selanjutnya peneliti akan menyajikan tema yang muncul dari sudut pandang partisipan tentang upaya mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Kabupaten Lamongan. Desa Tunggunjagir merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Mantup. Jarak desa ini sekitar 12 km dari Puskesmas Mantup yang merupakan unit pelayanan kesehatan di Kecamatan Mantup. Letak desa ini di pinggir hutan jati milik Perhutani KPH Mojokerto. Mayoritas penduduknya bekerja sebagai petani. Jumlah penderita gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir berdasarkan data dari laporan tahunan Puskesmas Mantup ditemukan sebanyak 12 orang, (Puskesmas Mantup,2012).

Upaya yang dilakukan oleh Puskesmas Mantup dalam penanganan pasien gangguan jiwa adalah dengan menugaskan perawat sebagai penanggung jawab

kesehatan jiwa. Program tersebut belum bisa berjalan dengan baik dan menjangkau semua wilayah oleh karena luasnya wilayah kecamatan Mantup dan kendala dari keterbatasan tenaga.

5.2.2 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini sebanyak empat orang, semuanya berjenis kelamin laki-laki dan ayah dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Usia partisipan dalam rentang 42 tahun sampai 60 tahun. Tingkat pendidikan partisipan rata-rata lulusan SD. Sebagian besar partisipan yaitu tiga orang bekerja sebagai petani dan satu orang wiraswasta. Agama yang dianut partisipan semuanya beragama Islam. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa terdiri dari dua laki-laki, dan dua wanita. Usia anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa pada rentang 19 tahun sampai dengan 29 tahun.

5.1.3 Gambaran Tema

Tema sebagai hasil penelitian disusun berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan wawancara dan catatan lapangan selama proses pengambilan data berlangsung. Penelitian ini menghasilkan 5 tema yang akan diuraikan berdasarkan tujuan penelitian.

1. Persepsi Keluarga Tentang Kondisi Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Persepsi keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat digambarkan dalam satu tema yaitu gangguan jiwa. Tema tersebut dapat digambarkan dalam uraian sebagai berikut:

Tema 1: Gangguan Jiwa

Gambaran tentang gangguan jiwa yang disampaikan oleh partisipan terbagi menjadi dua yaitu tanda dan gejala gangguan jiwa serta penyebab gangguan jiwa. Perubahan perilaku yang dialami terdiri dari psikomotor dan persepsi. Perubahan psikomotor dibagi menjadi dua kategori yaitu pasif dan aktif. Psikomotor pasif diungkapkan oleh dua partisipan seperti yang tergambar dalam petikan transkrip partisipan tiga dan empat berikut ini:

“Waktu pertama kali sakit anak saya itu seperti orang bingung gitu mas, tidak bisa tidur, tidak mau bicara, diam saja seperti nglamun begitu.”(P3)

“Nah waktu itu kan istirahat buat sarapan anak saya sudah mogok tidak mau makan.”(P4)

Perubahan perilaku psikomotor aktif diungkapkan oleh oleh tiga partisipan, seperti yang tergambar dalam petikan transkrip partisipan satu, tiga dan empat berikut ini:

“lari-lari dan ngamuk-ngamuk di pabrik, memukul orang di dekatnya” (P1)

“lama-kelamaan tidak tahu sebabnya dia kok marah-marah memukul mbahnya, merusak pintu, kaca rumah dipecah”(P3)

“Sampai di rumah yang pertama kali ya mencari istrinya langsung dia marah-marah sama istrinya sempat dipukul juga. Kemudian setelah itu dia keluyuran terus tapi masih ingat pulang kalau waktu makan atau sore hari”(P4)

Perubahan perilaku persepsi seperti yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit diungkapkan oleh partisipan satu dan dua. Gangguan tersebut adalah halusinasi, seperti tergambar dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Waktu tidur merasa dibangunkan oleh sosok yang menyerupai saya ketakutan dia loncat terus jelalatan karena melihat bayangan tadi ke arah pabrik”(P1)

“Seperti orang bingung katanya ada yang membisiki tapi dia tidak tahu apa isi bisikannya. Dia bilang kalau naik kuda putih yang bagus sekali menyuruh dia untuk naik dan mengajaknya berlari kencang.”(P2)

Penyebab gangguan jiwa yang diungkapkan oleh partisipan meliputi penyebab internal dan eksternal. Penyebab internal yaitu penyebab berasal dari

pasien sendiri. Sedangkan penyebab eksternal yang menyebabkan gangguan jiwa berasal dari roh halus dan akibat perbuatan dari orang lain. Penyebab gangguan jiwa internal yaitu perasaan kehilangan seperti diungkapkan oleh partisipan tiga, seperti tergambar dalam transkrip berikut ini:

“Dia kan baru saja ditinggal istrinya meninggal dunia, jadi mungkin dia merasa sedih” (P3)

Penyebab gangguan jiwa eksternal yang berasal dari gangguan roh halus seperti diungkapkan oleh partisipan satu dan tiga . Tergambar dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Anak saya itu sakitnya disebabkan oleh hal-hal yang ghoib, gendruwo yang berasal dari pabrik tempatnya dia bekerja” (P1)

“Saat membangun pabrik kan merobohkan pohon besar, makanya penghuni pohon tadi yang mengganggu anak saya” (P3)

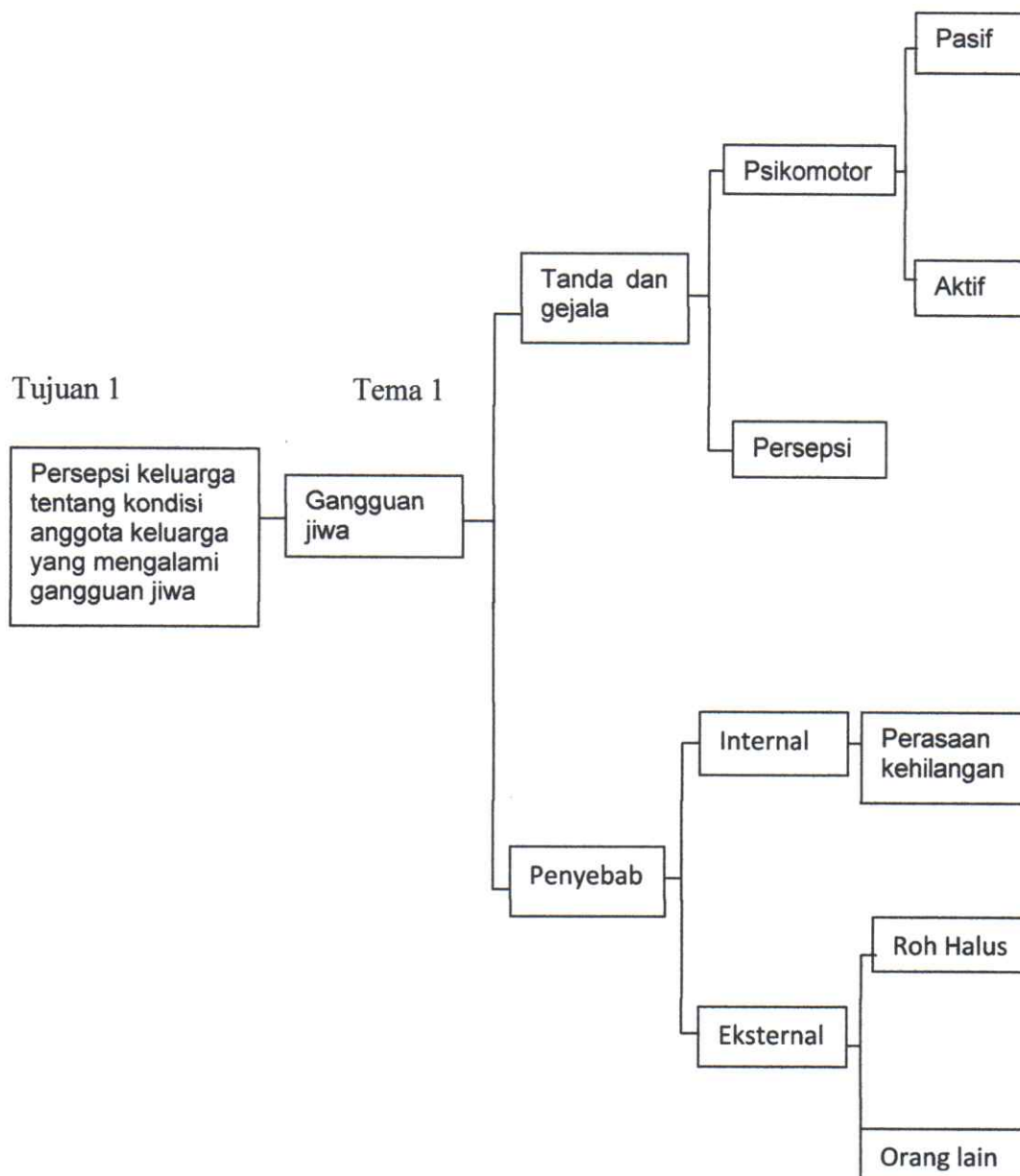
Penyebab gangguan jiwa eksternal yang disebabkan perbuatan orang lain seperti diungkapkan oleh partisipan dua,tiga dan empat. Hal ini tergambar dalam kutipan transkrip berikut ini:

“si anak laki-laki tadi minta tolong orang untuk mengguna-gunai anak saya.”

“tetangga saya tadi sakit hati terus anak saya jadi sasarannya.” (P2)

“Menurut saya sakit anak saya karena dibikin orang” (P3)

Persepsi keluarga tentang kondisi anggota keluarga yang sakit dapat disimpulkan dalam satu tema yang digambarkan dalam skema 5.2.1 berikut ini:



Gambar 5.1.1 Analisis Persepsi Keluarga Tentang Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

2. Kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat digambarkan dalam dua tema, yaitu tema tuntutan dan stigma. Tema tersebut diuraikan dalam penjelasan sebagai berikut.

Tema 2 : Tuntutan

Tema yang kedua adalah tuntutan merupakan kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Tuntutan yang diungkapkan oleh partisipan meliputi biaya, waktu, keamanan, masa depan dan kebiasaan. Kendala tuntutan biaya berdasarkan gambaran yang diungkapkan oleh partisipan dua, tiga dan empat. Kutipan transkrip yang disampaikan adalah sebagai berikut:

“Merawat anak yang sakit seperti ini kan butuh banyak biaya. Beruntung saya waktu itu masih punya sapi dan sawah akhirnya sapi ada yang saya jual sedangkan sawah saya sewakan untuk dapat uang.” (P2)

“Selain itu sawah, dan hewan peliharaan seperti kambing saya juga habis saya jual untuk mencari orang pintar kesana-kemari, supaya anak saya sembuh.” (P3)

“adiknya yang membantu kami membiayai repot juga kalau hanya mengandalkan penghasilan dari bertani.” (P4)

Waktu berdasarkan gambaran yang diungkapkan oleh partisipan satu dan dua. Seperti diungkapkan dalam kutipan transkrip berikut ini:

”Akhirnya saya dan ibunya harus bergantian menjaganya karena kalau tidak dijaga takut lari kemana-mana” (P1)

“Anak itu kan terus mengikuti saya kemana saya pergi sampai ke sawah pun dia ikut sampai saya tidak bisa kerja” (P2)

Kendala tuntutan keamanan baik pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa maupun orang lain. Tuntutan keamanan ini digambarkan oleh semua partisipan. Seperti diungkapkan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Karena kalau tidak dijaga takut lari kemana-mana kalau ketakutan terus teriak-teriak, lari kemudian seperti mau mukul orang. Saya kan harus menjaganya pas dia lari sampai keluar rumah.” (P1)

“Alhamdulillah mas, waktu itu anak saya dapat ditemukan dalam keadaan selamat (terdiam sejenak), walaupun dia tidak ingat apa yang dilakukan tidak tahu kalau naik sepeda motor sampai sejauh itu” (P2)

