

SKRIPSI

**GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG
DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG**

PENELITIAN KUALITATIF
CASE STUDY



Oleh:

Fildzah Cindra Yunita
NIM.131311133117

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SKRIPSI

**GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG
DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG**

**PENELITIAN KUALITATIF
*CASE STUDY***

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

Fildzah Cindra Yunita
NIM.131311133117

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

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, 03 Agustus 2017

Yang Mengatakan



Fildzah Cindra Yunita

131311133117

HALAMAN PERNYATAAN

**PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga. Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fildzah Cindra Yunita
NIM : 131311133117
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non – eksklusif** (*Non – exclusive Royalty Free Right*) atas karya saya yang berjudul:

“Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Pasca Pasung”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non – eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia / format, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap dicantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Surabaya, 03 Agustus 2017
yang menyatakan



Fildzah Cindra Yunita
NIM 131311133117

SKRIPSI

**GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG
DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG**

Oleh:
Fildzah Cindra Yunita
NIM.131311133117

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 03 Agustus 2017

Oleh:
Pembimbing Ketua



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

Pembimbing



Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns., M.Kep
NIP.19760616201492006

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Dr. Kusnanto, S. Kp., M.Kes
NIP. 1968082919031002

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

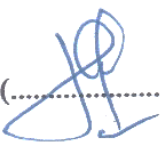
SKRIPSI

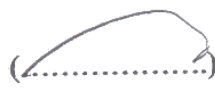
**GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG DENGAN
GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG**

Oleh:
Fildzah Cindra Yunita
131311133117

Telah diuji
Pada tanggal, 11 Agustus 2017

PANITIA PENGUJI

Ketua : Deni Yasmara, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB (.....)
NIP. 198409282015041002 

Anggota :1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp, M.Kes
NIP.196701012000031002 

2. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns. M.Kep (.....)
NIP.19760616201492006 

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan 1



Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes
Nip. 196808291989031002

MOTTO

Man saaro 'alaa darbi washola

**“Barang Siapa yang Berjalan di Jalur-NYA, maka akan
Sampailah Dia”**

Live only once. On live, live meaningful

Be an undaunted in defeat

And always magnanimous in victory

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul **“Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Pasca Pasung”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penyusunan skripsi ini tak lepas dari bantuan, dukungan dan bimbingan berbagai pihak yang senantiasa memberikan inspirasi, motivasi serta doa hingga skripsi ini dapat terselesaikan tepat waktu. Karenanya, ucapan terima kasih dengan tulus ingin penulis sampaikan kepada:

1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan banyak arahan, bimbingan dan penyelesaian atas problematika selama proses penyusunan proposal hingga selesainya penelitian.
2. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns. M.Kep selaku dosen pembimbing II sekaligus dosen wali peneliti yang telah memberikan bimbingan, masukan dan Inspirasi sejak awal peneliti menjadi mahasiswa hingga tersusunnya skripsi ini.
3. Deni Yasmara, S.Kep.Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku ketua penguji yang telah memberikan saran dan masukan untuk penyempurnaan skripsi ini.
4. Rr. Dian Tristiana, S.Kep, Ns, M.Kep selaku dosen penguji proposal yang telah memberikan saran dan masukan untuk penyempurnaan skripsi ini.
5. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan fasilitas menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
6. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan dorongan untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners.
7. Para Dosen serta Staf pengajar Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah mendidik dan membimbing serta memberikan ilmu selama masa perkuliahan.
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah memberikan izin untuk penelitian dan Partisipan yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan keterangan secara langsung dalam proses pengambilan data.
9. Badan Amil Zakat Nasional (BAZNAS) dan para pembimbing Beasiswa SKSS yang selalu memberikan berbagai dukungan, inspirasi dan motivasi untuk selalu menjadi yang terbaik.
10. Ayah, ibu dan adik tercinta, Bapak Basuki Rakhmad, Ibu M’ajiwit dan Wildan Dwi Nafi’an. Terima kasih atas segala doa-doa, semangat, perhatian, dan pengorbanan yang telah diberikan.
11. Angie Azka Adiba dan Amel, Junior Keperawatan di UNMUH Jember yang selalu menemani dan membantu dalam proses pengambilan data selama penelitian.
12. Keluarga SKSS Region Surabaya, Group Menuju Jerman, Keluarga Kost Pelangi, Rekan Bimbingan Pak Yusuf dan Bunda Hanik, Sahabat dan Partner Penulis (Dwi, Warda, Eva Elmi, Amandarosi, Resti, mbak Jihan, Tari, Maria,

Anggun). Terima kasih telah mendukung, mendoakan, menyemangati, dan menemani selama menyelesaikan penyusunan skripsi ini.

13. Teman seangkatan A13 Fakultas Keperawatan yang telah berjuang bersama menyelesaikan skripsi.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Terima kasih telah mendukung, baik secara langsung maupun tidak langsung, dalam penyelesaian skripsi ini.

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, baik dari segi isi maupun tulisan. Tetapi penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi semua orang. Apabila ada saran dan masukan, peneliti dengan terbuka menerima.

Surabaya, 03 Agustus 2017

Penulis

ABSTRAK

**GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG
DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG**

Kualitatif Case Study

Fildzah Cindra Yunita

Program Studi S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatn Universitas Airlangga
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, Fax.(031) 5913257
E-mail: fildzah.cindra-13@fkip.unair.ac.id

Latar Belakang: Resiko pemasangan berulang, kekambuhan atau pulihnya orang dengan gangguan jiwa, terutama pasca pasung bergantung pada cara keluarga merawat setelah masa pengobatan di rumah sakit. Cara merawat yang dilakukan keluarga berkaitan dengan kondisi koping keluarga menghadapi krisis dan stress yang dialami selama merawat ODGJ. Tujuan penelitian ini untuk memperoleh gambaran koping keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa pasca pasung. **Metode:** Desain penelitian menggunakan kualitatif *case study* dengan *purpose sampling*. Partisipan merupakan keluarga yang merawat ODGJ pasca pasung di kabupaten jember. Partisipan berjumlah 6 orang dan dilakukan *indepth interview*. Analisis data menggunakan analisis tematik. **Hasil:** Penelitian menghasilkan 7 tema yang meliputi: koping konstruktif, koping destruktif, tahapan proses strategi, dukungan intra-keluarga, *public support*, makna positif dan makna negatif. Ketujuh tema terbentuk dari 19 sub tema dan 32 kategori. **Simpulan:** Gambaran koping merupakan deskripsi keseluruhan koping berupa tahapan proses strategi, dukungan koping dan makna yang keluarga rasakan selam merawat ODGJ pasca pasung. Gambaran koping memperlihatkan bagaimana keluarga memilih mekanisme koping keluarga menghadapi krisis dan stress. Koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung terbentuk melalui tahapan proses strategi. Proses tersebut dimulai sejak adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa hingga pasca pasung dan pasca pengobatan ODGJ. Gambaran koping juga menghasilkan respon adaptif atau maladaptif keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. **Saran:** Keluarga membutuhkan intervensi penguatan koping untuk dapat memberikan perawatan optimal pada ODGJ pasca pasung, serta mengurangi resiko terjadinya pemasangan berulang dan kekambuhan ODGJ. Intervensi dapat diberikan oleh tenaga kesehatan jiwa di setiap pelayanan kesehatan dalam bentuk konseling atau pendampingan secara rutin.

Kata kunci: koping keluarga; ODGJ; pasca pasung; perawatan ODGJ; gambaran koping.

ABSTRACT

**IMAGE OF FAMILIES COPING IN TAKING CARE OF PEOPLE WITH
MENTAL DISORDERS POST-RESTRAINT**

Qualitative Case Study

Fildzah Cindra Yunita

Program Studi S1 Pendidikan Ners Fakultas Keperawatn Universitas Airlangga
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, Fax.(031) 5913257
E-mail: fildzah.cindra-13@fkip.unair.ac.id

Background: The risk of re-restrain, recurrence or recovery of people with mental disorders, especially post restrain, it's all depend on family taking care after hospitality. Family taking care is related to family's coping conditions when they cope some crisis and stress during life with mental disorder people. This study aimed to explore families coping image in taking care of people with mental disorders post-restraint. **Method:** This study was designed by qualitative case study with purpose sampling. The subject of research totaled six participants. They are families who taking care of people with mental disorders post-restraint in Jember regency. Data collection done by in-depth interview. Data analysis was done by thematic analysis. **Result:** This research showed 7 themes that include: constructive coping, destructive coping, stage of strategy process, public support, positive meaning and negative meaning. The seven themes are formed from 20 sub themes and 33 categories. **Conclusion:** Coping image was describe whole of coping that include coping condition, stage of strategy process, coping support and meaning that felt by family during taking care of people with mental disorders post-restraint Coping image showed how family choose coping mechanism when cope crisis and stress that happen. families coping in taking care of people with mental disorders post-restraint formed by stage of strategy process. The process begins since the existence of family members who have mental disorders up to post-restrain and post ODGJ therapies. Result of coping image will show some response, like adaptive respond or mal adaptive response. **Discussion:** Families need interventions to reinforcement coping to provide optimal families taking care of people with mental disorders post-restraint, and reduce the risk of re-restrain and recurrence of them. Family interventions needed to do by mental health care professionals with counseling and assistance regularly.

KEYWORD: families coping; ODGJ; post-restrain; ODGJ taking care; coping image.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL & PRASYARAT GELAR	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI	iv
LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
MOTTO	vi
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Teoritis.....	6
1.4.2 Praktis	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Koping	8
2.1.1 Definisi Koping.....	8
2.1.2 Strategi Koping.....	10
2.1.3 Mekanisme Koping.....	12
2.1.4 Hal-hal yang Mempengaruhi Koping	13
2.1.5 Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	14
2.2 Konsep Keluarga.....	17
2.2.1 Definisi Keluarga.....	17
2.2.2 Peran Keluarga.....	18
2.2.3 Fungsi Keluarga.....	21
2.2.4 Tugas Kesehatan Keluarga	24
2.3 Gangguan Jiwa.....	25
2.3.1 Definisi Gangguan Jiwa & ODGJ	25
2.3.2 Penyebab Gangguan Jiwa	26
2.3.3 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa	27
2.3.4 Jenis Gangguan Jiwa.....	29
2.3.5 Penatalaksanaan Gangguan Jiwa	33
2.4 Tinjauan Tentang Pasung & Pasca Pasung	37
2.4.1 Definisi Pasung & Pasca Pasung	37

2.4.2 Faktor Penyebab dilakukannya Pasung	38
2.4.3 Peran Keluarga Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	39
2.4.4 Penatalaksanaan ODGJ Pasca Pasung	40
2.5 Beban Keluarga Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	41
2.6 Stigma Tentang ODGJ & Keluarga dengan ODGJ	43
2.7 Teori Model Adaptasi Stres (<i>Stress Adaptation Model</i>)	44
2.8 Keaslian Penulisan	51
2.9 Kerangka Pikir Penelitian	58
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	61
3.1 Desain Penelitian	61
3.2 Partisipan.....	62
3.3 Instrumen dan Alat Bantu Penelitian	63
3.3.1 Instrumen	63
3.3.2 Alat Bantu Penelitian	64
3.4 Tempat dan Waktu Penelitian.....	65
3.5 Proses Pengumpulan Data.....	66
3.6 Analisis Data.....	68
3.7 Kerangka Operasional/Kerja.....	72
3.8 Etika Penelitian	73
3.9 Keabsahan Data	74
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	77
4.1 Hasil Penelitian	77
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	77
4.1.2 Karakteristik Partisipan.....	78
4.2 Analisis Tematik	81
4.3 Pembahasan Penelitian.....	98
4.3.1 Interpretasi Hasil.....	98
4.3.2 Integrasi Hasil Penelitian pada Teori Model Adaptasi Stress Stuart.....	111
4.3.3 Keterbatasan Penelitian.....	113
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	115
5.1 Simpulan	115
5.2 Saran	116
DAFTAR PUSTAKA	118
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 <i>Keyword Development</i>	51
Tabel 2.2 Keaslian Penulisan Penelitian	52
Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan Keluarga ODGJ Pasca Pasung di Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Puger Keadaan Tahun 2017	79
Tabel 4.2 Karakteristik ODGJ Pasca Pasung di Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Puger Keadaan Tahun 2017	80