“Lama-kelamaan tidak tahu sebabnya dia kok marah-marah memukul mbahnya, merusak pintu, kaca rumah dipecah.” (P3)

“dia keluyuran mas, pertamanya saya cari kemana-mana. di sendang dia duduk di pembatas sendang perempuan, takut nganggu orang-orang yang lagi mandi” (P4)

Tuntutan tentang masa depan ini terdiri dari dari dua gambaran yaitu pendidikan dan kesembuhan. Masa depan tentang pendidikan seperti yang digambarkan oleh partisipan dua. Hal tersebut diungkapkan dalam kutipan transkrip berikut:

“Saya cuma memikirkan bagaimana ke depannya anak saya, bagaimana kelanjutan sekolahnya nanti” (P2)

Tuntutan masa depan tentang kesembuhan seperti yang digambarkan oleh partisipan dua dan tiga. Kesembuhan dibagi menjadi dua yaitu pikiran dan harapan. Pikiran seperti diungkapkan partisipan dua dalam kutipan transkrip berikut:

“Terus apakah bisa lagi sembuh seperti dulu lagi dan macam-macam pikiran yang tidak bisa saya ungkapkan saking bingungnya saat itu.” (P2)

Harapan untuk mendapatkan kesembuhan adalah salah satu tuntutan yang diinginkan keluarga. Seperti digambarkan oleh partisipan tiga yang diungkapkan dalam petikan transkrip berikut ini:

“Yaa Allah kalau bisa disembuhkan berikanlah kesembuhan” (P3)

Kebiasaan adalah salah satu tuntutan yang dialami keluarga, seperti digambarkan partisipan empat. Diungkapkan dalam petikan transkrip berikut ini:

“Lha itu mas saya dan ibunya kesulitan untuk menyetop merokoknya ini. Dulu kan saya beli rokok selalu satu pak, biar tidak bolak-balik beli ternyata tidak rokoknya tambah tidak putus-putus habis “nyumet” lagi” (P4)

Tema 3: Stigma

Stigma adalah salah satu kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini seperti yang digambarkan oleh partisipan dibagi menjadi dua yaitu perasaan dan anggapan. Perasaan yang digambarkan oleh partisipan satu, diungkapkan dalam petikan transkrip berikut ini:

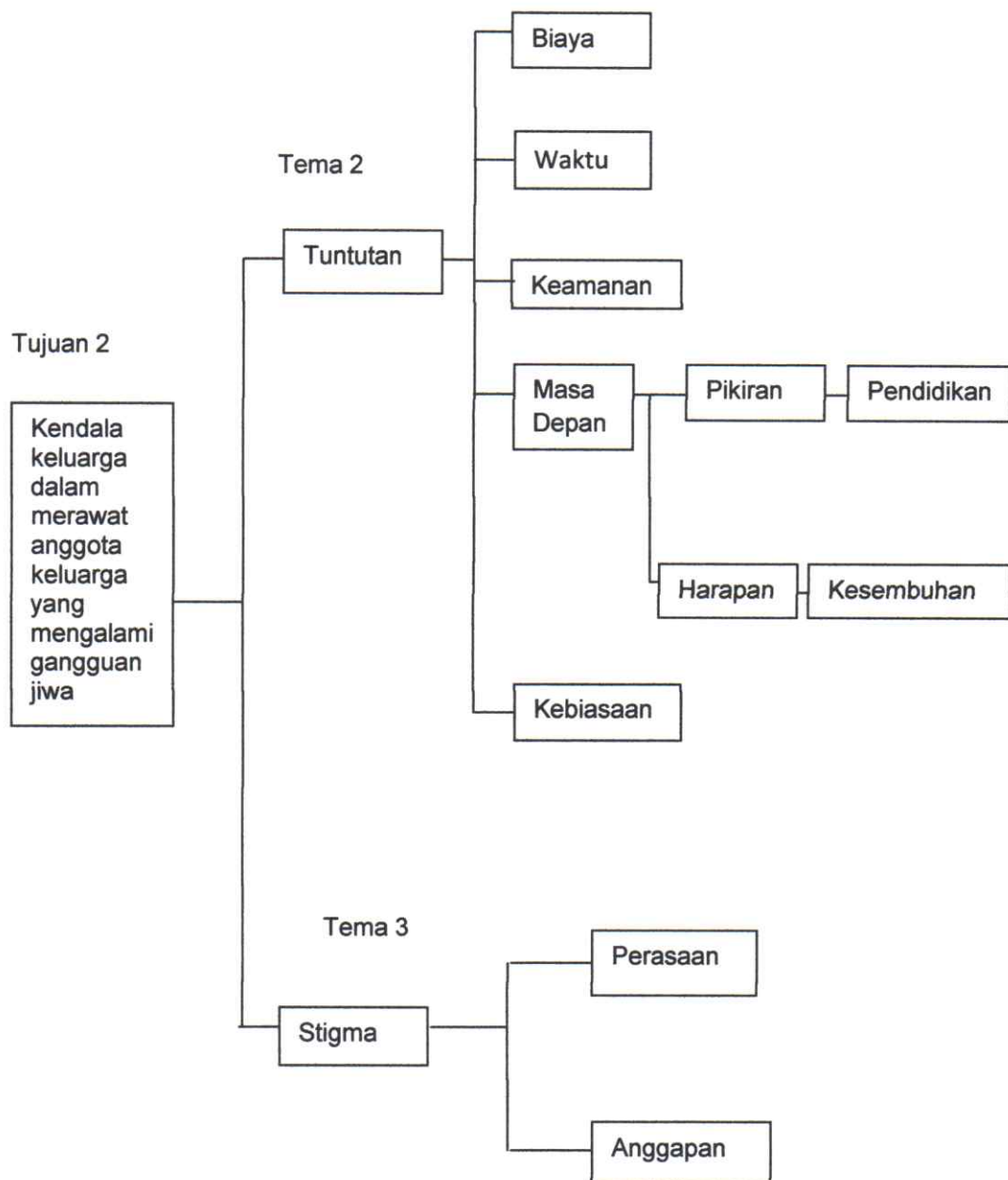
“Saya kan harus menjaganya pas dia lari sampai keluar rumah kemudian dilihat tetangga juga tidak enak, jadi malu kalau jadi tontonan orang banyak.” (P1)

Anggapan terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang dialami keluarga digambarkan oleh partisipan dua dan empat. Diungkapkan oleh partisipan dalam petikan transkrip berikut ini:

“Di sekolahnya karena anak saya dianggap gila sampai akan dikeluarkan dari sekolah” (P2)

“Menantu dan pihak keluarga menantu saya tidak mendukung serta mengerti keadaan anak saya yang mereka anggap gila, istrinya minta cerai.” (P4)

Kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat disimpulkan dalam dua tema. Seperti yang digambarkan dalam skema 5.2.2 berikut ini:



Gambar. 5.1.2 Analisis Kendala Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

5.2.3 Upaya Pengobatan Yang Digunakan Keluarga untuk Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa.

Upaya mencari pengobatan yang digunakan keluarga untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat dibagi menjadi dua tema yaitu modifikasi cara dan mekanisme coping.

Tema 4: Modifikasi Cara

Modifikasi cara yang dilakukan keluarga dalam melakukan upaya pengobatan terbagi menjadi tahapan dan sifat. Tahapan dalam mencari pengobatan dibagi menjadi mencari informasi dan memutuskan. Mencari informasi yang dilakukan keluarga untuk melakukan upaya pengobatan seperti digambarkan oleh partisipan dua dan tiga. Diungkapkan partisipan dalam petikan transkrip berikut:

“Waduh gak karu-karuan segala cara saya tempuh yang penting anak saya memperoleh kesembuhan.” (P2)

“Ada yang bilang dibawa ke orang pintar semua saya turuti demi anak saya.” (P3)

Memutuskan untuk melakukan upaya pengobatan seperti yang digambarkan oleh partisipan satu, dua dan tiga. Diungkapkan oleh partisipan dalam kutipan transkrip berikut:

“Kalau ibunya sebetulnya minta dibawa ke puskesmas atau dokter untuk diobati, tapi kalau menurut saya bukan sakit tapi karena adanya gangguan barang alus.” (P1)

“Ya atas sepengetahuan saya sendiri dan keputusan saya sendiri.” (P2)

“saya bawa ke orang pintar yang penting anak saya bisa sembuh.” (P4)

Sifat dari upaya pengobatan yang dilakukan dibagi dua yaitu medis dan non medis. Non medis meliputi cara spiritual, perantara benda dan tradisi atau adat. Dengan cara spiritual seperti yang digambarkan oleh partisipan satu, dua, tiga dan empat. Diungkapkan partisipan dalam kutipan transkrip berikut:

“Selama tiga hari tiga malam saya melakukan seperti ritual untuk menghilangkan ketakutan anak saya tadi yaitu selain dengan bacaan seperti tadi saya juga puasa dan melekan tidak tidur.” (P1)

“Cara mengobati mas J itu....ya gitu mas seperti mengusir mahluk halus dengan cara menggunakan do’a-do’a tertentu” (P2)

“Kemudian saya disuruh buat acara tahlilan di rumah, tahlilannya satu minggu sekali di rumah saya” (P3)

“Caranya pak U tadi melakukan puasa lalu melekan di rumah saya, katanya untuk mengusir pengaruh jahat yang ada di rumah saya” (P4)

Upaya pengobatan non medis dengan menggunakan perantara benda seperti yang digambarkan oleh partisipan satu, dua, tiga dan empat. Diungkapkan partisipan seperti dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Saya tuntun lewat handphone waktu itu dia pas sadar amalannya menurut orang-orang tua amalannya orang Jawa”

“Selain itu saya juga menggunakan media air yang saya taruh di gelas, kalau anak itu mau minum saya minumkan kalau tidak mau airnya saya usapkan ke wajahnya” (P1)

“Membaca do’a lalu menulis sesuatu huruf Arab di piring terus diberi air kemudian anak saya disuruh minum air tadi.” (P2)

“Waktu datang anak saya langsung dirantai kakinya, katanya *“ayo mumpung akeh wong’e ayo dirante ben gak mlayu”*. “

“Saya disuruh menyiapkan kembang macan kerah kembang lima macam. Kemudian kembang tadi dimasukkan ember dan air lalu dipakai memandikan anak saya, lalu air sisa mandinya dibuang ke jembatan sungai desa” (P3)

“Caranya anak saya diberi jahe yang sudah diberi do’a, jahe tadi kemudian dihaluskan kemudian dibobokkan ke anak saya. juga diberikan air yang sudah dido’ai kemudian anak saya disuruh minum.” (P4)

“Pak Kyai ini dan beberapa anak buahnya melakukan “pembersihan” di rumah saya memagari rumah saya dengan pagar ghaib untuk mengusir hal-hal jahat yang ada di rumah saya.” (P4)

Upaya pengobatan gangguan jiwa dengan menggunakan tradisi atau adat seperti yang digambarkan oleh partisipan dua dan tiga. Diungkapkan oleh partisipan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Selain itu saya juga saya disuruh selamatan di rumah katanya untuk memohon keselamatan seluruh keluarga saya.” (P2)

“buat acara selamatan di rumah “ambeng” yang dibuat antara lain adalah ketupat dan lepet sebanyak sembilan. Kemudian disiapkan juga ikan bader sebanyak sembilan.” (P3)

Upaya medis yang dilakukan keluarga dalam mencari upaya pengobatan dibagi dalam dua kategori yaitu medis dan kepatuhan. Upaya medis yang dilakukan keluarga seperti digambarkan oleh partisipan dua, tiga dan empat. Yang diungkapkan partisipan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“ Akhirnya dibawa ke Rumah Sakit Karang Menjangan supaya anak saya bisa dirawat,”

“anak saya dibawa ke Puskesmas Mantup untuk diobati. Anak saya disuntik dan diberi obat pil untuk diminum di rumah.” (P3)

“Adiknya bilang ke saya, pak bagaimana kalau mas S ini kita bawa saja ke dokter I di kota L saja. Akhirnya saya bawa saja sama adiknya ke dokter I” (P4)

Untuk kepatuhan terhadap pengobatan yang dilakukan seperti digambarkan oleh partisipan dua, tiga dan empat. Diungkapkan oleh partisipan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Sampai sekarang anak saya masih harus kontrol tiap bulan dan minum obat tiap hari.” (P2)

“Jadi setiap hari saya dan ibunya yang memberikan dia obat untuk diminum.” (P3)

“Ya sudah, akhirnya saya telateni saja berobatnya tiap bulan. Ibunya yang ngopeni untuk minumkan obat.” (P4)

Dampak dari upaya pengobatan yang dilakukan baik secara medis maupun non medis dapat dibagi dalam dua kategori yaitu positif dan negatif. Dampak positif seperti digambarkan oleh semua partisipan. Yang diungkapkan partisipan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Akhirnya anak saya tidak ketakutan lagi sampai saat ini dan bisa bekerja lagi” (P1)

“Sekarang sudah bisa sekolah lagi, jadi sekarang saya lebih ayem” (P2)

“akhirnya anaknya lebih tenang walaupun belum seperti dulu lagi waktu sehat yang penting tidak marah” (P3)

“Setelah dapat obat-obatan tadi akhirnya anak saya jadi lebih tenang bisa tidur” (P4)

Dampak negatif dari upaya pengobatan yang dilakukan dapat digambarkan oleh partisipan dua, tiga dan empat. Seperti yang diungkapkan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Cuma ya kadang kalau di sekolahan kadang mengeluh mengantuk.” (P2)

“Tapi ya begitu harus telaten memberikan obatnya katanya dia bosan minum obat terus.” (P3)

“Cuma akhir-akhir ini dia bilang takut kupingnya jadi budheg kalau kebanyakan obat.” (P4)

Tema 5: Mekanisme Koping

Tema yang kelima yaitu mekanisme koping yaitu tentang bagaimana keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Mekanisme koping ini meliputi satu kategori yaitu menerima yang dibagi menjadi dua yaitu sabar dan pasrah. Mekanisme koping menerima dengan sabar seperti digambarkan oleh partisipan dua dan tiga, yang diungkapkan dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Waduh mas, banyak hal yang saya harus hadapi, tapi saya jadi orang harus menjadi orang yang sabar.” (P2)

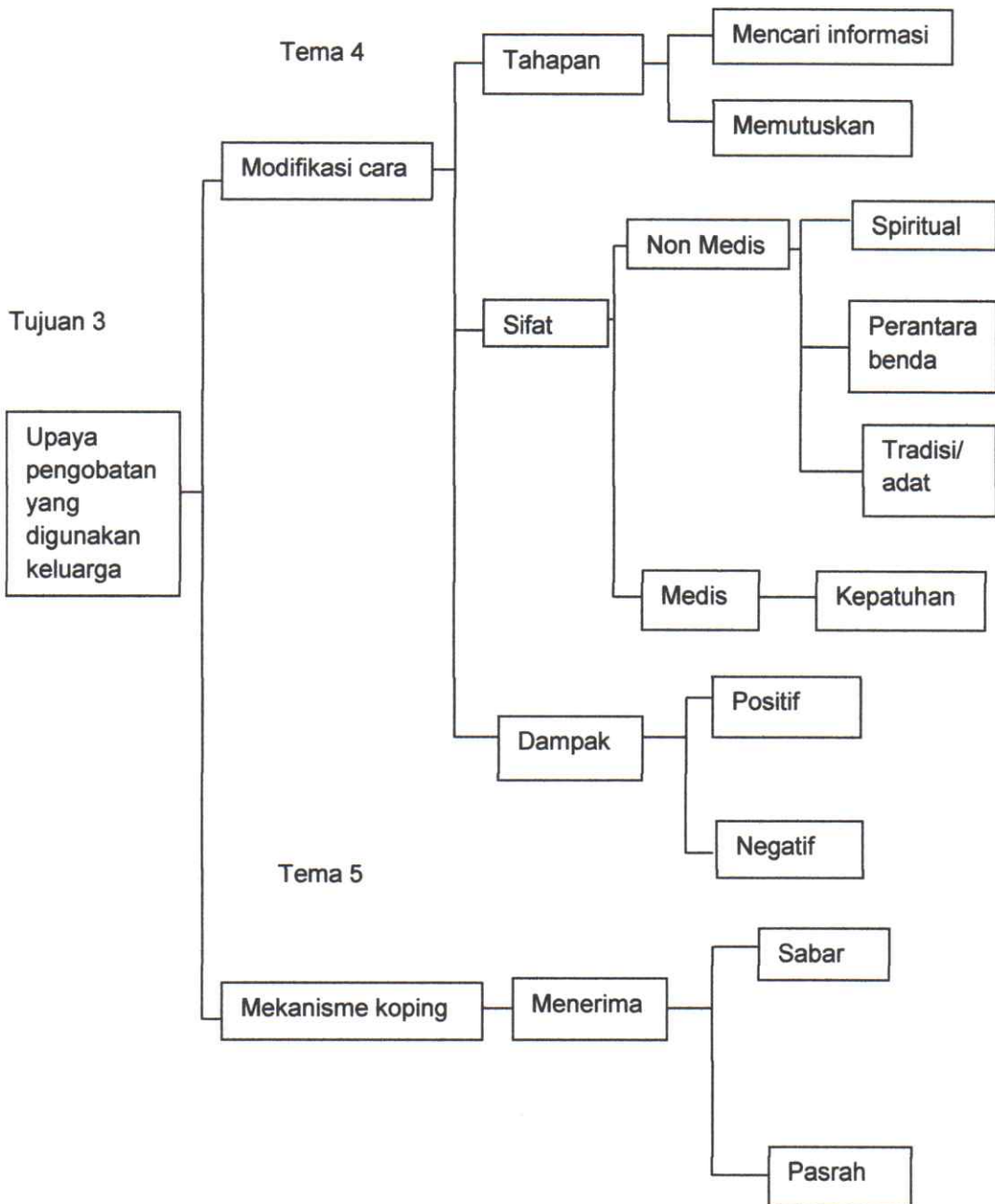
“Mungkin ini sudah nasib saya dan keluarga mendapat cobaan seperti ini, akhirnya saya coba sabar bagaimanapun keadaannya” (P3)

Mekanisme koping menerima yang kedua yaitu ikhlas dimana keluarga berusaha menerima keadaan yang dihadapi. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan tiga dan empat dalam kutipan transkrip berikut ini:

“Yaaa..(nafas panjang) kadang-kadang kalau pas sumpek sampai dalam hati saya bilang ya Allah kalau memang anak ini begini ya sudah saya ikhlaskan saja.” (P3)

“beban untuk merawat anak saya tadi harus kami yang mengatasinya yaa sudah ikhlas bagaimanapun juga dia anak kami” (P4)

Upaya keluarga dalam mencari upaya pengobatan yang terbagi dalam dua tema dapat digambarkan dalam skema 5.2.3 berikut ini



Gambar. 5.1.3 Skema upaya pengobatan yang digunakan keluarga untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

5.1 Pembahasan

Pembahasan ini akan menjelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan membandingkan dengan konsep, teori atau hasil penelitian yang sesuai dengan konteks penelitian. Pembahasan akan menguraikan temuan penelitian yang dibagi menurut tema sesuai dengan tujuan penelitian.

5.3.1 Persepsi Keluarga Tentang Kondisi Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Persepsi keluarga terhadap kondisi anggota keluarga yang sakit dapat digambarkan dalam satu tema yaitu gangguan jiwa.

Tema 1: Gangguan Jiwa

Keluarga mempunyai persepsi bahwa anggota keluarga yang sakit adalah mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah suatu gangguan mental sebagai sindrom perilaku atau psikologis yang terjadi dalam individu (APA, 2000) dalam Videbeck, (2011). Gangguan jiwa ditemukan dalam penelitian ini dijelaskan dalam dua bagian yaitu tentang tanda dan gejala, selanjutnya adalah penyebab gangguan jiwa. Tanda dan gejala yang ditemukan dalam penelitian ini perubahan pada psikomotor, dan persepsi.

Perubahan psikomotor seperti yang diungkapkan partisipan terdiri dari psikomotor aktif dan psikomotor pasif. Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi keadaan jiwa yang merupakan efek badan jiwa bersama (Maramis, 2009). Gangguan psikomotor ini dapat berupa kelambanan maupun peningkatan. Pada penelitian ini yang diungkapkan partisipan yaitu psikomotor yang pasif

dimana terjadi penurunan atau kelambanan kemauan dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Selain itu dalam penelitian ini ditemukan keadaan peningkatan psikomotor. Yaitu terjadi peningkatan aktifitas perilaku anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berupa peningkatan aktifitas seperti keluyuran dan marah-marah, memukul orang atau anggota keluarga yang ada di sekitarnya.

Tanda dan gejala selanjutnya yang ditemukan dalam penelitian ini adalah persepsi. Persepsi adalah proses mental yang merupakan pengiriman stimulus fisik menjadi informasi psikologis sehingga stimulus sensorik dapat diterima secara sadar, (Dharmono, 2010) dalam (Elvira, 2010). Salah satu gangguan persepsi adalah halusinasi. Dari hasil penelitian diungkapkan keluarga bahwa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merasa mendengar suatu bisikan dan merasa melihat suatu bayangan yang sebetulnya tidak nyata. Gejala ini sesuai dengan pendapat, (Dharmono, 2010) dalam (Elvira, 2010) yang menyebutkan halusinasi adalah persepsi atau tanggapan palsu tidak berhubungan dengan stimulus eksternal yang nyata menghayati gejala-gejala yang dikhayalkan sebagai hal yang nyata.

Hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa penyebab dari gangguan jiwa menurut partisipan adalah dari internal dan eksternal. Hal ini serupa dengan pendapat dari Videbeck, (2011) faktor yang menyebabkan gangguan jiwa dapat dipandang dalam tiga kategori yaitu faktor individu meliputi struktur biologis, ansietas, kekhawatiran dan ketakutan, ketidakharmonisan dalam hidup dan kehilangan arti hidup. Faktor interpersonal meliputi komunikasi yang tidak efektif, ketergantungan yang berlebihan atau menarik diri dari hubungan dan

kehilangan kontrol emosional. Faktor budaya dan sosial yang berhubungan dengan budaya tentang keyakinan spiritual yang ada di masyarakat. Menurut Thong, (2011) di masyarakat awam masih ada anggapan bahwa gangguan jiwa disebabkan hal-hal berkaitan dengan spiritual atau ghaib, kerasukan setan, guna-guna.

Penelitian ini partisipan mengungkapkan bahwa penyebab gangguan jiwa intenal adalah perasaan kehilangan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit. Dimana perasaan kehilangan timbul sebagai akibat ditinggal istrinya meninggal dunia. Penyebab eksternal meliputi dua kategori yaitu dari adanya gangguan roh halus atau hal-hal yang bersifat ghoib. Berdasarkan ungkapan yang disampaikan partisipan gangguan dari roh halus ini masuk ke anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang menyebabkan sakit yang dialami saat ini.

Penyebab eksternal gangguan jiwa yaitu berasal dari orang lain, seperti yang diungkapkan partisipan adalah berupa guna-guna. Yang disebabkan orang lain tadi merasa sakit hati dan membalas dengan melakukan guna-guna atau cara lain secara magis kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan ungkapan dari partisipan juga digambarkan penyebab eksternal yang berasal dari perbuatan orang lain dari gangguan jiwa ini juga bersamaan juga oleh karena penyebab internal yaitu perasaan kehilangan.

5.3.2 Kendala Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

Kendala keluarga dalam merawat anggota yang mengalami gangguan jiwa ini dibagi dalam dua tema yaitu tuntutan dan stigma yang dibahas berikut ini.

Tema 2: Tuntutan

Tuntutan adalah hal yang harus dihadapi oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Tuntutan yang dialami keluarga ini meliputi biaya, waktu, keamanan, masa depan dan kebiasaan.