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konsep Teori Adaptasi Stress Model (Stuart, 2013).....	51
Gambar 2.2 Kerangka Pikir Penelitian Dengan Modifikasi Dari Teori Model Adaptasi Stress Oleh Stuart (1983).....	58
Gambar 3.1 Prosedur Colaizzi Dalam Analisis Data Penelitian (Beck, C.T Dalam Kurdi, 2016).....	71
Gambar 3.2 Kerangka Kerja Penelitian Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ Yang Dipasung.....	72
Gambar 4.1 Peta Lokasi Kabupaten Jember Dalam Provinsi Jawa Timur.....	77
Gambar 4.2 Lokasi Tempat Tinggal Partisipan Dalam Wilayah Kabupaten Jember.....	81
Gambar 4.3 Analisis Kondisi Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	82
Gambar 4.4 Analisis Proses Strategi Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	87
Gambar 4.5 Analisis Sumber Dukungan Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	90
Gambar 4.6 Analisis Makna Yang Dirasakan Keluarga Dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	93
Gambar 4.7 Hasil Analisis Data Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung.....	96

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Permohonan Data dan Fasilitas Penelitian.....	123
Lampiran 2 Surat Rekomendasi Penelitian.....	124
Lampiran 3 Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian.....	125
Lampiran 4 Sertifikat Laik Etik Penelitian.....	126
Lampiran 5 Surat Pengantar Partisipan.....	127
Lampiran 6 Penjelasan Penelitian Bagi Partisipan.....	128
Lampiran 7 <i>Informed Consent</i>	130
Lampiran 8 Data Demografi Partisipan.....	131
Lampiran 9 Pedoman Wawancara.....	132
Lampiran 10 Catatan Lapangan (<i>Field Note</i>).....	133
Lampiran 11 Data Partisipan Penelitian.....	134
Lampiran 12 Analisis Data Penelitian.....	135

DAFTAR SINGKATAN

ADL	<i>Activity of Daily Living</i>
BBC	<i>British Broadcasting Corporation</i>
ECT	<i>Elektro Conculsive Therapy</i>
EFC	<i>Emotional Focus Coping</i>
ODGJ	Orang Dengan Gangguan Jiwa
PFC	<i>Problem Focus Coping</i>
PPDGJ	Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
RI	Republik Indonesia
RSJ	Rumah Sakit Jiwa
UU	Undang-Undang
YTT	Yang Tidak Tergolongkan
WHO	<i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pemasungan merupakan praktik ilegal pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yang menjadi masalah darurat di Indonesia. Pemasungan ODGJ dilakukan oleh orang biasa atau nonprofessional dengan cara mengurung, merantai kaki menggunakan balok kayu untuk mengendalikan dan menghilangkan kebebasan penderita gangguan jiwa (Minas & Diatri, 2008; Halida, 2015; Mukhalladah, 2016). Tindakan Pemasungan ODGJ sebagian besar dilakukan oleh keluarga ODGJ itu sendiri. Pengambilan keputusan tindakan pasung oleh keluarga disebabkan berbagai situasi dan faktor. Situasi dan faktor tersebut menjadi sebuah keadaan krisis dalam keluarga yang dapat memunculkan stress dan akhirnya membuat keluarga tidak mampu memenuhi hak-hak ODGJ. Akibatnya, tindakan pemasungan ODGJ dianggap sebagai bentuk solusi dan penyelesaian untuk mengurangi stress keluarga (Daulima, 2014).

Tindakan pemasungan ODGJ menimbulkan beban bagi pemerintah. Beban tersebut disebabkan tindakan pemasungan ODGJ termasuk salah satu bentuk pelanggaran hak asasi manusia dan diskriminasi pada orang dengan gangguan jiwa (WHO, 2013). Pemerintah menerapkan program Indonesia Bebas Pasung 2019 sebagai upaya mengatasi permasalahan ini. Sejak di deklarasikan program tersebut, berbagai hal dilakukan oleh pemerintah termasuk kegiatan pembebasan pasung dan pengiriman ODGJ pasung ke rumah sakit jiwa untuk mendapatkan pengobatan (Suripto & Alfiah, tth; Wijayanti & Masykur, 2016).

Menurut penelitian Wijayanti dan Masykur (2016), ODGJ bebas pasung cenderung beresiko mengalami pemasangan berulang oleh keluarga. Hal ini dikarenakan ODGJ yang telah keluar dari masa perawatan di Rumah Sakit Jiwa (RSJ), sering mengalami kekambuhan akibat konsumsi obat yang tidak rutin atau menelan banyak obat dalam sekali waktu. Keluarga menilai bahwa pengiriman ODGJ ke akses kesehatan atau ke alternatif telah memakan banyak biaya, tenaga, dan belum menunjukkan perubahan yang berarti.

ODGJ pasca pasung merupakan ODGJ yang sudah terbebas dari pemasangan dan telah menerima pengobatan. ODGJ tersebut telah diperbolehkan pulang dari rumah sakit, akan tetapi ODGJ harus tetap rutin mengkonsumsi obat dan kontrol ke pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menjadi beban baru bagi keluarga, karena biaya yang harus ditanggung keluarga selain harga obat dan jasa konsultasi (apabila tidak ditanggung asuransi seperti BPJS Kesehatan), ada biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya (Djatkiko, 2007 dalam Daulima, 2014). Daulima (2014) menjelaskan bahwa dampak gangguan jiwa menetap seumur hidup, bersifat kronis dengan tingkat kekambuhan yang tinggi menyebabkan klien tidak produktif, sehingga tidak dapat bekerja dan memenuhi kebutuhannya sendiri secara ekonomi, juga menjadi beban keluarga. Terapi bagi penderita gangguan jiwa bukan hanya pemberian obat dan rehabilitasi medik, namun diperlukan peran keluarga dan masyarakat dibutuhkan guna resosialisasi dan pencegahan kekambuhan (Lestari, Choiriyah, & Mathafi, 2014). Kondisi seperti ini akan berlangsung selamanya dan dapat bergeser menjadi sebuah beban atau stresor bagi keluarga. Dalam mengatasi beban atau stressor, keluarga akan

melakukan upaya koping. Upaya koping diperlukan guna menghindari resiko terjadinya kejadian pemasangan kembali pada ODGJ pasca pasung.

Prevalensi gangguan jiwa, menurut data *World Health Organization* (WHO) di tahun 2016 terdapat 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia (Depkes, 2016). Di Indonesia, hasil Riskesdas 2013 menunjukkan jumlah kasus gangguan jiwa berat mencapai 1.7 per mil. Proporsi pernah dipasung oleh keluarga sebesar 14.3% dan terbanyak adalah penduduk pedesaan (18.2%) dengan interval indeks kepemilikan terbawah (19.5%). Tindakan pemasangan ODGJ di Indonesia dari tahun ke tahun cenderung meningkat. Kementerian kesehatan mendata dari tahun 2009 jumlah 213 kasus, menjadi 8543 kasus pada Oktober 2015, dimana 7806 kasus dibebaskan dan mendapat penanganan. Jumlah kasus pemasangan di tahun 2016 dari data pemerintah mencapai 18.800 orang (*British Broadcasting Corporation*). Prosentase keluarga yang memiliki ODGJ yang dipasung di provinsi Jawa Timur, hingga Desember 2016 tercatat sebanyak 741 kasus yang tersebar di 38 Kabupaten/Kota (Indriani, 2016). Menurut data dari Dinas Sosial Kabupaten Jember, hingga Januari 2017, tercatat 95 kasus pasung dengan rincian sebanyak 61 telah dibebaskan.

ODGJ cenderung melakukan penyimpangan dalam berperilaku, karena adanya distorsi emosi dan menurunnya fungsi kejiwaan (Nasir & Muhith, 2011). Tingkah laku yang mereka lakukan sehari-hari berupa penyimpangan, seperti melakukan bunuh diri; mencelakai diri sendiri dan orang lain; perubahan *mood* yang secara fluktuatif dan lain sebagainya. Gangguan jiwa pada dasarnya dapat disembuhkan, jika ditangani dengan tepat. Bentuk penanganan terhadap ODGJ dilakukan dengan

beberapa terapi, seperti terapi modalitas: somatoterapi, psikoterapi, manipulasi lingkungan dan sosioterapi. Melakukan pemasangan bukanlah bagian dari pengobatan maupun solusi, tetapi justru menambah keakutan gangguan jiwa yang dialami dan juga dapat membuat kecacatan pada ODGJ yang di pasung (terjadi atropi pada otot kaki). Pengambilan keputusan memasung ODGJ oleh keluarga sesungguhnya adalah proses yang panjang dan penuh konflik. Hal tersebut dijelaskan pada penelitian Minas dan Diatri (2008), menyatakan *“The reasons given for pasung were often multiple, including violence, concern about the person wandering off or running away and coming to harm, concern about possibility of suicide, and the unavailability of a caregiver.”*

Keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dapat menimbulkan konflik tinggi, menjadi beban obyektif dan subyektif, saling menyalahkan, keterlibatan permusuhan antar anggota keluarga. Beban yang ditanggung oleh keluarga yang hidup bersama penderita gangguan jiwa berat meliputi beberapa faktor, baik secara ekonomi maupun sosial. Selain itu, beban yang ditanggung keluarga berupa pengalaman stress seumur hidup, sehingga dapat membuat koping tidak efektif (Yusuf, Putra, dan Probowati, 2012). Pengalaman stress yang ditimbulkan dapat berupa stressor fisik, finansial dan psikologis yang saling berkaitan dan dapat memperburuk tingkat stress keluarga. Teori stress keluarga menjelaskan bahwa krisis timbul karena berbagai sumber dan strategi adaptif tidak secara efektif mengatasi ancaman-ancaman stressor, sehingga keluarga tidak terampil memecahkan masalah dan keluarga menjadi kurang bermanfaat. Krisis atau stress keluarga dicirikan oleh ketidakstabilan dan kesemerawutan keluarga (Wardaningsih, Rochmawati, dan Sutarjo, 2010). Stress

yang dialami oleh keluarga akan mempengaruhi segala perlakuan keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Sehingga keluarga perlu melakukan koping untuk mengatasi stress tersebut. Lazarus & Folkman (1984) dikutip oleh Wanti (2016) menjelaskan bahwa koping merupakan upaya kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan eksternal/internal tertentu yang dinilai membebani atau melewati batas sumber daya yang ada dalam diri seorang individu. Strategi koping merupakan perubahan dari suatu kondisi ke lainnya sebagai cara untuk menghadapi situasi tak terduga.