Tuntutan tentang biaya ditemukan dalam penelitian ini. Berdasarkan penelitian penelitian Hassan, (2011), selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam jangka waktu yang lama akan membuat keluarga mengalami kesulitan dalam hal finansial atau pembiayaan. Dalam penelitian ini keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa mengungkapkan mengalami masalah dengan biaya atau masalah keuangan. Hal ini terjadi karena dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa juga melakukan mencari pertolongan dengan bantuan orang lain, selain juga untuk biaya hidup dalam kesehariannya.

Tuntutan yang ditemukan selanjutnya dalam penelitian ini adalah waktu. Menurut Hassan, (2011) keluarga juga akan mengalami kesulitan dalam menjalankan aktifitas sehari-hari yang terjadi karena harus merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Dalam penelitian ini keluarga mengungkapkan harus mengalami kesulitan membagi waktu, karena disamping harus merawat anggota keluarga yang sakit juga harus tetap bekerja. Yang dilakukan keluarga adalah bergantian antara anggota keluarga dalam menjaga anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Penelitian yang dilakukan didapatkan temuan bahwa keluarga menghadapi tuntutan terkait keamanan. Keamanan menurut Humelvoll, (2008) dikutip Ilyas, (2012) menyebutkan bahwa keamanan tidak hanya untuk pasien yang mengalami

gangguan jiwa tetapi juga untuk lingkungan yang ada di sekitarnya. Dalam penelitian didapatkan bahwa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa selain membahayakan keamanan diri sendiri juga berpotensi membahayakan orang lain juga. Keluarga dekat yang tinggal dalam satu rumah yang beresiko menghadapi masalah keamanan dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Penelitian ini ditemukan tuntutan tentang masa depan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut penelitian yang dilakukan Suhaimi, (2012) pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa didapatkan adanya kerisauan tentang masa depan yang akan dihadapi. Tuntutan masa depan ini meliputi bagaimana perkembangan kesembuhan anggota keluarga yang sakit. Juga adanya kecemasan tentang siapa yang akan merawatnya dikemudian hari apabila orang tua yang sekarang merawat sudah tua atau meninggal. Selain itu juga khawatir akan terjadi kekambuhan dari gangguan jiwa yang dialami. Dalam penelitian ini tuntutan tentang masa depan yang diuraikan oleh partisipan meliputi pendidikan, yaitu kekhawatiran dari orang tua tentang kelanjutan dari pendidikan dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Juga diuraikan tentang bagaimana kesembuhan dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang merupakan harapan dan pikiran dari keluarga.

Tuntutan kebiasaan yang ditemukan dalam penelitian adalah kebiasaan merokok pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Menurut Ons, (2002) dalam Mc Neill, (2004) kebiasaan merokok pada pasien dengan masalah kesehatan mental yang lebih berat dan lebih tergantung dibandingkan pada perokok pada

populasi umum atau orang yang tidak mengalami masalah kesehatan mental. Partisipan dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa mengalami kesulitan menghentikan atau mengurangi kebiasaan merokok dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Hal ini menyulitkan bagi keluarga karena setiap hari harus menyiapkan rokok setiap hari yang menambah beban pengeluaran keluarga. Selain itu keluarga juga mengkhawatirkan dampak buruk dari kebiasaan merokok tersebut.

Tema 3: Stigma

Hasil penelitian ditemukan adanya stigma terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Goffman, (1963) dalam Wang, (2011) stigma merupakan suatu atribut yang sangat mendiskreditkan yang merupakan suatu pandangan negatif terhadap individu. Stigma menurut Link and Phelan, (2004) dibagi dalam empat komponen antara lain, *labeling* yaitu melabel seseorang karena suatu kondisi. Yang kedua adalah *stereotip*, yang ketiga adalah *separation* atau pemisahan. Komponen yang keempat adalah diskriminasi dan kehilangan status atau *loss status*.

Hasil penelitian yang diungkapkan keluarga stigma ini meliputi dua hal yaitu perasaan dan anggapan. Perasaan yang dialami keluarga adalah adanya ungkapan rasa malu dari keluarga karena anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tadi dilihat orang. Perasaan malu ini dikarenakan orang yang melihat perilaku dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Anggapan yang dialami anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sesuai dengan komponen diskriminasi dari stigma menurut Link and Phelan, (2004). Diskriminasi dialami di sekolah yang menganggap anggota keluarga yang

sakit dianggap gila sehingga akan dikeluarkan dari sekolah. Selain itu dari keluarga yang mengungkapkan, istri dari anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa minta diceraikan setelah mengetahui bahwa suaminya sakit serta pernah dimarahi dan dipukul.

5.2.3 Upaya Pengobatan yang Digunakan Keluarga untuk Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa.

Keluarga dalam upaya mencari pengobatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa digambarkan dalam dua tema yaitu modifikasi cara dan mekanisme koping. Tema tersebut dijelaskan sebagai berikut.

Tema 4 : Modifikasi Cara

Modifikasi cara dalam mencari pengobatan ini akan diuraikan meliputi tahapan, sifat dan dampak. Berdasarkan hasil penelitian yang diuraikan partisipasi dalam menentukan cara mencari pengobatan melalui tahapan mencari informasi. Berdasarkan pendapat Suchman and Campbell, (1965) dalam Friedman, (2010) tahapan dalam mencari upaya pertolongan untuk anggota keluarga yang sakit mulai dari mencari informasi yang didapat dari keluarga, teman-teman, dan tetangga. Tujuan dari tindakan ini adalah untuk mencari siapa yang diharapkan dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dihadapi. Setelah mendapatkan informasi maka keluarga akan mengambil keputusan untuk mencari pertolongan.

Penelitian ditemukan bahwa tahapan dalam memodifikasi cara mencari pengobatan yang dilakukan adalah mulai dari tahap mencari informasi. Sumber informasi yang didapat oleh keluarga ini berasal dari tetangga dekat atau teman. Setelah mendapatkan informasi keluarga menentukan keputusan upaya pengobatan yang dilakukan.

Modifikasi cara selanjutnya adalah sifat dari upaya pengobatan yang dilakukan. Dari hasil penelitian yang diungkapkan partisipan cara mencari pengobatan meliputi dua sifat yaitu secara non medis dan medis. Menurut Campinha-Bacote, (1994) dalam Videbeck, (2011) menjelaskan bahwa keyakinan tentang penyebab sakit meliputi dua hal yaitu personalistik dan naturalistik. Pandangan personalistik ini menghubungkan penyebab sakit dengan penyebab dari luar berhubungan dengan roh atau kekuatan supranatural. Hal ini sesuai dengan keyakinan keluarga yang diungkapkan partisipan dalam penelitian ini bahwa gangguan jiwa adalah disebabkan oleh pengaruh makhluk halus dan kekuatan supranatural atau korban guna-guna. Dengan adanya keyakinan tersebut maka keluarga dalam mencari upaya pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menggunakan pengobatan non medis terlebih dahulu.

Berdasarkan penelitian Shefer, (2012) menyebutkan masih adanya keyakinan supranatural merupakan penyebab dari gangguan jiwa. Sehingga ritual keagamaan yang bertujuan menghilangkan roh-roh jahat merupakan salah satu cara yang dilakukan untuk mengobati gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang diungkapkan partisipan dalam mencari pengobatan dengan cara non medis adalah dengan mencari pertolongan ke orang pintar, dukun, dan pemuka agama atau Kyai. Cara yang dilakukan dalam memberikan pengobatan dilakukan secara non medis oleh Kyai atau pemuka agama adalah cara spiritual yaitu dengan membacakan do'a. Selain itu juga melakukan acara membaca tahlil di rumah dipimpin oleh Kyai yang melakukan pengobatan.

Berdasarkan gambaran yang diungkapkan oleh keluarga cara pengobatan non medis yang dilakukan oleh dukun atau paranormal adalah dengan membaca

amalan tertentu yang diyakini dapat menyembuhkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Cara lain yang dilakukan adalah dengan media air yang sudah dibacakan amalan untuk diminum maupun diusapkan ke wajah dari pasien. Selain cara yang sudah digambarkan sebelumnya juga ada cara lain yaitu memandikan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dengan mandi air kembang yang disertai amalan atau bacaan tertentu dan pada hari yang sudah diretapkan sebelumnya.

Cara lain digunakan cara sesuai dengan tradisi atau adat yaitu dengan mengadakan acara selamatan untuk memohon kesembuhan.

Hasil penelitian didapatkan temuan setelah upaya mencari pertolongan secara non medis tadi tidak berhasil, kemudian keluarga memanfaatkan pelayanan medis untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Houcbaum, (1958) dalam Rosenstock, (1974) dalam Maulana, (2009) teori *Health Believe Model* keluarga mengambil tindakan yang tepat berdasarkan keyakinan tentang kerentanan atau ancaman individu terhadap keadaan sakit. Keyakinan ini meliputi terhadap keseriusan atau beratnya penyakit.

Hasil penelitian didapatkan gambaran bahwa setelah upaya non medis yang dilakukan untuk mencari pengobatan belum memperoleh hasil yang diharapkan, keluarga memutuskan untuk memanfaatkan upaya medis. Hal ini dilakukan karena adanya kekhawatiran gangguan jiwa yang dialami anggota keluarga semakin berat apabila tidak segera diobati. Upaya medis dilakukan keluarga dengan harapan anggota keluarga yang sakit dapat sembuh kembali. Upaya pengobatan secara medis yang dilakukan adalah dengan membawa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ke pelayanan kesehatan. Pelayanan

kesehatan yang dituju keluarga antara lain Rumah Sakit, Puskesmas, dan dokter praktek.

Berdasarkan gambaran yang diungkapkan partisipan dalam modifikasi cara pengobatan medis didapatkan tentang kepatuhan. Menurut Sarfino (1990) dalam Smet B. (1994) mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau yang lain. Dalam penelitian ini partisipan mengungkapkan setelah mencari pengobatan medis keluarga berupaya untuk patuh terhadap pengobatan. Kepatuhan tersebut meliputi kontrol rutin dan meminumkan obat sesuai dengan petunjuk yang diberikan.

Hasil penelitian ini partisipan mengungkapkan dampak positif dan dampak negatif dari upaya pengobatan yang dilakukan. Dampak positif yang digambarkan adalah keadaan keluarga setelah mendapat upaya pengobatan yang menunjukkan keadaan yang lebih baik. Keadaan tersebut meliputi emosi, perilaku, kebutuhan istirahat maupun aktifitas keseharian sebelumnya seperti sekolah atau bekerja yang menunjukkan keadaan lebih baik.

Dampak negatif yang ditemukan dalam penelitian ini adalah keluhan yang berhubungan dengan obat yang harus diminum tiap hari. Menurut penelitian Pratiwi, (2011) menyebutkan bahwa responden melaporkan masalah terhadap obat yang diminumnya. Masalah tersebut adalah keluhan tentang efek dari obat yang diminum antara lain perasaan tidak nyaman dan keluhan mengantuk. Dari penelitian ini ditemukan keluhan selama minum obat yaitu mengantuk yang mengganggu kegiatan sekolah anggota keluarga yang sakit. Partisipan yang lain mengungkapkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merasa bosan

karena harus minum obat tiap hari, juga takut efek samping dari obat yang diminum setiap hari.

Tema 5: Mekanisme Koping

Keluarga saat merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa akan mengalami tekanan karena adanya beban dalam melaksanakan perannya. Untuk mengatasi tekanan yang ada dan mengatur situasi akan melakukan mekanisme koping. Dalam penelitian ini mekanisme koping yang dilakukan keluarga dengan cara positif yaitu menerima keadaan yang dialami yaitu menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Lazarus dan Folkman, (1984) dalam Glanz, (2008) mengategorikan koping menjadi dua yaitu *emotion focused coping* dan *problem focused coping*. *Emotion focused coping* adalah suatu usaha untuk mengontrol respon emosional terhadap situasi yang sangat menekan. *Problem focused coping* adalah usaha untuk mengurangi tekanan dengan mempelajari cara-cara yang digunakan untuk mengubah situasi, keadaan atau pokok permasalahan.

Hasil penelitian digambarkan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa mekanisme koping yang dilakukan adalah dengan *emotion focused* yaitu mengontrol emosi. Dimana mekanisme koping yang dilakukan keluarga adalah menerima dengan sabar dan ikhlas bahwa segala cobaan datangnya dari Tuhan, sesuai dengan ajaran agama yang dianut partisipan. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart, (2009) agama bagi orang yang meyakini memiliki arti dan tujuan. Agama dapat memberikan dasar untuk rasa percaya diri dan identitas individu serta iman masyarakat dan itu bersama tradisi. Dengan

demikian akan menanamkan kepada individu rasa harapan dan optimisme serta meningkatkan dukungan sosial dalam melakukan coping.

Berdasarkan temuan dalam penelitian keluarga melakukan coping dengan menerima kondisi anggota keluarga tetapi keluarga tetap melakukan upaya pengobatan. Upaya pengobatan yang dilakukan adalah dengan mencari pengobatan dengan cara non medis dahulu kemudian ke cara medis.

Pada penelitian ini tidak ditemukan mekanisme coping *problem focused coping*, hal ini dikarenakan masih rendahnya tingkat pendidikan dari partisipan sehingga belum mampu menggunakan cara-cara merubah situasi untuk mengatasi permasalahan. Selain itu pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan yang berkaitan dengan gangguan jiwa yang masih kurang. Dan juga hal ini dipengaruhi keyakinan keluarga bahwa gangguan jiwa ini diakibatkan oleh hal-hal ghoib serta akibat dari guna-guna. Sehingga upaya yang ditempuh dalam menghadapi tekanan tersebut lebih ke pendekatan spiritual dengan menerima keadaan tersebut ikhlas dan sabar.

Berdasarkan tema yang ditemukan dalam penelitian ini dapat digambarkan bahwa keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa memiliki kecenderungan penyebab gangguan jiwa berhubungan dengan aspek spiritual, yaitu disebabkan oleh roh halus dan guna-guna. Sehingga keluarga berupaya mencari pengobatan ke non medis dulu baru kemudian ke upaya medis. Sementara mekanisme coping keluarga adalah *emotion focused* yaitu menekan emosi, dengan menerima dengan sabar dan pasrah keadaan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Karena aspek spiritual sangat mempengaruhi

kehidupan mereka sehari-hari dan menjadikannya sebagai cara untuk melakukan koping.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

1. Keluarga mempunyai persepsi bahwa adanya perubahan psikomotor serta persepsi adalah merupakan tanda dan gejala dari gangguan jiwa, dan penyebab gangguan jiwa adalah hal yang bersifat spiritual berhubungan dengan hal ghaib dan guna-guna.
2. Keluarga mengalami kendala berupa tuntutan yaitu biaya, waktu, keamanan, masa depan dan kebiasaan. Selain itu keluarga juga mengalami kendala berupa stigma dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
3. Upaya keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah modifikasi cara dengan memanfaatkan non medis dahulu kemudian baru dengan cara medis. Selain itu keluarga juga cenderung menggunakan mekanisme koping yang bersifat menerima kondisi anggota keluarga yang sakit.

6.2 Saran

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan yaitu Puskesmas Mantup sebagai wilayah penelitian, untuk melakukan penyuluhan oleh petugas Puskesmas tentang pentingnya mencari upaya pengobatan yang tepat untuk gangguan jiwa.

2. Bagi institusi pendidikan mengembangkan instrumen terkait kendala koping yang dialami keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
3. Bagi peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini terkait dengan mekanisme koping yang dialami keluarga berhubungan dengan upaya mencari pengobatan untuk anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Z, 2006, Zikir Sebagai Suatu Pesantren Menuju Terapeutik Depresif (Kajian Menuju Terapi Psikosomatik dan Neurosis). *Jurnal Ibda'* vol 4 Januari-Juni 2006. <http://journal.stain.purwokerto.ac.id/index.php/ibda/article/download/290/2>. diakses 8 Nopember 2012 pk 23.45.
- Afriani, S, 2009, *Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 1980-1990*. Skripsi <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/13443/1/09E01093.pdf>. diakses tanggal 12 Juni 2012 pukul 08.40
- Arifah,N, 2011, *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarganya Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya*, Skripsi Tidak Diterbitkan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya
- Arifin, Z, Zulkhair. 2009, *Gangguan Kesurupan dan Terapi Ruqyah*. [http://journal.uin.malang.ac./index.php./infopub/article/view file/1891/pdf](http://journal.uin.malang.ac./index.php./infopub/article/view/file/1891/pdf). diakses tanggal 12 Juni 2012 pukul 08.30.
- Arikunto, S. 2010, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 31.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2008, *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007*, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [http://www.ppid.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_download &gid=53&Itemid=87](http://www.ppid.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=53&Itemid=87) diakses tanggal 4 Desember 2012 pk. 09.30
- Efendi, Mahfudli. 2009, *Keperawatan Komunitas: Teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 183, 185-186
- Efendy, I. 2007, *Reiki, Teknik Efektif Untuk Membangkitkan Kemampuan Penyembuhan Luar Biasa Seketika*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, hal 4.
- Effendy, N. 1998, *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC, hal 33, 50-51.
- Elvira, D (ed.). 2010, *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 60-69,71-97,352-371.
- Friedman, M. 2010, *Keperawatan Keluarga Riset, Teori dan Praktek*, Jakarta, EGC hal 9, 398-399
- Glanz,K. Schwatz,M. 2008, *Health Behaviour and Heath Education, Theory, Research, and Practice 4th Edition*, San Fransisco,USA, John Wiley and Sons hal 213-216

- Hassan, N, et all, 2011, Burden Strategies in Caregivers of Schizophrenic Patients, ' *Journal of American Science 7th Edition* No. 5 Hal 808-809 http://www.jofamericanscience.org/journals/amsci/am0705/113_5789am0705_802_811.pdf diakses 29 Januari 2013 pk. 19.30
- HHS.gov/U.S. Department of Health and Human Services. *The Belmont Report*, <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubject/guidance/belmont.html>. diakses 07 Nopember 2012 pk. 07.04.
- Ilyas, A, 2012, *Tujuan dan Nilai-Nilai Kesehatan yang Digunakan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Banda Aceh*, Hogskolen i Hedmark Rapport nr.1 Hedmark University College Norway http://brage.bibsys.no/hhe/bitstream/URN:NBN:nobibsys_brage_26932/1/rapp01_2012.pdf diakses 30 Januari 2013 Pk.13.00
- Jing Wei, S et all. 2010, Health Education Needs of Family Caregivers Supporting an Adolscent Relative With Schizofrenia or a Mood Disorders in Taiwan , *Archive of Psychiatric Nursing Journal* Vol 24, December 2010 , hal 427.
- Keliat, BA. 2010, *Keperawatan Kesehatan Komunitas Jiwa* , Jakarta, EGC, hal 147
- Link, BG, Phelan, JC, 2004, Conceptual Stigma,' *Annual Review of Sociology*' 27th Edition No. 14, hal. 363-385 EBSCOhost Academic Search Premier
- Maramis,WF. 2009, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi ke-2*, Surabaya, Airlangga Univercity Press, hal 144-145
- Moleong, LJ. 2010, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya, hal 4,192,321.
- Mc Neill, A, 2004, *Smoking and Patients with Mental Health Problems*, Health Development Agency, Holborn Gate, London, UK, hal 3-4 http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/smoking_mentalhealth.pdf diakses 29 Januari 2013 pk. 19.00
- Maulana, H. 2009, *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC, hal 52-54.
- Notoatmodjo.S, 2010, *Promosi Kesehatan*, Jakarta, Rineka Cipta, hal
- Nursalam, 2011, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika hal 197
- Prastowo A. 2011, *Metode Penelitian Kualitatif dalam Perspektif Rancangan Penelitian*. Yogyakarta: Arruzzmedia, hal 186,217,248

- Pratiwi, I. 2011, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik RSJ Prof. DR HB Saanin Padang*, Skripsi <http://repository.unand.ac.id/17978/1/INNEKE.pdf> diakses 17 Oktober 2012 pk.19.00
- Rahmat, J. 2005, *Psikologi Komunikasi*, Bandung, Remaja Rosdakarya, hal.55
- Stuart, G. 2009, *Principles and Practice Psychiatric Nursing 9th Edition*, St. Louis, Missouri, USA, Mosby Elsevier, hal.103
- Shefer, G, et all. 2012, Our Community is The Worst: The Influence of Cultural Beliefs on Stigma, Relationship with Family and Help-Seeking in Three Ethnic Communities in London, *International Journal of Social Psychiatry* 15 May 2012 hal 4 <http://isp.sagepub.com/content/early/2012/05/15/0020764012443759.full.pdf> diakses 31 Januari 2013 pk. 10.15
- Simanjuntak, J. 2008, *Konseling Gangguan Jiwa dan Okultisme*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, hal 9.
- Smet, B. 1994. *Psikologi Kesehatan*, Grasindo. Jakarta. hal.10-38.
- Sobur,A. 2003, *Psikologi Umum*, Bandung, Pustaka Setia hal.47
- Speziale, HS. Carpenter, RD. 2011, *Qualitative Research In Nursing: Advancing the Humanistic Imperative, Fifth Edition*. Philadelphia, USA, Lippincot Williams & Wilkins, hal 93
- Sugiyono, 2010, *Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Bandung: Alfabet, hal
- Suhaimi, et all, 2012, Manifestasi Penjagaan Keluarga: Tekanan Psikologikal Dalam Menjaga Penyakit Mental, 'e-Bangi *Journal of Social Humanities Universiti Kebangsaan Malaysia*',vol 7 no 1 hal 64-66 <http://pkukmweb.ukm.my/e-bangi/papers/2012%20specialissues/suhaimi012.pdf> diakses 23 Januari 2013 Pk.09.00
- Syarifah, 2009, *Terapi Reiki Untuk Mengatasi Traumatic Depression Disease*. Skripsi. <http://etd.prints.ums.ac.id/3745/>. diakses 8 Nopember 2012 pk1.23.30
- Thong, D. et,all , 2011, *Memanusikan Manusia, Menata Jiwa Membangun Bangsa*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, Hal 3
- Varcarolis, E. 2010, *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach Sixth Edition*. Saint Louis, Missouri USA: Saunders El Sevier, hal 750-752.
- Videbeck, S. 2011, *Foundation Psychiatric Mental Health Nursing, Fifth Edition* Philadelphia USA: Lippincott Williams & Wilkins, hal 3.
- Walgito, Bimo, 2010, *Pengantar Psikologi Umum*, Yogyakarta, Andi Offset, hal.8

Wang-Min,L, 2011, *The Cultural Beliefs and Mental Health Help-Seeking Behaviours of People with Schizophrenia in Taiwan*, A Dissertation The Catholic University Of America

http://aladinrc.wrlc.org/bitstream/handle/1961/11526/Wang_cua_0043A_10184display.pdf?seq diakses 29 Januari 2013 pk. 19. 25

WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2003, *Investing In Mental Health*, http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf diakses 27 Nopember 2012 pukul 09.00

Lampiran 1

Jadwal Kegiatan Penelitian

| No | Kegiatan | Bulan | | | | | |
|----|---------------------|-----------|---------|----------|----------|---------|----------|
| | | September | Oktober | Nopember | Desember | Januari | Februari |
| 1. | Pengajuan Judul | | | | | | |
| 2. | Penyusunan Proposal | | | | | | |
| 3. | Seminar Proposal | | | | | | |
| 4. | Perbaikan Proposal | | | | | | |
| 5. | Pengambilan Data | | | | | | |
| 6. | Penyusunan Skripsi | | | | | | |
| 7. | Seminar Skripsi | | | | | | |



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Nomor : 3408/H3.1.12/PPd/2012
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan bantuan fasilitas
 untuk pengambilan data pendahuluan

6 Desember 2012

Yth.
 Kepala Badan Kesatuan Bangsa,
 dan Perlindungan Masyarakat
 Jl. Lamongrejo No. 92
 Lamongan

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami, guna memperoleh informasi sebagai data penyusunan proposal penelitian.
 Adapun mahasiswa kami tersebut :

Nama : Zulfian Kurniadi Muftikhar
 NIM : 131111146
 Judul Penelitian : Upaya Keluarga Dalam Mencari Pengobatan Untuk Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Desa Tunggun Jagir, Mantup, Lamongan.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
 Plt. Wakil Dekan I,

Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
 NIP. 197904242006042002 *RT*

Tembusan :
 1. Kepala Dinas Kesehatan
 Kabupaten Lamongan.



PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN
 IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK 88

Jl. Lamongrejo No. 92 Lamongan - Kode Pos 62217
 Telp. (0322) 321706 Email : www.bakesbang@lamongankab.go.id.
 website: www.lamongankab.go.id

Nomor : 072/ *B31* /413.204/2012
 Sifat : Penting
 Perihal : Ijin Penelitian

Lamongan, 12 Desember 2012
 Kepada :
 Yth. Sdr. Camat Mantup
 Di-
MANTUP

Menunjuk surat dari Universitas Airlangga Surabaya, tanggal 6 Desember 2012 Nomor : 3408/H.3.1.12/PPd/2012 perihal pada pokok surat.

Berdasarkan Permendagri Nomor 64 Tahun 2011, pada prinsipnya tidak keberatan dan memberikan ijin penelitian oleh :

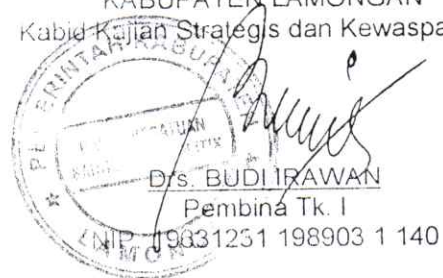
1. Nama : ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR
2. NIM : 131111146
3. Alamat : Gersikan 5/15 RT/RW 003/001 Desa Pacar Keling Kecamatan Tambak Sari Kota Surabaya
4. Pekerjaan / Jabatan : Perawat
5. Tema / Judul : Upaya Keluarga Dalam Mencari Pengobatan Untuk Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa di Desa Tunggun Jagir, Mantup, Lamongan
6. Lokasi : Desa Tunggun Jagir Kec. Mantup Kab. Lamongan
7. Waktu / Tanggal : 12 Desember 2012 s/d 12 Februari 2013
8. Peserta : -

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam hukum di Kabupaten Lamongan.
2. Menjaga tata tertib, keamanan, ketertiban dan kesusilaan serta menghindari pernyataan-pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyingung perasaan atau menghina agama, bangsa dan negara dari suatu golongan tertentu.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah ditentukan tersebut.
4. Setelah berakhirnya kegiatan penelitian diwajibkan terlebih dahulu melapor kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan penelitian sebelum meninggalkan daerah setempat.
5. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesainya pelaksanaan kegiatan penelitian, yang bersangkutan diwajibkan untuk memberikan laporan tertulis kepada Bupati Lamongan Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lamongan.

Demikian untuk menjadi maklum atas kerjasamanya disampaikan terimakasih.

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN LAMONGAN
 Kabid Kajian Strategis dan Kewaspadaan



TEMBUSAN :

- Yth. 1. Sdr. Bupati Lamongan;
 2. Sdr. Dan Dim 0812 Lamongan;
 3. Sdr. Kapolres Lamongan;
 4. Sdr. Kepala Kantor Litbang Daerah Kabupaten Lamongan;
 5. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan;
 6. Sdr. Universitas Airlangga Surabaya;

SKRIPSI: ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR UPAYA KELUARGA DALAM ... ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR



IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN
DINAS KESEHATAN

Jalan Dr. Wahidin Sudiro Husodo Nomor 57 Lamongan 62211
Telp. (0322) 321338, Fax (0322)321338

E-mail : dinkes@lamongankab.go.id Website : www.lamongankab.go.id

Lamongan, 19 Desember 2012

Nomor : 072/ ~~580~~ /413.105/2012
Lamp. : -
Perihal : Persetujuan ijin penelitian

Kepada
Yth. Kepala UPT. Puskesmas
MANTUP
Di-

MANTUP

Menindaklanjuti Surat dari Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas Kabupaten Lamongan, nomor : 072/631/413.204/2012, tanggal 12 Desember 2012, sebagaimana pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan dan memberikan ijin penelitian oleh :

N a m a : **ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR**
N I M : 131111146
Alamat : Gersikan 5/15 RT/RW 003/001 Desa Pacar Keling Kecamatan Tambak Sari Kota Surabaya
Pekerjaan : Perawat
Thema/Judul : Upaya Keluarga Dalam Mencari Pengobatan Untuk Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa di Desa Tunggun Jagir, Mantup, Lamongan
Lokasi : Desa Tunggun Jagir (Wilayah Kerja Puskesmas Mantup)
Waktu / Tanggal : 12 Desember 2012 s/d 12 Februari 2013
Peserta : 1 (satu) Orang

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

- 1 Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam hukum di Kabupaten Lamongan
- 2 Menjaga Tata Tertib, Keamanan, Kesopanan dan Kesusilaan serta menghindari Pernyataan-pernyataan baik dengan lisan maupun tulisan / lukisan yang dapat Melukai / menyinggung perasaan atau menghina agama, bangsa dan negara dari Suatu golongan tertentu.
- 3 Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah Ditentukan tersebut.
- 4 Setelah berakhirnya Penelitian diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintahan setempat mengenai selesainya pelaksanaan Penelitian Sebelum meninggalkan daerah setempat.
- 5 Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesainya pelaksanaan tersebut, yang Bersangkutan diwajibkan untuk memberikan laporan tertulis Penelitian kepada Sub Bagian Program Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

an KEPALA DINAS KESEHATAN
PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN
Sekretaris
DINAS KESEHATAN
drg. SRI HARTANI
Pembina Tingkat.I
NIP : 19630406 198911 2 001

TEMBUSAN : disampaikan kepada Yth.

1. Sdr, ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR

2. Arsip
SKRIPSI

UPAYA KELUARGA DALAM ...

ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR



PEMERINTAH KABUPATEN LAMONGAN
KECAMATAN MANTUP
DESA TUNGGUNJAGIR

Jalan Manggalapati Nomor 75 Tunggunjagir Kode Pos. 62283

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072/ 01 /413.318.15/2013

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Desa Tunggunjagir Kecamatan Mantup Kabupaten Lamongan, menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : ZULFIAN KURNIADI MUFTIKHAR
 Jenis Kelamin : Laki-Laki
 NIM : 131111146
 Agama : Islam
 Pekerjaan : Perawat (Mahasiswa Universitas Airlangga Surabaya)
 Alamat : Gersikan 5/15 RT 03 RW 01 Desa Pacar Keling Kecamatan Tambak sari Kota Surabaya
 Keterangan : .Orang tersebut diatas mengadakan penelitian dengan tema/judul : Upaya Keluarga dalam mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang - Mengalami gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir, Kec. Mantup, Kab.- Lamongan.
 Waktu/tanggal : 12 Desember 2012 s/d 12 Pebruaari 2013

Demikian surat keterangan ini di buat dengan sebenar nya untuk dapat di pergunakan sebagaimana mestinya .

Tunggunjagir 02 Januari 2013
 KEPALA DESA
 TUNGGUNJAGIR

H.SUTO ADI. S.Pd.MM

Lampiran 6

LEMBAR PENJELASAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Zulfian Kurniadi Muftikhar

NIM : 131111146

Adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian dengan judul: "Analisis Upaya Keluarga Dalam Mencari Pengobatan Untuk Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa Di Desa Tunggunjagir, Kecamatan Mantup, Lamongan." Penelitian ini dalam rangka menyelesaikan pendidikan sarjana di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui bagaimana upaya keluarga dalam mencari pengobatan pada pasien gangguan jiwa. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal yang ada dalam proses menjadi partisipan berikut ini:

1. Wawancara akan dilakukan sebanyak satu kali pertemuan dengan waktu 30-60 menit sesuai dengan kesepakatan apabila informasi yang didapatkan masih kurang akan dilakukan wawancara lanjutan kedua dengan waktu yang akan ditentukan kemudian.
2. Wawancara ini akan direkam dengan menggunakan alat perekam *Voice Recorder*.
3. Selama melakukan wawancara partisipan bebas menyampaikan informasi yang diketahuinya sesuai dengan apa yang dialami.
4. Seluruh data yang didapatkan dari hasil wawancara ini akan dijaga kerahasiannya.

5. Pencatatan data menggunakan kode dan bukan nama sebenarnya yang dicantumkan.
6. Partisipan berhak mengajukan keberatan terhadap hal-hal yang tidak berkenan dalam proses wawancara.
7. Prinsip dalam wawancara ini adalah sukarela dan partisipan diijinkan mengundurkan diri apabila tidak berkenan melanjutkan proses wawancara.
8. Apabila ada hal-hal yang kurang jelas dan perlu disampaikan bisa menghubungi peneliti Zulfian Kurniadi di nomor HP 085755910774.

Untuk itu saya mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara, saya ucapkan terimakasih

Lamongan, Desember 2012

Hormat Saya

Zulfian Kurniadi M

Lampiran 7

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah, menyatakan bersedia untuk menjadi partisipan penelitian yang dilakukan oleh Zulfian Kurniadi M (131111146), mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul:

“ANALISIS UPAYA KELURGA DALAM Mencari pengobatan untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Desa Tunggunjagir, Mantup, Lamongan“

Dengan menanda tangani lembar persetujuan ini menunjukkan bahwa saya telah diberikan informasi tentang penelitian ini. Saya memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi keluarga saya dan keluarga lain yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa, oleh karena itu saya bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sadar dan tanpa ada keterpaksaan.

Lamongan, Desember 2012

Partisipan

(Tanda Tangan)

Lampiran 8

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Petunjuk : Isilah lembar berikut ini

A. Data Partisipan

1. Usia :
2. Jenis Kelamin :
3. Pendidikan Terakhir :
4. Status Pernikahan :
5. Agama :
6. Pekerjaan :
7. Nomor Telepon :
8. Alamat :
9. Hubungan Keluarga Dengan Pasien :

B. Data Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa

1. Usia Pasien :
2. Jenis Kelamin :
3. Apakah pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya :
4. Sudah berapa lama mengalami gangguan jiwa :

Lampiran 9

DAFTAR PERTANYAAN

Kode partisipan :

Tanggal wawancara :

Jam mulai/selesai :

| NO | Pertanyaan |
|-----------|--|
| 1 | Bagaimana menurut keluarga kondisi sakit yang dialami anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? |
| 2 | Apakah kendala yang dialami keluarga selama merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ? |
| 3 | Bagaimana cara keluarga mencari upaya pengobatan yang untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? |

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

| Partisipan | Usia | Jenis kelamin | Pendidikan terakhir | Status pernikahan | Agama | Pekerjaan | Hubungan keluarga dengan pasien |
|-------------------|-------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|--------------|------------------|--|
| 1 | 46 Thn | Pria | SD | Menikah | Islam | Swasta | Ayah |
| 2 | 42 Thn | Pria | SD | Menikah | Islam | Tani | Ayah |
| 3 | 60 Thn | Pria | SR | Menikah | Islam | Tani | Ayah |
| 4 | 54 Thn | Pria | SD | Menikah | Islam | Tani | Ayah |

Lampiran 11

DATA DEMOGRAFI ANGGOTA KELUARGA YANG MENGALAMI GANGGUAN JIWA

| USIA | JENIS KELAMIN | PERNAH DIRAWAT DI RUMAH SAKIT | LAMA MENGALAMI GANGGUAN JIWA |
|----------|---------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| 24 Tahun | Perempuan | Belum | 2 Bulan |
| 19 Tahun | Perempuan | Pernah | 1 Tahun |
| 29 Tahun | Laki-laki | Belum | 2 Tahun |
| 27 Tahun | Laki-laki | Belum | 1 Tahun |

Lampiran 12

Partisipan : 2

Usia : 42 Tahun

Agama : Islam

Pendidikan Terakhir : SD

Pekerjaan : Tani

Hubungan Keluarga : Ayah

Data Anggota Keluarga Yang Mengalami Gangguan Jiwa

Usia : 19 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Wawancara : Mulai pk 19. 15 selesai 19. 47

Pt: Pertanyaan

P: Partisipan

Pt : Kita mulai pak ya wawancaranya, saya mau menanyakan keadaan sakit yang dialami oleh anak bapak itu seperti apa gejalanya?