Koping yang dilakukan tiap keluarga akan berbeda-beda, tergantung pada kepribadian, tingkat pendidikan, status ekonomi dan sosial, dukungan sosial, lingkungan sosial keluarga. Koping tersebut akan berpengaruh terhadap sikap dan cara merawat serta memperlakukan ODGJ pasca pasung. Penelitian yang dilakukan oleh Wanti, Widianti, dan Fitriana (2016) serta penelitian oleh Retnowati, Sriati, dan Widiastuti (2012) tentang strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga penderita gangguan jiwa, keduanya menggunakan metode deskriptif kuantitatif, menerangkan sebatas jenis strategi koping yang digunakan oleh keluarga. Penelitian terdahulu masih belum banyak yang menyinggung terkait kondisi koping dan proses koping keluarga selama merawat ODGJ pasca pasung.

Berdasarkan fakta yang telah dipaparkan diatas dan minimnya penelitian tentang koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung, maka peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam mengenai gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Peneliti berpandangan bahwa kondisi keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung perlu dieksplorasi secara mendalam untuk

mengetahui secara detail bagaimana kondisi dan proses koping yang dilakukan keluarga. Koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung merupakan hal subjektif dan unik sesuai pengalaman individu, oleh sebab itu penelitian kualitatif dengan pendekatan *case study* perlu dilakukan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka perlu digali secara kualitatif dengan pendekatan *Case Study* tentang “bagaimana gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum yang ingin dicapai dalam penelitian ini yaitu untuk menggali gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung.

1.3.2 Tujuan khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi secara mendalam:

- a. Kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung
- b. Proses strategi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung
- c. Sumber dukungan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung
- d. Makna yang dirasakan keluarga selama merawat ODGJ pasca pasung

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini dapat dijadikan rekomendasi teoritis untuk penelitian selanjutnya dalam pengembangan keilmuan keperawatan jiwa komunitas,

khususnya tentang tema koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Serta sebagai dasar teoritis yang mendukung terwujudnya program Indonesia bebas pasung.

1.4.2 Praktis

Penelitian ini dapat dijadikan rekomendasi dan informasi penting bagi petugas kesehatan terkait gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung, sehingga dapat memberikan padangan dalam pemberian intervensi untuk menguatkan adaptasi koping keluarga dan pencegahan terjadinya kejadian pemasangan berulang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini, penulis akan membahas terkait beberapa topik yang berhubungan dengan konsep koping, konsep keluarga, gangguan jiwa, tinjauan tentang pasung dan pasca pasung, dan beberapa bahasan yang berhubungan dengan hal yang akan diteliti,. Topik-topik tersebut menjadi dasar ilmu dalam melakukan penelitian mengenai gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung.

2.1 Konsep Koping

2.1.1 Definisi Koping

Koping merupakan cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, menghadapi beban berespon non spesifik dalam tubuh yaitu stress (Fallis, 2013 & Utara, 2010 dalam Kusumo, 2016). Sedangkan, Yusuf, Putra, dan Probowati (2012) menjelaskan bahwa koping adalah cara individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan, dan merupakan respons terhadap situasi yang mengancam. Rubbyana (2012) mendefinisikan koping sebagai suatu proses kognitif dan tingkah laku bertujuan untuk mengurangi perasaan tertekan yang muncul ketika menghadapi situasi stres. Sedangkan Lazarus dan Folkman (1984) yang dikutip oleh Wanti, Widianti, dan Fitria (2016) menggambarkan koping sebagai upaya kognitif dan perilaku untuk mengola tuntutan eksternal/internal tertentu yang dinilai membebani atau melewati batas sumber daya yang ada dalam diri seorang individu.

Lazarus (1993) melalui kuisisioner penelitian *the ways of coping*, menemukan beberapa poin penting terkait koping yang diringkas sebagai berikut:

- 1) Orang banyak menggunakan strategi analisis faktor koping setiap menghadapi tekanan (kondisi stress). Karena koping bersifat kompleks dan membutuhkan waktu.
- 2) Satu strategi koping yang digunakan oleh seseorang cenderung stabil dan konsisten selama menghadapi tekanan (kondisi stress) dari pada strategi lain.
- 3) Koping dapat berubah dari satu waktu ke waktu lain setiap menghadapi tekanan (kondisi stress) tertentu. Hal ini berhubungan dengan pernyataan bahwa koping merupakan sebuah proses.
- 4) Ketika seseorang memandang kondisi stress sebagai hal yang sulit untuk dirubah, maka EFC akan mendominasi. Saat seorang menilai kondisi stress sebagai sesuatu yang harus dikontrol dengan tindakan, maka PFC yang dominan.
- 5) Koping dapat mempengaruhi emosional seseorang dalam menghadapi kondisi stress.
- 6) Penelitian terkait koping cenderung diarahkan pada dua hal yang terpisah namun saling terkait: a) variabel mempengaruhi strategi koping; b) efek strategi koping terhadap hasil adaptasi.

Koping yang efektif akan membantu individu dalam mentoleransi dan menerima situasi menekan, dan tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasai. Agar koping dapat efektif, maka harus ada keberhasilan strategi koping yang mengacu pada lima fungsi tugas koping (*Coping task*), meliputi; mengurangi

kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaiki, toleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negatif, mempertahankan gambaran diri yang positif, mempertahankan keseimbangan emosional, serta melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain (Rubbyana, 2012).

2.1.2 Strategi Koping

Lazarus dan Folkman (1984) dikutip oleh Retnowati (2012) mendefinisikan strategi koping sebagai perubahan dari suatu kondisi ke lainnya sebagai cara untuk menghadapi situasi tak terduga dimana secara *empirical* disebut proses, dan membaginya ke dalam *problem focused coping (PFC)* dan *emotion focused coping (EFC)*. Berikut penjelasan mengenai kedua strategi koping:

- 1) PFC merupakan strategi koping dimana seseorang mengambil sebuah langkah (tindakan) untuk mengubah sumber stress. Koping ini termasuk pendekatan rasional. Seseorang mencoba untuk mengubah situasi dengan cara mengubah hal yang ada di lingkungan atau mengubah cara interaksinya terhadap lingkungan untuk mengatasi sebuah permasalahan. Tujuan dari strategi ini mengurangi tuntutan situasi atau memperluas sumber daya atau kemampuan seseorang menghadapi stressor. PFC terdiri atas *planful problem solving*, *confrontative coping*, dan *seeking social support*.
- 2) EFC digunakan untuk mengelolah segala bentuk tekanan emosional termasuk perasaan depresi, cemas, frustrasi, dan marah. Strategi koping ini cenderung membuat seseorang meredakan emosi yang ditimbulkan dari stressor tanpa mengatasi atau mengubah stresor/masalah yang terjadi.

Seseorang akan melihat hikmah dari suatu kejadian, mengharap simpati dan pengertian orang lain, atau mencoba melupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan hal telah menekan emosinya namun bersifat sementara akan terjadi jika menggunakan strategi koping ini. EFC terdiri atas *distancing*, *escape/avoidance*, *self control*, *accepting responsibility*, dan *positive reappraisal* (Folkman & Lazarus, 1985; Bagutayan, 2015; Kusumo, 2016).

Strategi koping keluarga adalah strategi positif dari adaptasi keluarga secara keseluruhan dengan melakukan beberapa upaya pemecahan masalah atau mengurangi stress yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa. Strategi koping kognitif mengacu pada cara anggota keluarga mengubah persepsi subjektif dari peristiwa stress. Teori koping sosiologi menekankan pada berbagai tindakan yang diarahkan mengubah keadaan stress atau mengurangi keadaan stress dengan cara memanipulasi lingkungan sosial. Strategi koping keluarga tidak langsung terbentuk tetapi, melalui proses dimodifikasi dari waktu ke waktu. Karena keluarga adalah sebuah sistem, perilaku koping melibatkan manajemen berbagai dimensi kehidupan keluarga secara bersamaan: 1. Memelihara kondisi internal yang memuaskan untuk komunikasi dan organisasi keluarga, 2. Mempromosikan kemandirian anggota dan harga diri, 3. Memelihara keutuhan dan kesatuan keluarga, 4. Memelihara berbagai upaya untuk mengontrol dampak dari stressor dan perubahan yang terjadi di keluarga (McCubbin & Patterson, 1980 dalam Price, Price & McKenry, 2010). Dengan demikian, koping adalah proses untuk mencapai keseimbangan sistem keluarga yang mendukung keutuhan, kesatuan

keluarga dan mendukung pertumbuhan dan perkembangan individu anggota keluarga.

Strategi koping keluarga diperlukan dalam merawat penderita gangguan jiwa, karena untuk mengatasi atau mencegah terjadinya kekambuhan pada penderita gangguan jiwa. Bentuk strategi koping keluarga dapat dilakukan dengan menggunakan dua tipe yaitu: 1) Tipe strategi koping keluarga internal dapat dilakukan melalui tujuh cara, yaitu mengandalkan kelompok keluarga, menggunakan humor, pengungkapan bersama yang semakin meningkat (memelihara ikatan), mengontrol arti atau makna masalah, pemecahan masalah bersama-sama, fleksibilitas peran dan normalisasi; 2) tipe strategi koping eksternal, dilakukan dengan mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan sosial dan mencari dukungan spiritual (Wardhaningsih, 2010).

2.1.3 Mekanisme Koping

Nursalam (2007), menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kontrol individu sebagai suatu sistem adaptasi. Tingkat adaptasi seseorang dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang optimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkatan rangsangan di mana individu dapat merespons secara positif. Menurut Suryani & Widyasih (2008) dalam Kusumo (2016), mekanisme koping dibagi menjadi 2; 1) Mekanisme koping adaptif yang dilakukan berupa kompromi dengan cara bermusyawarah atau negosiasi. Koping adaptif akan membantu individu dalam menyelesaikan masalah dan membuat individu mencapai keadaan seimbang antara tingkat fungsi

memelihara dan memperkuat kesehatan fisik dan psikologi. 2) Mekanisme koping maladaptif dapat menimbulkan respon negatif dengan munculnya reaksi mekanisme pertahanan tubuh dan respon verbal. Bentuk mekanisme koping maladaptive berupa perilaku agresi dan menarik diri.

2.1.4 Hal-hal yang Mempengaruhi Koping

Beberapa hal yang mempengaruhi koping seseorang terhadap suatu stressor meliputi:

1. Kepribadian

Terdapat hubungan antara kepribadian dengan strategi koping yang dilakukan oleh seseorang. Carver, Scheier, dan Weintraub (1989) menyatakan bahwa tipe kepribadian A dengan ciri-ciri ambisius, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabaran, melakukan pekerjaan yang berbeda diwaktu yang sama, mudah marah, dan agresif cenderung menggunakan strategi koping EFC. Sedangkan tipe kepribadian B dengan ciri-ciri suka rileks, tidak terburu-buru, tidak mudah terpancing untuk marah, berbicara dan bersikap dengan tenang, serta lebih suka untuk memperluas pengalaman hidup, cenderung menggunakan strategi koping PFC.

2. Jenis Kelamin

Menurut Billings dan Moos (1984), wanita cenderung berorientasi pada emosi sedangkan pria berorientasi pada tugas dalam mengatasi masalah, sehingga wanita diprediksi lebih sering pada EFC sedangkan pria pada PFC.

3. Tingkat Pendidikan

Penelitian yang dilakukan oleh Folkman dan Lazarus (1985) menyimpulkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung

menggunakan PFC dalam mengatasi masalah mereka. Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan memiliki kompleksitas kognitif. Hal ini berefek pada sikap, konsepsi cara berfikir dan tingkah laku individu, yang semuanya akan mempengaruhi coping individu.

4. Konteks Lingkungan

Sumber-sumber individu merupakan pengalaman, persepsi, kemampuan intelektual, kesehatan, kepribadian, pendidikan, dan situasi yang dihadapi mempengaruhi proses penerimaan suatu stimulus yang kemudian dapat dirasakan sebagai tekanan atau ancaman. Hal ini mempengaruhi coping individu (Folkman & Lazarus, 1985).

5. Status Sosial Ekonomi

Menurut Westbrook dalam Billilgs dan Moos (1984) individu dengan status sosial ekonomi rendah cenderung menampilkan coping yang kurang aktif, kurang realistis, dan lebih fatal atau menampilkan respon menolak, dibandingkan dengan individu dengan status sosial ekonomi lebih tinggi.

6. Dukungan Sosial

Dukungan sosial terdiri dari informasi atau nasihat verbal atau nonverbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi individu (Pramadi & Lasmono, 2003 dalam Kusumo, 2016).

2.1.5 Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Koping keluarga didefinisikan sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, afektif, persepsi, dan respon perilaku yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stress yang

diakibatkan oleh masalah atau peristiwa. Respon koping keluarga meliputi tipe strategi koping eksternal-ektrafamili dan internal-intrafamili. Sumber koping internal terdiri dari kemandirian keluarga yang menyatu sehingga menjadi kohesif dan terintegrasi, sedangkan sumber koping eksternal berhubungan dengan penggunaan sistem pendukung sosial keluarga (Andarmono, 2012).

Konsep koping keluarga terbagi menjadi 3 jenis respon: 1. Tindakan secara langsung (misal, memperoleh sumberdaya mempelajari keterampilan baru), 2. Intrapsikis (misal, mengubah cara pandang terhadap masalah), 3. Mengendalikan emosi yang dihasilkan oleh stressor (misal, dukungan sosial, penggunaan alcohol) (Boss, 1988; Lazarus & Folkman, 1984; Pearlin & Schooler, 1978 dalam Price, Price & McKenry, 2010). Respon tersebut dapat digunakan secara individual, secara teratur, atau lebih sering, dan dalam berbagai kombinasi. Strategi koping spesifik tidak dapat dipisahkan antara adaptif dan maladaptif, keduanya bergantung pada situasi. Koping merujuk pada apa yang dilakukan orang atau upaya konkret seseorang mengatasi stressor (pearlin & schooler, 1978 dalam Price, Price & McKenry, 2010). Memiliki sumberdaya atau persepsi terhadap suatu masalah tidak berhubungan dengan seperti apa dan bagaimana keluarga bereaksi pada masalah (Boss, 1988; Lazarus & Folkman, 1984 dalam Price, Price & McKenry, 2010).

Koping keluarga sangat diperlukan dalam merawat ODGJ pasca pasung. Karena keluarga merupakan *primary caregiver* bagi anggotanya yang pernah mengalami gangguan jiwa. Berbagai beban, stigma, dan stressor baik internal maupun eksternal keluarga yang memiliki anggota yang pernah mengalami gangguan jiwa mempengaruhi bagaimana keluarga dalam merawatnya. Sehingga

koping keluarga terhadap stressor-stressor selama merawat ODGJ pasca pasung harus efektif untuk menunjang kualitas hidup ODGJ pasca pasung dan keluarga itu sendiri. Kesembuhan dan kekambuhan gangguan jiwa ditentukan oleh bagaimana keluarga memperlakukan, merawat, dan mendukung ODGJ pasca pasung. Hal-hal tersebut memiliki keterkaitan dengan strategi koping yang dijalani oleh keluarga. Pada dasarnya tidak semua keluarga memiliki koping efektif atau kompeten dalam menghadapi masalah, terutama masalah ODGJ pasca pasung. Nanda (2012) menjelaskan masalah penurunan koping keluarga sebagai ketidakadekuatan atau ketidakefektifan keluarga membantu klien untuk mengelolah dan menguasai tugas adaptif terkait masalah kesehatan. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor yang berhubungan antara lain: sakit yang berlangsung lama dan menghabiskan kemampuan suportif dari keluarga, kurangnya informasi pada keluarga, ketidakadekuatnya pemahaman keluarga dan informasi yang tidak benar kepada keluarga tentang masalah kesehatan yang dihadapi keluarga (Ardian, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Wanti, Widianti, dan Fitria (2016) tentang gambaran strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat serta penelitian oleh Retnowati, Sriati, dan Widiastuti (2012) tentang strategi koping keluarga dalam merawat anggota keluarga penderita skizofrenia, menghasikan hal yang sama mengenai strategi koping yang digunakan oleh keluarga. Sebagian dari responden lebih cenderung menggunakan EFC. Sebagian kecil responden cenderung menggunakan PFC dan sebagian kecil responden lainnya dominan menggunakan PFC dan EFC secara bersamaan.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Beberapa ahli memiliki perbedaan dalam mendefinisikan keluarga, hal ini berdasarkan dari orientasi dan cara pandang yang digunakan dalam memaknainya. Berikut pengertian keluarga menurut beberapa ahli (Harnilawati, 2013):

1) Bussard dan Ball (1996)

Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lainnya, dibentuk beberapa nilai, pola pemikiran dan kebiasaan dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya.

2) WHO (1969)

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

3) Duval (1972)

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota keluarga.

4) Helvie (1981)

Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat.

5) Depkes RI (1998)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling bergantung.

6) Bailon dan Maglaya (1989)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan satu budaya.

7) UU No.52 tahun 2009

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

8) Sayekti (1994)

Keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Kesimpulan dari pernyataan para ahli dalam mendefinisikan keluarga adalah suatu kelompok kecil dari masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih, adanya hubungan darah atau perkawinan, terdiri dari suami istri dengan atau tanpa anak, tinggal dalam satu rumah, memiliki ikatan emosional yang erat.

2.2.2 Peran Keluarga

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kozier & Barbara, 1995 dalam Mubarak & Chayatin, 2009). Setiap anggota keluarga mempunyai

peran masing-masing. Ayah sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pendidik, pelindung/pengayom, dan pemberi rasa aman kepada anggota keluarga. Selain itu, sebagai anggota masyarakat/kelompok sosial tertentu. Ibu sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anak, pelindung keluarga, dan juga sebagai pencari nafkah tambahan keluarga. Selain itu sebagai anggota masyarakat. Anak berperan sebagai pelaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental sosial dan spiritual (Ali, 2006).

Mubarok dan Chayatin (2009) membagi peran keluarga menjadi dua yang terdiri dari peran formal dan peran informal keluarga. Berikut penjelasan mengenai keduanya.

1) Peran Formal Keluarga

Peran formal keluarga berkaitan dengan setiap posisi formal keluarga, yaitu sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogen. Nye dan Gecas (1976) mengidentifikasi 6 peran dasar yang membentuk posisi sosial sebagai suami-ayah dan istri-ibu:

- (1) Peran sebagai *Provider* atau penyedia
- (2) Sebagai pengatur rumah tangga
- (3) Perawatan anak
- (4) Sosialisasi anak
- (5) Rekreasi
- (6) Persaudaraan (*kinship*) (memelihara hubungan keluarga paternal dan maternal)
- (7) Peran terapeutik (memenuhi kebutuhan afektif dan pasangan)
- (8) Peran seksual.

2) Peran Informal Keluarga

Peran yang bersifat implisit biasanya tidak tampak kepermukaan dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan emosional individu dan atau untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga (Satir, 1967). Peran informal keluarga diantaranya:

- (1) Pendorong yaitu keluarga mempunyai peran sebagai pendorong, memuji, setuju dan menerima kontribusi dari orang lain. Sehingga dapat merangkul dan menumbuhkan rasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk keluarga.
- (2) Pengharmonis yaitu menengahi perbedaan diantara anggota keluarga untuk menyatukan perbedaan pendapat.
- (3) *Inisiator-contributor* yaitu setiap anggota dapat mengemukakan dan mengajukan ide-ide baru atau cara-cara menyelesaikan masalah atau tujuan-tujuan kelompok.
- (4) Pendamai yaitu keluarga menjadi alat untuk mendamaikan setiap konflik yang terjadi di antara anggotanya.
- (5) Sahabat yaitu setiap anggota keluarga dapat menjadi sahabat bagi anggota yang lain. Seperti halnya ayah dan ibu dapat menjadi sahabat bagi anak-anaknya.
- (6) Koordinator keluarga yaitu mengorganisasi dan merencanakan kegiatan-kegiatan keluarga yang berfungsi mengangkat dkeakraban dan memerangi kepedihan.

- (7) Penghubung keluarga yaitu sebagai perantara dalam menghubungkan antar anggota. Sebagai contoh ibu mengirim dan memonitor komunikasi dalam keluarga.
- (8) Martir yaitu tidak menginginkan apa saja untuk dirinya, tetapi hanya berkorban untuk anggota keluarga.
- (9) Penghibur, pengikut, perawat keluarga
- (10) *Pioneer* keluarga dan saksi bagi anggota keluarganya.

2.2.3 Fungsi Keluarga

Friedman (1998) membagi fungsi keluarga menjadi 5 kelompok utama yang terdiri dari:

- a. Fungsi Afektif adalah fungsi yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan yaitu mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

Sedangkan menurut Undang-undang No.10 tahun 1992 membagi fungsi keluarga menjadi 8, yaitu:

- (1) Fungsi keagamaan meliputi membina norma/ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga; menerjemahkan ajaran dan norma agama ke dalam tingkah laku hidup sehari-hari bagi seluruh anggota keluarga; memberi contoh konkret dalam kehidupan sehari-hari dalam pengalaman ajaran agama; melengkapi dan menambah proses belajar anak tentang keagamaan yang tidak/kurang diperoleh di sekolah atau masyarakat; membina rasa, sikap, dan praktik kehidupan beragama.
- (2) Fungsi budaya meliputi membina tugas keluarga sebagai sarana untuk meneruskan norma budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan; membina tugas keluarga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai; membina tugas keluarga sebagai sarana anggotanya untuk mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia; membina tugas keluarga sebagai sarana bagi anggota untuk mengadakan kompromi/adaptasi dan praktik (positif) serta kehidupan globalisasi dunia; membina budaya keluarga yang sesuai, selaras, dan seimbang dengan budaya masyarakat/bangsa untuk menunjang terwujudnya norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera.
- (3) Fungsi cinta kasih adalah menumbuh kembangkan potensi simbol cinta kasih sayang yang telah ada diantara anggota keluarga dalam simbol nyata, seperti ucapan dan tingkah laku secara optimal dan terus menerus; membina tingkah laku, saling menyayangi diantara anggota keluarga maupun antara keluarga yang satu dan yang lainnya secara kuantitatif dan

kualitataif; membina praktik kecintaan terhadap kahidupan duniawi dan ukhrawi dalam keluarga secara serasi, selaras, dan seimbang; membina rasa, sikap, dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera

- (4) Fungsi perlindungan adalah memenuhi kebutuhan akan rasa aman dan bebas dari rasa tidak aman; membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang; membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera
- (5) Fungsi reproduksi adalah membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun keluarga disekitarnya; memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, kedewasaan fisik dan mental; mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak anatar kelahiran dua anak, dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
- (6) Fungsi sosialisasi terdiri dari menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama; sebagai pusat mencari pemecahan berbagai konflik dan masalah yang di jumpai anak baik di lingkungan masyarakat dan sekolah; membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal yang perlu dilakukan untuk meningkatkan kedewasaan fisik dan mental.