P : Anak saya waktu pertama sakit itu dia tidak bisa tidur mas, kemudian dia mulai gelisah, bicaranya mulai ngelantur dan seperti orang bingung katanya ada yang membisiki tapi dia tidak tahu apa isi bisikannya.

Pt : Saat itu ada kejadian seperti apa pak di rumah?

P : Saat itu ibunya mau pergi rekreasi mas, dan anak saya kebetulan dia anak yang besar tidak diajak, sebetulnya ibunya sudah menawari untuk ikut tapi dia menolak. Saat ibunya sudah berangkat tiba-tiba entah bagaimana kok tahu-tahu mengendarai sepeda motor terus pergi tanpa pamit. Karena perginya tidak pamit saya tidak tahu harus harus mencari kemana. Sehari ini saya dan saudara harus mencarinya beruntung ternyata kami menemukannya di desa SL, di daerah G sana, kami dihubungi oleh Polisi yang mendapat laporan ada anak yang bingung. Dia masih bisa menulis nama saya dan nama ibunya serta alamat desanya sehingga bisa memberi tahu Polisi di G yang menghubungi Polisi di Polsek M yang menghubungi Pamong Desa selanjutnya saya diberi informasi oleh Pamong Desa untuk menjemput anak saya kesana.

P : Anaknya waktu ditemukan keadaannya bagaimana pak?

Pt : Alhamdulillah mas, waktu itu anak saya dapat ditemukan dalam keadaan selamat (terdiam sejenak), walaupun dia tidak ingat apa yang dilakukan tidak tahu kalau naik sepeda motor sampai sejauh itu saat saya tanya dia bilang kalau naik kuda putih yang bagus sekali menyuruh dia untuk naik dan mengajaknya berlari kencang. Saat itu tidak tahu kenapa dia berhenti di rumah orang yang menolongnya dan melapor polisi sehingga anak saya dapat ditemukan.

P : Sekarang saya ingin tanya pak, menurut bapak kondisi sakit yang dialami oleh anaknya yang mengalami gangguan jiwa itu oleh sebab apa?

Pt : Menurut saya sakit yang dialami oleh anak saya seperti yang dibilang oleh orang-orang tua adalah “ganggon”. Jadi disebabkan oleh guna-guna.

P : Guna-guna seperti apa itu pak?

Pt : Begini mas, saat itu ada anak tetangga desa yang suka sama dia, nah karena anak saya merasa masih kecil jadi dia tidak menanggapinya. Karena tidak ditanggapi tadi si anak laki-laki tadi minta tolong orang untuk menggunakan gunai anak saya.

P : Nuwun sewu pak, kenapa bapak bisa punya anggapan seperti itu?

Pt : Begini mas, saya kan tanya ke orang tua (paranormal) menurut dia katanya anak saya ada yang menggunakan lha yang melakukan ya anak laki-laki yang suka anak saya tadi. Selain itu saat itu saya juga baru dapat arisan 16 juta rupiah, lha banyak orang di sekitar saya atau tetangga yang tidak suka atau iri. Bisa jadi karena ada yang butuh uang, uang saya mau dipinjam dulu tapi saya keberatan mas. Eee saya arane orang desa itu ya pingin uang saya itu berkembang gitu jadi saya mau belikan sapi, sawah kalau dipinjam sama tetangga saya kan tidak “rupo” uang tadi. Lha itu yang membuat tetangga saya tadi sakit hati terus anak saya jadi sasarannya he..he. Karena ada dua hal yang menjadi sebab tadi jadi anak saya kelihatan parah begitu. Di desa sini kan masih begitu kalau ada yang tidak suka kan memakai cara tadi untuk mencelakai orang yang tidak disukai. (Wawancara terhenti sejenak ada suara tokek).

Pt : Jadi begitu pak ya ceritanya, untuk selanjutnya kendala apa pak yang dialami waktu merawat anak yang sakit tadi?

P : Waduh mas, banyak hal yang saya harus hadapi, tapi saya jadi orang harus menjadi orang sabar. Hmm, anak itu kan sulit tidur terus mengikuti saya kemana saya pergi sampai ke sawah pun dia ikut sampai saya tidak bisa kerja. Saya sampai mbrebes mili nelongso waktu dia ikut ke sawah tidur di pematang sawah.

Pt : Saat anaknya ikut bapak terus sampai njenengan mbrebes mili tadi apa yang ada dalam pikiran bapak?

P : Hmm...ya gimana mas yaa..namanya anak terus perempuan lagi. Saya cuma memikirkan bagaimana ke depannya anak saya, bagaimana kelanjutan sekolahnya nanti, terus apakah bisa lagi sembuh seperti dulu lagi. Dan macam-macam pikiran yang tidak bisa saya ungkapkan saking bingungnya saat itu.

Pt : Untuk sekolahnya bagaimana pak apakah ada masalah?

P : Di sekolahnya karena anak saya dianggap gila sampai akan dikeluarkan dari sekolah. Sebetulnya anak itu kalau berangkat sekolah biasa tapi kalau pulang ke rumah dia gelisah tidak bisa tidur mondar-mandir ke rumah tetangga sebelah kanan kiri, saya jadi tambah khawatir kalau anak itu sampai dikeluarkan dari sekolah terus di rumah bagaimana dia. Sementara dia kalau di sekolah kan aktif juga di organisasi sekolah ikut jadi pengurus di sana

Pt : Kemudian setelah mengetahui anak bapak mau dikeluarkan dari sekolah apa yang njenengan lakukan?

P : Akhirnya saya menghadap Bapak Kepala Sekolah SMA anak saya mas, saya jelaskan permasalahannya kalau anak saya sampai dikeluarkan dari sekolah bagaimana pak? Saya bilang kalau dia sekolah kan bisa ketemu dengan teman-temannya bisa ngobrol dan guyon dengan temannya kalau dia di rumah saja apa tidak tambah parah nanti sakitnya tiap hari cuma bertemu dengan orang tua saja dan tetangga. Saya memohon dengan sangat ke pak Kepala Sekolah tadi supaya anak saya tidak dikeluarkan dari sekolah akhirnya permintaan saya dikabulkan tapi dipeseni juga sama pak Kepala Sekolah agar anak saya juga diobatkan. Padahal saya juga sudah berupaya mengobati anak saya kemana- mana.

Pt : Selain ada kendala dari sekolah tadi apakah ada kendala lain yang harus dihadapi?

P : Saya ini kan cuma orang tani mas, merawat anak yang sakit seperti ini kan butuh banyak biaya juga untuk kemana-mana. Seperti tadi yang saya ceritakan waktu anak saya pergi sehingga harus cari kemana-mana berurusan dengan pihak berwajib kan ya tidak cuma-cuma paling tidak saya harus siap uang rokok, uang bensin. Beruntung saya waktu itu masih punya sapi dan sawah akhirnya sapi ada yang saya jual sedangkan sawah saya sewakan untuk dapat uang.

Pt : Nggih pak, jadi itu tadi permasalahan yang harus dihadapi. Sekarang saya akan menanyakan upaya apa yang dilakukan untuk mencari pengobatan anak bapak?

P : Yang saya lakukan mas, waduh gak karu-karuan mas sampai kalau orang bilang itu “puter gelang” kemana-mana segala cara saya tempuh yang penting anak saya memperoleh kesembuhan. Berapapun biaya yang harus saya keluarkan tidak terhitung wis. Ada beberapa orang tua dan orang pintar yang saya datangi dengan cara mengobatinya juga macam-macam.

Pt : Terus atas saran dari siapa saja njenengan ke orang-orang pintar tadi?

P : Tidak ada mas, ya atas sepengetahuan saya sendiri dan keputusan saya sendiri.

Pt : Kalau tidak keberatan njenengan bisa menceritakan orang pintar mana saja yang dituju?

P : Yang saya tuju pertama kali orang pintar semacam Kyai itu di daerah Sg sana.

Pt : Bagaimana cara pak Kyai tadi yang dilakukan untuk mengobati anak bapak pak?

P : Pak Kyai tadi melakukan seperti ritual, yaitu diam terus memusatkan perhatian seperti mau masuk ke alam lain dan komat-kamit membaca do'a lalu menulis sesuatu huruf Arab di piring terus diberi air kemudian anak saya disuruh minum air tadi.

Pt : Kemudia setelah anak bapak diobati dengan cara tersebut bagaimana keadaannya?

P : Setelah mimum air yang sudah diberi do'a tadi waktu pulang anak saya jadi agak tenang mas, tapi ya begitu tidak lama dia ya bingung lagi dan tidak bisa tidur.

Pt : Setelah mengetahui tidak ada perkembangan selanjutnya apa yang njenengan lakukan?

P : Ya saya cari orang pintar lagi di MJ sana namanya Pak A.

Pt : Cara mengobati yang dilakukan seperti apa pak?

P : Kalau di Pak A juga menggunakan ritual seperti membaca do'a atau mantra saya sendiri kurang jelas. Tapi dia yang yang melakukan jadi saya gak ikut-ikut, orangnya sendiri yang melakukan terus saya pulangnyanya diberi kembang yang sudah dido'a-do'ai.

Pt : Setelah diobatkan di Pak A keadaan anaknya jadi tambah baik atau bagaimana?

P : Sepertinya waktu itu dia tidak tambah tenang malah gelisah bingung lagi. Sepertinya tidak "jodo" begitu, kalau cocok kan anak saya tidak begitu keadaannya. Paling tidak beberapa hari keadaannya tenang, ini tidak ada bedanya.

Pt : Kemudian karena tidak ada perubahan yang njenengan lakukan bagaimana lagi?

P : Saya cari orang lain lagi masih di MJ juga namanya lupa, sebentar saya tak tanya ibunya anak-anak (wawancara berhenti sebentar partisipan bertanya ke istrinya). Partisipan datang lagi, o ya mas namanya mas J tadi.

Pt : Terus cara mengobatinya seperti apa pak?

P : Cara mengobati mas J itu....ya ada ritual gitu mas seperti mengusir makluk halus dengan cara menggunakan do'a-do'a terus anaknya disuruh tiduran saya sama ibunya juga ikut masuk di kamar itu mengikuti ritual tadi tapi saya dan ibunya cuma disuruh lihat saja tidak ikut dido'akan atau ikut dalam cara pengobatan yang dilakukan.

Pt : Nah setelah diobati di mas J tadi kondisi dari anaknya apakah lebih baik pak?

P : Sebenarnya sempat agak tenang juga mas tapi ya gitu kemudian dia balik lagi tidak bisa tidur gelisah lagi.

Pt : Setelah keadaannya belum membaik juga upaya yang dilakukan apa lagi pak?

P : Saya cari orang pintar lagi mas, namanya pak K di desa MT.

Pt : Kemudian di pak K tadi cara pengobatan yang dilakukan seperti apa pak?

P : Di pak K ini anak saya menginap di rumahnya selama beberapa waktu lamanya, nah selama di sana juga dilakukan ritual atau nglakoni untuk cara pengobatannya tapi jelasnya gak tahu. Yang saya tahu cuma ada air yang

sudah dido'ai sama pak K tadi diusapkan ke wajah ada yang diminum juga.