- (7) Fungsi ekonomi terdiri dari melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun di dalam kehidupan keluarga dalam rangka menopang perkembangan hidup keluarga; mengelola ekonomi keluarga.
- (8) Fungsi pelestarian lingkungan adalah membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan internal dan eksternal keluarga.

2.2.4 Tugas Kesehatan Keluarga

Friedman menjelaskan tugas kesehatan keluarga menjadi 5 hal utama yang meliputi:

- (1) Menenal masalah kesehatan keluarga

Keluarga memiliki tugas untuk menenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggotanya. Orang tua memiliki tugas untuk memperhatikan sekecil apapun perubahan kesehatan secara tidak langsung anak-anaknya, mencatat perubahan yang terjadi, bagaimana bentuk perubahan dan seberapa besar perubahan itu terjadi.

- (2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Hal ini merupakan upayah keluarga dalam mencari pertolongan yang tepat dan sesuai dengan keadaan keluarga. Tindakan kesehatan yang diambil haruslah tepat agar dapat menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami.

- (3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit

Keluarga hendaknya memberikan perawatan bagi anggota keluarganya yang sakit secara tepat. Jika keluarga memiliki keterbatasan untuk melakukannya, maka keluarga dapat membawa anggota keluarga yang sakit ke institusi pelayanan kesehatan agar masalah kesehatan yang dialami tidak semakin parah.

(4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat

Rumah harus dapat menjadi penunjang derajat kesehatan bagi keluarga. Karena rumah merupakan tempat berlindung, bersosialisasi, dimana keluarga banyak menghabiskan waktu di dalamnya.

(5) Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat

Keluarga harus dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada disekitarnya ketika mengalami gangguan atau masalah kesehatan. Keluarga dapat meminta bantuan pada perawat dalam memecahkan masalah yang dialami anggota keluarga untuk terbebas dari segala macam penyakit.

2.3 Gangguan Jiwa

2.3.1 Definisi Gangguan Jiwa & ODGJ

Gangguan jiwa menurut Maslim (2002) didefinisikan sebagai deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Perjalanan dari gangguan jiwa tidak selalu bersifat kronis belum diketahui dengan pasti. Umumnya ditandai dengan penyimpangan yang fundamental, karakteristik pikiran dan persepsi, ketidakwajaran afek atau ketumpulan afek (Yusuf, Fitriyani, dan Nihayati, 2015). Undang-undang No.3 tahun 1966 menyebutkan keadaan adanya gangguan pada fungsi kejiwaan. Fungsi kejiwaan meliputi: proses berfikir, emosi, kemauan, dan perilaku psikomotorik, termasuk bicara (Nasir & Muhith, 2011). Gangguan jiwa adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan pancaindera). Gangguan jiwa artinya bahwa yang menonjol ialah beberapa gejala yang patologik dari unsur psike (Direja, 2011; Halida, 2015).

ODGJ adalah orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (Undang-undang No.18 Tahun 2014). Definisi-definisi gangguan jiwa tersebut memberikan gambaran bahwa gangguan jiwa adalah salah satu penyakit yang menyerang kejiwaan atau otak seseorang. Dimana akan terjadi ketidaknormalan dalam kejiwaan atau otak yang diimplementasikan sebagai penyimpangan dalam proses kognitif, afektif, atau psikomotor pada penderitanya. Akibat dari keadaan tersebut menyebabkan penderita gangguan jiwa atau ODGJ mengalami kesulitan dalam berinteraksi dan melakukan berbagai hal layaknya manusia normal.

2.3.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Maramis (2010) menyebutkan penyebab gangguan jiwa dicari dengan memperhatikan 3 unsur (somato–psiko–sosial). Karena manusia bereaksi secara keseluruhan (somato–psiko–sosial). Gejala yang menonjol pada gangguan jiwa adalah unsur psikis, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (dalam Yusuf, Fitriasari, dan Nihayati, 2015). Berikut penjabaran dari ketiga unsur yang dimaksudkan:

- 1) Faktor Somatik (Somatogenik), yaitu akibat adanya gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik serta factor pranatal dan perinatal.
- 2) Faktor Psikologik (psikogenik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, factor intelegensi,

tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan bersalah yang berlebihan.

- 3) Faktor sosial budaya, yang meliputi factor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

2.3.3 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

ODGJ, menurut Nasir & Muhith (2011) memiliki tanda dan gejala berupa:

- 1) Gangguan kognitif

Definisi kognitif adalah proses mental dimana seorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya, baik lingkungan dalam maupun lingkungan luar (fungsi mengenal). Proses kognitif meliputi: sensasi dan persepsi; perhatian; ingatan; asosiasi; pertimbangan; pikiran; kesadaran. Jadi gangguan kognitif yaitu gangguan yang menyerang pada proses-proses kognitif seperti yang disebutkan diatas.

- 2) Gangguan perhatian

Perhatian merupakan pemusatan dan konsentrasi energy, menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan.

- 3) Gangguan ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan untuk mencatat menyimpan, memproduksi isi, dan tanda-tanda kesadaran.

Baihaqi, Sunardi, Rinalti, dan Heryati (2005) dalam Halida (2015) menjabarkan Ingatan (kenangan, memori) adalah kemampuan individu untuk menerima, menyimpan, dan memproduksi kembali informasi atau kesan-kesan. Kemampuan individu untuk menyimpan informasi dapat bersifat permanen tergantung pada kebutuhan. Ada kalanya penyimpanan hanya berlangsung dalam beberapa detik atau dapat disimpan sepanjang kehidupan.

4) Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan, atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang sebelumnya berkaitan dengannya.

5) Gangguan pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan beberapa nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas.

6) Gangguan fikiran

Pikiran umum adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang.

7) Gangguan kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan, serta dirinya melalui pancaindra dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri.

8) Gangguan kemauan

Kemauan adalah suatu proses dimana beberapa keinginan dipertimbangkan yang kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan.

9) Gangguan emosi dan Afek

Emosi merupakan suatu pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh serta menghasilkan sensasi organik dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologis.

10) Gangguan psikomotor

Psikomotor adalah gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa.

2.3.4 Jenis Gangguan Jiwa

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ)

III mengklasifikasikan gangguan jiwa meliputi 10 golongan (Maslim, 2002).

1. F00–F09: Gangguan Mental Organik (termasuk gangguan mental simptomatik).

Gangguan mental organik adalah gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik otak yang dapat didiagnosis tersendiri. Diagnosis yang termasuk dalam diagnosis ini meliputi demensia pada penyakit Alzheimer; demensia vascular; demensia pada penyakit lain; demensia (yang tidak tergolongkan); sindrom amnestik organik bukan akibat alkohol atau zat psikoaktif lainnya; delirium bukan akibat alkohol dan psikoaktif lainnya; gangguan mental lainnya akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit

fisik; gangguan kepribadian dan perilaku akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak; gangguan mental organik atau simtomatik.

2. F10–F19: gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.

Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif adalah yang diakibatkan oleh penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif. Yang termasuk didalamnya yaitu gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol, opioid, kanaboid, sedatif atau hipnotik, kokain, stimulan lain, termasuk kafein, halusinogen, tembakau, pelarut yang mudah menguap, zat psikoaktif lainnya.

3. F20–F29: Skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.

Skizofrenia adalah sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya. Gangguan skizotipal adalah gangguan yang ditandai dengan perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik, hubungan sosial yang buruk, menarik diri dari pergaulan sosial dan kecurigaan atau ide ide paranoid. Gangguan waham menetap adalah gangguan waham yang berlangsung lama.

4. F30–F39: Gangguan suasana perasaan (*mood*/afektif)

Gangguan suasana perasaan adalah perubahan suasana perasaan biasanya karena depresi. Gangguan suasana perasaan meliputi episode manik; gangguan afektif bipolar; episode depresif; gangguan depresif berulang; gangguan suasana perasaan *mood* (afektif) menetap; gangguan suasana perasaan *mood* (afektif) lainnya; gangguan suasana perasaan *mood* (afektif).

5. F40–F48: gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress.

Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres meliputi gangguan ansietas fobik; gangguan ansietas lainnya; gangguan obsesif kompulsif; reaksi terhadap stress berat dan gangguan penyesuaian; gangguan disosiatif (konversi); gangguan somatoform; gangguan neurotik lainnya.

6. F50–F59: sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.

Gangguan yang termasuk dalam kategori ini terbagi menjadi gangguan makan; gangguan tidur non-organik; disfungsi seksual bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik; gangguan jiwa dan perilaku yang berhubungan dengan masa nifas; faktor psikologis dan perilaku yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit; penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan; sindrom perilaku YTT yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.

7. F60–F69: gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa

Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa adalah ekspresi dari pola hidup yang berkembang sejak dini dari masa pertumbuhan dan perkembangan. Berikut yang termasuk di dalamnya gangguan kepribadian khas; gangguan kepribadian campuran dan lainnya; perubahan kepribadian dan berlangsung lama yang tidak diakibatkan oleh kerusakan atau penyakit otak; gangguan kebiasaan dan impuls; gangguan identitas jenis kelamin; gangguan preferensi seksual; gangguan psikologis dan perilaku yang berhubungan dengan

perkembangan dan orientasi seksual; gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa lainnya; gangguan kepribadian dan perilaku dewasa.

8. F70–F79: retardasi mental

Retardasi mental adalah suatu keadaan perkembangan jiwa yang terhenti atau tidak lengkap yang terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya.

9. F80–F89: gangguan perkembangan psikologis

Gangguan perkembangan psikologis adalah keterlambatan perkembangan fungsi biologis dari susunan saraf pusat. Gangguan perkembangan psikologis meliputi gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa; gangguan perkembangan belajar khas; gangguan perkembangan motorik khas; gangguan perkembangan khas campuran; gangguan perkembangan pervasif; gangguan perkembangan psikologis lainnya; gangguan perkembangan psikologis.

10. F90–F98: gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.

Gangguan yang termasuk dalam katogori diagnosis ini meliputi gangguan hiperkinetik; gangguan tingkah laku; gangguan campuran tingkah laku dan emosi; gangguan emosional dengan onset khas pada masa anak-anak; gangguan fungsi sosial dengan onset khas pada masak anak-anak dan remaja; gangguan “tic”; gangguan perilaku dan emosional lainnya dengan onset biasanya pada masa anak-anak dan remaja.

2.3.5 Penatalaksanaan Gangguan Jiwa

Penatalaksanaan gangguan jiwa dilakukan dengan beberapa terapi, karena penyebabnya yang belum pasti. Berikut terapi yang diberikan pada ODGJ untuk dapat memulihkan keadaan jiwanya.

1) Terapi Psikofarmaka

Terapi ini merupakan terapi pemberian obat yang dikhususkan pada jenis obat yang bekerja pada susunan saraf pusat. Obat yang diberikan akan memberikan efek pada aktivitas mental dan perilaku. Obat psikofarmaka dengan farmakokinetik khusus untuk mengontrol dan mengendalikan perilaku pasien gangguan jiwa ini digolongkan menjadi beberapa golongan: golongan antipsikotik, antidepresan, antiansietas, dan antimanik (Yusuf, Fitriyani, dan Nihayati, 2015).

a. Antipsikotik

Obat yang awalnya disebut neuroleptika atau *major tranquillizer* ini diindikasikan untuk penderita gangguan psikotik seperti skizofrenia. Efek yang diberikan obat ini adalah menyupresi gejala psikotik seperti gangguan proses berfikir (waham), gangguan persepsi (halusinasi), aktivitas psikomotor yang berlebihan (agresivitas), dan juga memiliki efek sedatif serta efek samping ekstrapiramidial. Obat antipsikotik diklasifikasikan menjadi beberapa *derivate*: *derivate fenotiazin*, *derivate butirofenon*, *derivate thioxanten*, *derivate dibenzoxasepin*, *derivate difenilbutilpiperidin*, *derivate benzamide*, *derivate benzisoxazol*.

b. Antidepresan

Golongan obat-obatan yang mempunyai khasiat mengurangi atau menghilangkan gejala depresif. Cara kerjanya meningkatkan neurotransmitter norepineprin dan

serotonin. Contoh obat yang masuk antidepresan adalah imipramine, amitriptilin, dan clomipramine dari golongan trisiklik.

c. Antiansietas (*Anxiolytic Sedative*)

Obat yang digunakan untuk mengurangi ansietas/kecemasan yang patologis tanpa banyak pengaruh pada fungsi kognitif. Obat ini berefek *sedative* dan berpotensi menimbulkan toleransi/ketergantungan terutama golongan benzodiazepine. Golongan benzodiazepam merupakan obat yang sering disalahgunakan karena efek hipnotiknya dan terjamin keamanan dalam pemakaian dosis berlebih.

d. Antimanik (*Mood stabilizer*)

Kelompok obat yang digunakan untuk gangguan afektif bipolar terutama *episodic mania* dan sekaligus dipakai mencegah kekambuhannya. Obat yang termasuk adalah teralith, priadel dari golongan garam lithium.

2) Terapi Modalitas

Terapi modalitas adalah berbagai macam alternatif terapi yang dapat diberikan pada pasien gangguan jiwa (Yusuf, Fitriyani, dan Nihayati,2015). Bentuk terapi modalitas berupa terapi non farmakologis yang diberikan dengan tujuan untuk memperbaiki dan mempertahankan sikap ODGJ agar dapat bertahan dan bersosialisasi dengan lingkungan masyarakat sekitar. Terapi modalitas diklasifikasikan menjadi beberapa terapi, diantaranya (Nasir & Muhith,2011):

a) Psikoterapi

Psikoterapi adalah suatu cara pengobatan terhadap masalah emosional seorang pasien yang dilakukan oleh seorang yang terlatih dalam hubungan profesional secara sukarela, dengan maksud menghilangkan, mengubah atau menghambat gejala yang ada, mengoreksi perilaku yang terganggu, dan mengembangkan

pertumbuhan kepribadian secara positif. Psikoterapi dilakukan agar ODGJ memahami tingkah lakunya dan mengganti tingkah laku yang lebih konstruktif melalui pemahaman yang selama ini kurang baik dan cenderung merugikan baik diri sendiri, orang lain maupun lingkungan sekitar.

b) Terapi okupasi

Terapi okupasi merupakan perpaduan antara seni dan ilmu pengetahuan untuk mengarahkan penderita pada aktivitas selektif, agar kesehatan dapat ditingkatkan dan dipertahankan, serta mencegah kecacatan melalui kegiatan dan kesibukan kerja untuk penderita cacat mental maupun fisik. Terapi okupasi bertujuan untuk mengembalikan fungsi motorik, sensorik, kognitif juga fungsi sosial semaksimal mungkin, dari kondisi abnormal ke normal dengan memberikan aktivitas yang terencana.

c) Terapi lingkungan (*Milieu Therapy*)

Terapi lingkungan adalah suatu tindakan penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa melalui manipulasi unsur yang ada di lingkungan dan berpengaruh pada proses penyembuhan. Konsep terapi lingkungan berasal dari konsep *The therapeutic community*, dimana dalam pelaksanaannya harus melibatkan kerja tim yang ahli dibidangnya seperti dokter ahli jiwa, psikologi, perawat jiwa, pekerja sosial, ahli sanitasi lingkungan, dan tenaga medis lainnya.

3) *Electroconvulsive Therapy* (ECT)

Electroconvulsive Therapy atau terapi kejang listrik adalah suatu prosedur tindakan pengobatan pada pasien gangguan jiwa menggunakan aliran listrik untuk menimbulkan bangkitan kejang umum, berlangsung sekitar 25–150 detik dengan menggunakan alat khusus yang dirancang aman untuk pasien. Kejang

yang timbul mirip dengan kejang *epileptic* tonik–klonik umum. Kejang yang ditimbulkan diharapkan dapat menimbulkan respon diotak yang menjadikan perubahan faali dan biokimia otak (Yusuf, Fitriasaki, dan Nihayati, 2015).

4) Terapi Aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok merupakan terapi yang bertujuan untuk mengubah perilaku pasien gangguan jiwa dengan memanfaatkan dinamika kelompok. Cara ini cukup efektif karena di dalam kelompok akan terjadi interaksi satu dengan yang lain, saling mempengaruhi, saling bergantung, dan terjalin satu persetujuan norma yang diikuti bersama, sehingga terbentuk suatu sistem sosial yang khas yang didalamnya terdapat interaksi, interelasi, dan interdependensi (Yusuf, Fitriasaki, dan Nihayati, 2015).

5) Terapi Kognitif

Terapi kognitif adalah terapi jangka pendek dan dilakukan secara teratur, yang memberikan dasar berfikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatifnya, memahami masalahnya, maupun mengatasi perasaan negatifnya, serta mampu mencegah masalah tersebut (Yusuf, Fitriasaki, dan Nihayati, 2015).

6) Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah (Keliat, 1996; Gladding, 2002; Yusuf, Fitriasaki, dan Nihayati, 2015).

7) Terapi Perilaku

Terapi dengan pendekatan perilaku merupakan suatu terapi yang membuat seseorang berperilaku sesuai dengan proses belajar yang telah dilaluinya saat dia berinteraksi dengan lingkungan yang mendukung (Chambless dan Goldstein, 1979; Yusuf, Fitriyasi, dan Nihayati, 2015).

2.4 Tinjauan Tentang Pasung & Pasca Pasung

2.4.1 Definisi Pasung & Pasca Pasung

Definisi pasung jika berdasarkan kamus besar bahasa Indonesia, merupakan sebuah alat untuk menghukum orang berbentuk kayu apit atau kayu berlubang, dipasangkan pada kaki, tangan, atau leher. Kemenkes RI (2011) dalam Halida (2015) menyatakan bahwa pasung adalah tindakan memasang balok kayu pada tangan dan/atau kaki seseorang, diikat atau dirantai lalu diasingkan pada suatu tempat tersendiri di dalam rumah atau di hutan. Tindakan tersebut mengakibatkan dapat menyebabkan atrofi, karena orang yang terpasung tidak dapat menggerakkan anggota badannya dengan bebas. Pemasangan adalah segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan ODGJ. Melihat dari berbagai definisi diatas, dapat disimpulkan bahwa tindakan pasung terdiri dari dua hal yaitu pembatasan gerak dan pengasingan. Sehingga penggunaan pasung pada ODGJ dalam istilah internasional lebih dikenal dengan istilah *Seclusion* dan *Restrain*.

Praktik pasung yang dilakukan masyarakat mungkin awalnya mengadopsi dari tindakan *Seclusion* dan *Restrain* yang pernah dilakukan di rumah sakit jiwa. Tetapi, yang dipraktikan oleh masyarakat lebih kearah tidak manusiawi. Geller dan Glazer (2012) menyatakan bahwa penggunaan *Seclusion* dan *Restrain* yang

tepat dan intervensi dalam praktek tidak dipahami secara universal. Beberapa mengklasifikasikan bahwa *Seclusion* dan *Restrain* bentuk kegagalan pengobatan, sedangkan yang lain melihat *Seclusion* dan *Restrain* sebagai alat yang efektif untuk mencegah cedera selama krisis dan darurat situasi (dalam Carlson & Hall, 2014). Bidang kesehatan mental masih menganggap penggunaan *Seclusion* dan *Restrain* sebagai kontroversi prosedur (Steele, 1999 dalam Huckshorn, 2006). Pasca pasung merupakan keadaan dimana ODGJ telah dibebaskan dari tindakan pemasungan.

2.4.2 Faktor Penyebab dilakukannya Pasung

Kejadian pemasungan ODGJ oleh keluarga sering kali dilakukan karena adanya beberapa faktor. Faktor yang paling dominan yang mendorong keluarga melakukan tindakan pemasungan pada ODGJ, menurut penelitian yang dilakukan Idaiani dan Raflizar (2015) adalah status ekonomi keluarga. Lestari dan Wardhani (2014) merangkum faktor penyebab tindakan pasung pada ODGJ yang dilakukan keluarga, berdasarkan beberapa penelitian tentang pasung (Tyas, 2008; Wardhani, et al., 2011; Puteh, Marthoenis & Minas, 2011; Colucci, 2013) terdiri dari 5 hal yang meliputi: (1) Sudah sering dibawa berobat ke RSJ tidak bertambah membaik justru bertambah parah, (2) Perlakuan buruk dari petugas kepada penderita selama di RSJ, (3) Keluarga tidak mampu lagi menangani dan membiayai pengobatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, (4) Jarak yang jauh antara RSJ dan kediaman keluarga penderita sehingga menyulitkan keluarga dalam hal pengawasan pada anggota keluarga yang sedang dirawat di RSJ, (5) Atas saran dari dukun karena gangguan jiwa yang diderita akibat dari hal supranatural. Disisi lain, Anggraeni (2017) mendapatkan faktor lain yang mendukung keluarga

melakukan pemasangan pada ODGJ, diantaranya keluarga mendapat bantuan dana untuk membuat ruang pemasangan dan sembako dari pemerintah dan warga, ODGJ melakukan hal yang membahayakan, merugikan dan meresahkan keluarga dan warga sekitar, serta selama dipasang ODGJ tidak berkeliaran dan jarang mengamuk.

2.4.3 Peran Keluarga Merawat ODGJ Pasca Pasung

Peran keluarga adalah segala tingkah laku yang diharapkan dapat diberikan keluarga pada anggota keluarga yang lain. Keluarga adalah orang yang memiliki kekuasaan penuh atas ODGJ, termasuk ODGJ pasca pasung. Mukhalladah (2016) menjelaskan bahwa ada beberapa peran keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung yang meliputi sebagai berikut:

1. Mengajarkan untuk bersosialisasi dan mengenal dengan dunia luar.
2. Mengajarkan untuk bisa aktif melakukan ADL.
3. Mempercepat proses penyembuhan melalui dinamika kelompok.
4. Memperbaiki hubungan interpersonal dengan setiap anggota keluarga
5. Menurunkan angka kekambuhan.
6. Memberikan perhatian dan rasa kasih sayang dan penghargaan sosial.
7. Mengawasi kepatuhan dalam minum obat.
8. Membantu untuk selalu berinteraksi dengan lingkungan.
9. Memberikan kegiatan yang positif untuk mengisi waktu selama dirumah.
10. Tidak membiarkan ODGJ menyendiri, melibatkan dalam kegiatan sehari-hari
11. Memberikan pujian jika melakukan hal yang positif.
12. Tidak mengkritik jika melakukan kesalahan.