Selain itu saya juga saya disuruh selamat di rumah katanya untuk

memohon keselamatan seluruh keluarga saya.

Pt : Selama menjalani pengobatan di rumah pak K tadi kondisi anaknya seperti apa pak?

P : Ya begitu lagi mas, selama tinggal di rumah pak K anaknya tenang membaik tapi begitu pulang lagi ke rumah ya begitu tidak bisa tidur lagi gelisah lagi.

Pt : Setelah mengetahui kondisi anak yang tidak kunjung membaik tadi apa yang selanjutnya bapak lakukan.

P : Saya kebingungan mas, terus saya sama ibunya anak-anak bilang kalau begini tidak bisa dibiarkan lagi harus dibawa ke rumah sakit nanti kalau tambah lama tambah parah. Akhirnya saya minta tolong tetangga saya yang kerja di Rumah Sakit Karang Menjangan supaya anak saya dirawat di sana dan Alhamdulillah bisa anak saya dirawat di sana.

Pt : Syukurlah kalau begitu pak, akhirnya anaknya dapat memperoleh perawatan yang baik. Apakah sampai saat ini anak bapak masih kontrol ke rumah sakit di bagian jiwa?

P : Ya mas, sampai sekarang anak saya masih harus kontrol tiap bulan dan minum obat tiap hari. Jadi saya dan ibunya yang selalu memperhatikan apakah obatnya sudah diminum sesuai petunjuk. Sekarang sudah bisa sekolah lagi, jadi sekarang saya lebih ayem mengumpulkan uang sedikit-sedikit untuk

beli obat dan kontrol. Cuma ya kadang kalau di sekolahan kadang mengeluh mengantuk. Setelah saya bilang dokter di poli jiwa obatnya sehari kan cuma satu kali, jadi boleh diminum pada malam hari.

Pt : Saya rasa sudah cukup wawancara ini, terima kasih bapak sudah meluangkan waktu untuk wawancara dan menjawab pertanyaan yang saya ajukan. Nanti kalau masih ada yang saya rasa kurang lengkap nanti saya menghubungi bapak lagi untuk wawancara selanjutnya.

P : Baik mas sama-sama, nanti kalau ada yang masih perlu ditanyakan saya siap.

Lampiran 13

ANALISIS TEMA

| TUJUAN KHUSUS | Tema | Sub Tema | SS Tema | Kategori | Kata Kunci | KODE PARTS | | | |
|--|---------------|------------------|------------|---------------------|--|------------|---|---|---|
| | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Persepsi keluarga tentang kondisi anggota keluarga yang sakit | Gangguan jiwa | Tanda dan Gejala | Psikomotor | Pasif | Tidak mau bicara, diam saja seperti nglamun, bingung, tidak bisa tidur | | | √ | |
| | | | | Aktif | Anak saya sudah mogok tidak mau makan. | | | | √ |
| | | | | | Dia merasa seperti ketakutan, lari-lari dan ngamuk-ngamuk | | | | √ |
| | | | | | Tidak bisa tidur mulai gelisah | | | | √ |
| | | | | | Tahu-tahu mengendarai sepeda motor terus pergi tanpa permit | | | | √ |
| | | | | | Marah-marah memukul mbahnya, merusak pintu, kaca rumah dipecah | | | | √ |
| | | | | | Anak saya marah terus paculnya dibuang | | | | √ |
| | | | | | Dia marah-marah sama istrinya sempat dipukul juga perutnya | | | | √ |
| | | | | | Kemudian setelah itu dia kelyuran terus | | | | √ |
| | | | Persepsi | | Waktu tidur merasa dibangunkan oleh sosok yang menyerupai saya ketakutan dia loncat | | | | √ |
| | | | | | Seperti orang bingung katanya ada yang membisiki tapi dia tidak tahu apa isi bisikannya | | | | √ |
| | | | | | Ada kuda berwarna putih mengajak naik dan berlari kencang | | | | √ |
| | | Penyebab | Internal | Perasaan kehilangan | Dia kan juga baru saja ditinggal istrinya, meninggalkan dunia | | | | √ |
| | | | Eksternal | Roh halus | Saat itu dia pikirannya lagi sedih atau susah karena orang susah membuat pikirannya kosong, | | | | √ |
| | | | | | gangguan dari hal-hal ghoib mudah masuk ke pikirannya. | | | | √ |
| | | | | | Hal-hal ghoib, gendruwo yang berasal dari pabrik | | | | √ |
| | | | | | Penghuni pohon tadi yang mengganggu anak saja. | | | | √ |
| | | | | | Ya karena rumah saya ada penghuni yang lain tidak mau diganggu | | | | √ |
| | | | | Orang lain | Si anak laki-laki tadi minta tolong orang untuk mengguna-gunai anak saya. | | | | √ |
| | | | | | Tetangga saya tadi sakit hati terus anak saya jadi sasarannya | | | | √ |
| | | | | | Anak saya sakit karena dibikin orang | | | | √ |
| Kendala keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa | | Biaya | | | Merawat anak yang sakit seperti ini kan butuh banyak biaya, akhirnya sapi ada yang saya jual, | | | | √ |
| | | | | | sedangkan sawah saya sewakan untuk dapat uang. | | | | √ |
| | | | | | Sawah, dan hewan peliharaan seperti kambing saya juga habis saya jual | | | | √ |
| | | Waktu | | | Adiknya yang membantu kami membiayai kakaknya. | | | | √ |
| | | | | | Harus bergantian menjaganya | | | | √ |
| | | Keamanan | | | Terus mengikuti saya kemana saya pergi sampai ke sawah pun dia ikut sampai saya tidak bisa kerja | | | | √ |
| | | | | | Saya kan harus menjaganya pas dia lari sampai keluar rumah | | | | √ |
| | | | | | Anak saya dapat ditemukan dalam keadaan selamat | | | | √ |
| | | | | | Kalau marah kan merusak barang-barang di rumah kaca dipecah, memukul mbahnya | | | | √ |
| | | | | | Yang membuat kami di rumah bingung ya.. dia kelyuran mas | | | | √ |
| | | | | | Takut kenapa-napa, nganggu orang yang lagi mandi di sendang | | | | √ |
| | | | | | Saya cuma memikirkan bagaimana ke depannya anak saya, bagaimana kelanjutan sekolahnya nanti, | | | | √ |
| | | | Pendidikan | Pikiran | Terus apakah bisa sembuh lagi? | | | | √ |
| | | Masa depan | Kesembuhan | Harapan | Yaa Allah kalau bisa disembuhkan beriklanlah kesembuhan | | | | √ |
| | | | | | Saya dan ibunya kesulitan untuk menyetop kebiasaan merokonya | | | | √ |
| | | | | | Tidak enak dilihat orang banyak jadi malu kalau jadi tontolan | | | | √ |
| | Stigma | Perasaan | | | Karena anak saya dianggap gila sampai akan dikeluarkan dari sekolah | | | | √ |
| | | Anggapan | | | Anak saya mereka anggap gila, istrinya minta cerai | | | | √ |

| | | | | | |
|--|------------------|---------|-------------------|---|---|
| Upaya pengobatan yang digunakan keluarga | Modifikasi cara | Tahapan | Mencari informasi | Waduh, gak karu-karuan sampai kalau orang bilang itu "puter gelang" kemana-mana segala cara saya tempuh | ✓ |
| | | | Memutuskan | Ada yang bilang dibawa ke orang ini disana atau orang pintar itu semua saya turuti demi anak saya. ibunya sebetulnya minta dibawa ke Puskesmas atau dokter, menurut saya kan bukan sakit tapi karena adanya gangguan barang alius | ✓ |
| | | | Non Medis | Ya atas sepengetahuan saya sendiri dan keputusan saya sendiri | ✓ |
| | Sifat | | Spiritual | Saya bawa ke orang pintar yang penting anak saya bisa sembuh. | ✓ |
| | | | | Selama tiga hari tiga malam saya melakukan seperti ritual untuk menghilangkan ketakutan anak saya, dengan bacaan amalan jawa juga puasa dan melekkan, tidak tidur | ✓ |
| | | | |ya ada ritual gitu mas seperti mengusir mauluk halus dengan cara menggunakan do'a-do'a | ✓ |
| | | | | Saya disuruh buat acara tahlilan di rumah. Tahlilannya satu minggu sekali | ✓ |
| | | | | Melakukan puasa lalu melekkan di rumah saya, katanya untuk mengusir pengaruh jahat yang ada di rumah saya | ✓ |
| | | | Perantara benda | Lewat telpon saya tuntun membaca bacaan-bacaan amalan. | ✓ |
| | | | | Saya juga menggunakan media air di gelas, kalau anak itu mau minum saya minumkan kalau tidak mau airnya diusapkan ke wajah | ✓ |
| | | | | Membaca do'a lalu menulis sesuatu huruf Arab di piring terus diberi air kemudian anak saya disuruh minum air tadi | ✓ |
| | | | | Saya bawa ke orang pintar dirawat di rumahnya selama 15 hari, anak saya langsung dirantai kakinya | ✓ |
| | | | | Saya disuruh menyiapkan kembang macan kerah kembang lima macam, dimasukkan ember dan air lalu dipakai memandikan anak saya | ✓ |
| | | | | Anak saya diberi jahe yang sudah dido'a kemudian dihaluskan kemudian dibobokkan | ✓ |
| | | | | Juga diberikan air yang sudah dido'a lebih dahulu kemudian anak saya disuruh minum. | ✓ |
| | | | | Pak Kyai ini dan beberapa anak buahnya melakukan "pembersihan" di rumah saya memagari rumah dengan pagar ghaib untuk mengusir hal-hal jahat | ✓ |
| | | | Tradisi / adat | Saya juga saya disuruh selamatan di rumah katanya untuk memohon keselamatan seluruh keluarga | ✓ |
| | | | | Saya disuruh buat acara selamatan di rumah "ambeng" yang dibuat antara lain adalah ketupat dan lepet sebanyak sembilan, juga ikan bader sebanyak sembilan | ✓ |
| | | | Medis | Akhirnya dibawa ke Karang Menjangan untuk dirawat | ✓ |
| | | | | Akhirnya saya bawa ke Puskesmas Mantup untuk diobati | ✓ |
| | | | | Akhirnya saya bawa saja sama adiknya ke dokter I di kota L | ✓ |
| | | | | Sampai sekarang anak saya masih harus kontrol tiap bulan dan minum obat tiap hari, jadi ibunya yang memperhatikan minum obatnya | ✓ |
| | | | | Setiap hari saya dan ibunya yang memberikan dia obat untuk diminum | ✓ |
| | | | | Akhirnya saya telateni saja kontrol tiap bulan, dan minum obat tiap hari | ✓ |
| | Dampak | | Positif | Akhirnya anaknya terus tenang dan sudah tidak ketakutan lagi. | ✓ |
| | | | | Sekarang sudah bisa sekolah lagi | ✓ |
| | | | | Akhirnya anaknya lebih tenang walaupun belum seperti dulu lagi waktu sehat yang penting tidak marah | ✓ |
| | | | | Setelah dapat obat-obatan tadi akhirnya anak saya jadi lebih tenang bisa tidur | ✓ |
| | | | Negatif | Kalau di sekolah kadang mengeluh ngantuk | ✓ |
| | | | | Tapi ya begitu harus telaten memberikan obatnya katanya dia bosan minum obat | ✓ |
| | | | | Kadang bilang takut kupingnya budheg karena minum obat terus | ✓ |
| | Mekanisme koping | | Sabar | Tapi saya jadi orang harus menjadi orang sabar. | ✓ |
| | | | | Mungkin ini sudah nasib saya dan keluarga mendapat cobaan seperti ini, akhirnya saya coba sabar | ✓ |

| | | | |
|--------|--|--|---|
| | | | ✓ |
| Pasrah | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | ✓ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sampai dalam hati saya bilang ya Allah kalau memang anak ini sudah dipanggil ya sudah saya ikhlas
 Untuk merawat anak saya tadi harus kami yang mengatasinya yaa sudah ikhlas saja