13. Menjauhkan dari pengalaman atau keadaan yang menyebabkan rasa tidak berdaya dan tidak berarti

Keluarga adalah orang-orang yang sangat dekat dengan ODGJ dan dianggap paling banyak tahu kondisi ODGJ serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada ODGJ. Sehingga, ada beberapa alasan pentingnya keluarga dalam merawat ODGJ, diantaranya:

- 1) Keluarga merupakan lingkup yang paling banyak berhubungan dengan ODGJ,
- 2) Keluarga (dianggap) paling mengetahui kondisi ODGJ,
- 3) Gangguan jiwa yang timbul mungkin disebabkan adanya cara asuh yang kurang sesuai,
- 4) ODGJ yang mengalami gangguan jiwa nantinya akan kembali kedalam masyarakat; khususnya dalam lingkungan keluarga,
- 5) Keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan ketenangan jiwa bagi ODGJ,
- 6) Gangguan jiwa mungkin memerlukan terapi yang cukup lama, sehingga pengertian dan kerjasama keluarga sangat penting artinya dalam pengobatan.

2.4.4 Penatalaksanaan ODGJ Pasca Pasung

Adapun penatalaksanaan klien *pasca* pasung di rumah adalah :

1. Memberikan klien tindakan dan kegiatan yang positif. Misal: membantu orang tua bekerja.
2. Memberikan perhatian dan penghargaan terhadap setiap kegiatan positif yang dilakukan klien.

3. Berbicara dengan baik, tidak membentak, dan tanpa pemaksaan ketika menyuruh klien.
4. Selalu jujur dengan klien.
5. Mendampingi klien dalam melakukan kegiatan sehari-hari.
6. Menganjurkan dan memastikan klien meminum obat yang diberikan dokter selama di rumah.
7. Mengajak klien untuk kontrol secara rutin.
8. Melibatkan keluarga dalam aktivitas atau kegiatan sehari-hari dan pengambilan keputusan.

2.5 Beban Keluarga Merawat ODGJ Pasca Pasung

WHO mengklasifikasikan beban yang dialami keluarga dengan gangguan jiwa menjadi 2, yaitu: beban subjektif yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga, dan beban objektif yang merupakan keterbatasan hubungan sosial dan aktifitas kerja. Beban yang dirasakan dapat berupa beban psikologis, beban fisik, beban finansial yang berhubungan dengan biaya berobat ODGJ. Semua beban tersebut akan saling mempengaruhi satu sama lain dan menjadi faktor stressor bagi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Setiadi (2006) seperti yang dikutip Wanti, Widianti, dan Fitria (2016) menyatakan bahwa adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat menjadi beban bagi keluarga. Beban tersebut sering kali terjadi karena keluarga tidak memiliki pemahaman akan kebutuhan pasien, dan tingkah laku pasien sulit dimengerti sehingga mempersulit terjalinnya hubungan antara keluarga dan pasien. Keluarga sulit membina dialog dengan pasien sehingga menimbulkan stres dalam keluarga. Disisi lain, Magana, Ramirez, dan

Hernandez (2007) dalam Wanti, Widianti, dan Fitria (2016) berpendapat bahwa beban yang dialami keluarga dalam merawat ODGJ seperti biaya pengobatan, biaya transportasi dan terganggunya pola tidur mereka. Hal ini juga diungkapkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Retnoningsih (2013), bahwa keluarga klien *pasca* pasung mengalami beban emosional dan kelelahan fisik yang menjadi alasan terjadinya pemasangan ulang. Kemungkinan berulangnya kasus pemasangan setelah klien kembali ke keluarganya sangat besar. Terjadinya kasus pemasangan yang baru apabila keluarga masih punya kecenderungan untuk melakukan tindakan pemasangan, termasuk pada klien yang sudah melakukan pengobatan di rumah sakit (Mukhalladah, 2016).

Keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dapat menimbulkan konflik yang tinggi, menjadi beban obyektif dan subyektif, saling menyalahkan, keterlibatan dalam permusuhan antar anggota keluarga (Pharoah, 2010; Fitryasari, 2009 dalam Yusuf, Putra, dan Probowati, 2012). Dalam merawat ODGJ, keluarga mengalami berbagai beban yang harus ditanggung. Tidak jarang keluarga mengalami kewalahan dan terbebani selama merawat pasien dengan gangguan jiwa yang memiliki risiko perilakukekerasan. Hal seperti ini dapat mendorong terjadinya penelantaran terhadap ODGJ (Drapalski, Marshall, Seybolt, Medoff, Leith & Dixon, 2008; Anggraeni, 2017). Dari penelitian yang dilakukan oleh Mukhalladah (2016) menyebutkan bahwa beban yang dirasakan keluarga dalam merawat ODGJ saat dipasung meliputi rasa takut, khawatir, berat/sulit. Hasil tersebut diperkuat dengan pendapat Mohr (2006) yang juga berpendapat beban subjektif keluarga sebagai respon terhadap anggota keluarga yang

mengalami gangguan jiwa adalah rasa kehilangan, rasa takut, merasa bersalah, rasa marah, dan perasaan negatif lainnya.

2.6 Stigma Tentang ODGJ & Keluarga dengan ODGJ

ODGJ seringkali mendapat perlakuan yang kurang manusiawi. Hal ini disebabkan karena adanya berbagai stigma dari masyarakat yang melekat pada orang penderita gangguan jiwa. Menurut Suryani dalam Hendriyana (2013), stigma terhadap penderita gangguan jiwa di Indonesia masih sangat kuat. Stigma ini, membuat orang yang mengalami gangguan jiwa terkucilkan, dan dapat memperparah gangguan jiwa yang diderita. Stigma tersebut bukan hanya ditujukan pada penderita gangguan jiwa, melainkan keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan jiwa akan mendapat stigma juga. Adanya stigma tersebut salah satunya adalah pembeda antara penyakit fisik lain dengan gangguan jiwa. Selain itu, masyarakat banyak percaya bahwa gangguan jiwa terjadi akibat dari supranatural dan akibat dari keturunan orang tua atau kerabat terdekatnya. Mereka juga menganggap ODGJ adalah orang yang berbahaya dan tidak bisa diprediksi, kurang kompeten, tidak dapat bekerja, harus di rawat di RSJ, dan tidak dapat disembuhkan (Tyas, 2008; Wardhani et al, 2011; Colucci, 2013 dalam Lestari & Wardhani, 2014).

Stigma pada penderita gangguan jiwa berat menyangkut pengabaian, prasangka dan diskriminasi. Pengabaian merupakan masalah pengetahuan dari masyarakat terkait gangguan jiwa itu sendiri. Prasangka merupakan masalah dari sikap, baik itu dari penderita yang mengarah pada stigma diri maupun dari masyarakat yang menimbulkan stigma terhadap penderita gangguan jiwa. Sedangkan diskriminasi merupakan masalah dari perilaku, baik itu dari penyedia

layanan penanganan kesehatan jiwa maupun dari masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa berat (Thornicroft, Brohan, Kasam & Holmes, 2008 dalam Lestari & Wardhani, 2014).

Keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan jiwa juga terkena dampak stigma yang diberikan masyarakat pada ODGJ. Salah satunya adalah keluarga dianggap sebagai penyebab dan berkontribusi terhadap gangguan jiwa yang diderita anggota keluarganya. Akibatnya, keluarga akan merasa malu terhadap anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Sehingga seringkali bantuan dari lingkungan sekitar untuk mengobati penderita terabaikan. Keluarga cenderung menutup diri dari lingkungan (Sherman, 2007; Lestari & Wardhani, 2014).

2.7 Teori Model Adaptasi Stres (*Stress Adaptation Model*)

Model adaptasi stres menurut Stuart (2013) mengidentifikasi sehat sakit sebagai hasil berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan faktor lingkungan. Model ini mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Apabila masalah disebabkan karena fisik, maka pengobatan dengan fisik atau kimiawi. Apabila masalah psikologis, maka harus diselesaikan secara psikologis. Demikian pula jika masalah sosial, maka lebih sering dapat diselesaikan dengan pendekatan sosial melalui penguatan psikologis.

Beberapa hal yang harus diamati dalam model adaptasi stres adalah faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan. Ada dua kemungkinan koping terpilih yaitu berada antara adaptif dan maladaptif. Koping ini bersifat dinamis, bukan statis

pada satu titik. Dengan demikian perilaku manusia juga selalu dinamis, yakni sesuai berbagai faktor yang memengaruhi koping terpilih.

Secara lengkap komponen pengkajian model adaptasi stres dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah sebagai berikut.

1. Faktor Predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari individu untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Secara bersama-sama, faktor ini akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres pengalaman stres yang dialaminya. Adapun macam-macam faktor predisposisi meliputi hal sebagai berikut.

- 1) Biologi : latar belakang genetik, status nutrisi, kepekaan biologis, kesehatan umum, dan terpapar racun.
- 2) Psikologis : kecerdasan, keterampilan verbal, moral, personal, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, pertahanan psikologis, dan kontrol.
- 3) Sosiokultural : usia, gender, pendidikan, pendapatan, okupasi, posisi sosial, latar belakang budaya, keyakinan, politik, pengalaman sosial, dan tingkatan sosial.

2. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi ini dapat bersifat biologis, psikologis, dan sosiokultural. Waktu merupakan dimensi yang juga memengaruhi

terjadinya stres, yaitu berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya. Adapun faktor presipitasi yang sering terjadi adalah sebagai berikut.

1) Kejadian yang menekan (*stressful*)

Ada tiga cara mengkategorikan kejadian yang menekan kehidupan, yaitu aktivitas sosial, lingkungan sosial, dan keinginan sosial. Aktivitas sosial meliputi keluarga, pekerjaan, pendidikan, sosial, kesehatan, keuangan, aspek legal, dan krisis komunitas. Lingkungan sosial adalah seseorang yang baru memasuki lingkungan sosial. Keinginan sosial adalah keinginan secara umum pernikahan

2) Ketegangan hidup

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga yang terus-menerus, ketidakpuasan kerja, dan kesendirian. Beberapa ketegangan hidup yang umum terjadi adalah perselisihan yang dihubungkan dengan hubungan perkawinan, perubahan orang tua yang dihubungkan dengan remaja dan anak-anak, ketegangan yang dihubungkan dengan ekonomi keluarga, serta *overload* yang dihubungkan dengan peran.

3. Penilaian terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial. Penilaian adalah dihubungkan dengan evaluasi terhadap pentingnya suatu kejadian yang berhubungan dengan kondisi sehat.

1) Respons kognitif

Respons kognitif merupakan bagian kritis dari model ini. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif memainkan peran sentral dalam adaptasi. Faktor kognitif mencatat kejadian yang menekan, memilih pola koping yang digunakan, serta emosional, fisiologis, perilaku, dan reaksi sosial seseorang. Penilaian kognitif merupakan jembatan psikologis antara seseorang dengan lingkungannya dalam menghadapi kerusakan dan potensial kerusakan. Terdapat tiga tipe penilaian stresor primer dari stres yaitu kehilangan, ancaman, dan tantangan.

2) Respons afektif

Respons afektif adalah membangun perasaan. Dalam penilaian terhadap stresor respons afektif utama adalah reaksi tidak spesifik atau umumnya merupakan reaksi kecemasan, yang hal ini diekspresikan dalam bentuk emosi. Respons afektif meliputi sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, atau kaget. Emosi juga menggambarkan tipe, durasi, dan karakter yang berubah sebagai hasil dari suatu kejadian.

3) Respons fisiologis

Respons fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin yang meliputi hormon, prolaktin, hormon adrenokortikotropik (ACTH), vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin norepineprin, dan neurotransmitter lain di otak. Respon fisiologis melawan atau menghindar (*the fight-or-flight*) menstimulasi divisi simpatik dari

sistem saraf autonomi dan meningkatkan aktivitas kelenjar adrenal. Sebagai tambahan, stres dapat memengaruhi sistem imun dan memengaruhi kemampuan seseorang untuk melawan penyakit.

4) Respons perilaku

Respons perilaku hasil dari respons emosional dan fisiologis

5) Respons sosial

Respons ini didasarkan pada tiga aktivitas, yaitu mencari arti, atribut sosial, dan perbandingan sosial.

4. Sumber Koping

Sumber koping merupakan pemilihan atau strategi yang membantu menentukan apa yang bisa dilakukan dan setara dengan apa yang telah dipertaruhkan. Seseorang dapat memilih strategi koping yang ada untuk mencapai keberhasilan koping yang efektif. Sumber koping adalah sebuah faktor pelindung. Sumber koping tersebut meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi dan menggabungkan semua tingkat hierarki sosial yang diwakili termasuk hubungan antara individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sumber koping lainnya meliputi kesehatan dan energi, dukungan spiritual, kepercayaan positif, pemecahan masalah dan keterampilan sosial, sumber daya sosial dan material, dan kesejahteraan fisik.

1. Keyakinan spiritual dapat menjadi dasar harapan dan mendukung upaya seseorang dalam mengatasi keadaan yang paling buruk.

2. Keterampilan memecahkan masalah termasuk kemampuan untuk mencari informasi, mengidentifikasi masalah, menimbang alternatif, dan melaksanakan rencana.
 3. Keterampilan sosial membantu memecahkan masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kemungkinan mendapatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial individu yang lebih besar.
 4. Aset material mengacu pada uang dan barang dan layanan yang bisa dibeli dengan uang. Sumber daya material sangat meningkatkan pilihan koping seseorang di hampir semua situasi penuh tekanan.
 5. Pengetahuan dan kecerdasan adalah sumber koping yang memungkinkan orang untuk mengidentifikasi berbagai cara untuk berurusan dengan stress yang dialami.
 6. Identitas ego yang kuat, komitmen terhadap jejaring sosial, stabilitas budaya, sistem nilai dan kepercayaan yang stabil, dan orientasi kesehatan preventif adalah bentuk sumber koping yang lain.
5. Mekanisme Koping

Koping mekanisme adalah suatu usaha langsung dalam manajemen stres. Ada tiga tipe mekanisme koping, yaitu sebagai berikut.

1) Mekanisme koping *problem focus*

Mekanisme ini terdiri atas tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri. Contoh: negosiasi, konfrontasi, dan mencari nasihat.

2) Mekanisme koping *cognitively focus*

Mekanisme ini berupa seseorang dapat mengontrol masalah dan menetralkannya. Contoh: perbandingan positif, *selective ignorance*, *substitution of reward*, dan *devaluation of desired objects*.

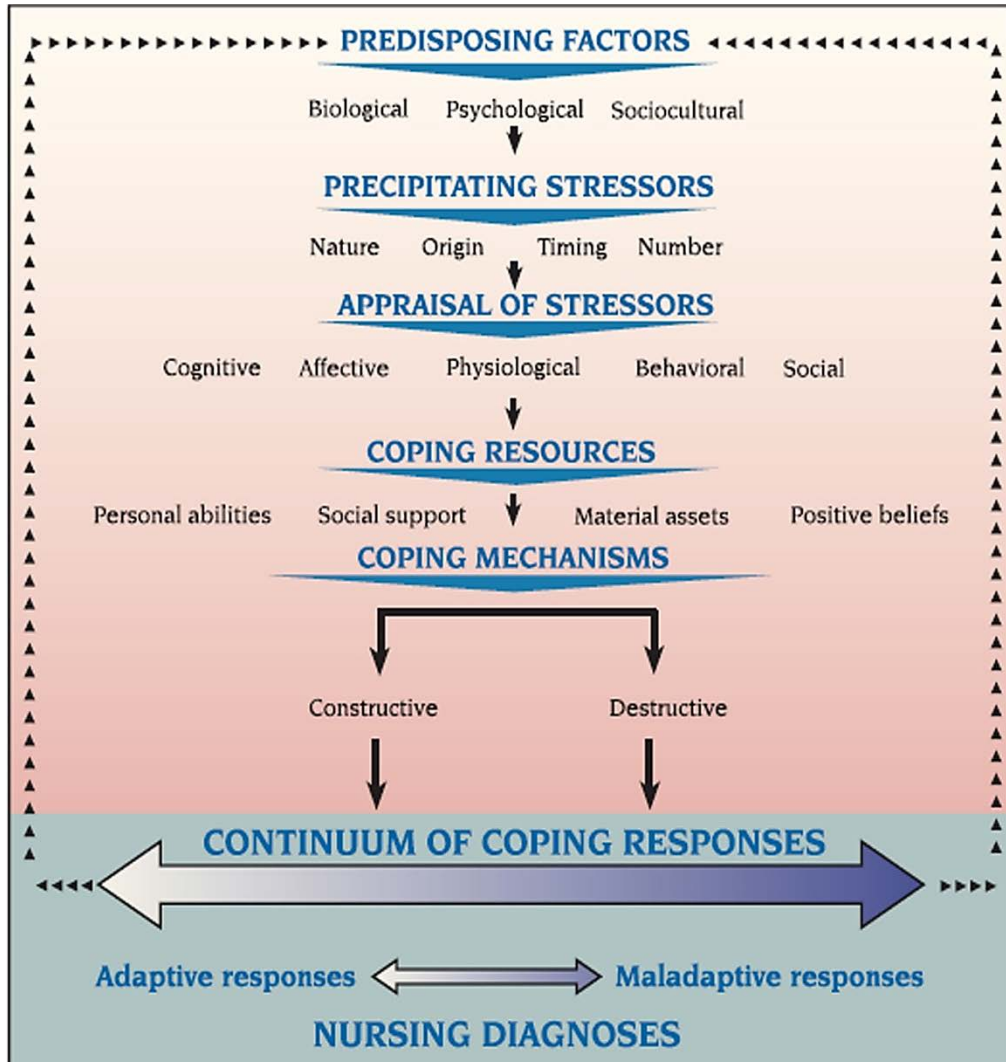
3) Mekanisme koping *emotion focus*

Seseorang lebih berorientasi pada menyesuaikan diri terhadap distress emosional secara tidak berlebihan. Contoh: menggunakan mekanisme pertahanan ego seperti *denial*, supresi, atau proyeksi.

Mekanisme koping dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme konstruktif terjadi ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan individu menerima sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping destruktif menghindari kecemasan tanpa menyelesaikan konflik.

Selain dapat dikategorikan dalam tiga tipe di atas, mekanisme koping dapat dikategorikan sebagai *task oriented* dan *ego oriented reaction*. *Task oriented reaction* adalah berpikir serta mencoba berhati-hati untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik, dan memberikan kepuasan. *Task oriented reaction* berorientasi dengan kesadaran secara langsung dan tindakan. Sementara *ego oriented reaction* sering digunakan untuk melindungi diri. Reaksi ini sering disebut sebagai mekanisme pertahanan. Setiap orang menggunakan mekanisme pertahanan dan membantu seseorang mengatasi kecemasan dalam tingkat ringan sampai dengan sedang. *Ego oriented reaction* dilakukan pada tingkat tidak sadar.

Komponen-komponen dari teori model adaptasi stress yang dikembangkan oleh Stuart (2013) akan membentuk kerangka konseptual yang terlihat seperti gambar di bawah ini.



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Teori Adaptasi Stress Model (Stuart, 2013)

2.8 Keaslian Penulisan

Tabel 2.1 *Keyword Development*

Koping keluarga <i>(Family coping)</i>	Merawat <i>(take care of)</i>	Orang dengan gangguan jiwa <i>(mental disorders)</i>	Pasung <i>(Restrain and Seclusion)</i>
Dukungan keluarga		Klien gangguan	Pasca pasung

or

<i>(Family support)</i>		jiwa <i>(mental disorders client)</i>	<i>(post restrain)</i>
Pengalaman keluarga <i>(Family experience)</i>		Gangguan jiwa <i>(mental illness)</i>	

→ and

Alternatif kata kunci pada table 2.1 digunakan dalam pencarian artikel ilmiah. Peneliti menggunakan database *Sage, Sciencedirect, Google Scholar, Elsevier, Journal Ners* dan *Repository Unair* untuk mencari artikel ilmiah yang memiliki kesamaan sebagai pendukung penelitian ini. Terdapat 65 artikel ilmiah yang ditemukan dari keseluruhan pencarian artikel pendukung dengan menggunakan alternatif kata kunci tersebut. Peneliti melakukan seleksi untuk memilih artikel yang sesuai dengan keinginan peneliti yaitu melakukan seleksi tahun penerbitan dibatasi dari tahun 2010 hingga tahun 2017, artikel yang terunduh secara *full text*, dan kemudian dilakukan *review* oleh peneliti hingga kemudian terpilih 10 artikel ilmiah yang sesuai dengan tujuan penelitian. Hasil penelusuran artikel ilmiah tersebut sebagaimana tercantum dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 2.2 Keaslian Penulisan Penelitian

No	Judul; Pengarang; Tahun	Metode (Desain, sampel, variabel, instrument, analisis)	Hasil Penelitian
1.	Dukungan Keluarga Terhadap Klien Gangguan Jiwa Pasca Pasung (Sumitro, 2017)	Desain: Kualitatif – Fenomenologi Metode: <i>Indepth interview</i> Sampel: <i>purpose sampling</i> Variabel: Dukungan Keluarga, Pasca Pasung	Dukungan penilaian yang diberikan keluarga dalam perhatian. Dukungan instrumental yang diberikan keluarga dalam bentuk bantuan material dan bantuan jasa. Sedangkan dukungan emosional yang diberikan

		Instrumen: Peneliti dalam bentuk memberi Analisis: model semangat. proses pengkodean Creswell
2.	Pengalaman Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa Pasca Pasung (Nihayati, Mukhalladah, & Krisnana, 2016)	Desain: Kualitatif – Fenomenologi Metode: <i>Indepth interview</i> Sampel: <i>purpose sampling</i> Variabel: Pengalaman Keluarga, Pasca Pasung Instrumen: Peneliti Analisis: tahap awal, <i>horizontalization</i> , <i>cluster of meaning</i> .
3	Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Dengan Pasung Di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember (Halida, 2015)	Desain: Kualitatif – Fenomenologi Metode: <i>Indepth interview</i> Sampel: <i>purpose sampling</i> dan <i>snowball sampling</i> Variabel: Pengalaman Keluarga, ODGJ dipasung Instrumen: peneliti Analisis: analisis tematik menurut metode Colaizzi
4.	Gambaran Strategi Koping Keluarga Merawat Anggota Keluarga yang Menderita Gangguan Jiwa Berat (Wanti, Widiyanti & Fitria, 2016)	Desain: Kuantitatif-Deskriptif Metode: Deskriptif Sampel: <i>total sampling</i> Variabel: Gambaran Strategi Koping Keluarga, gangguan jiwa berat Instrumen: kuisioner dari instrument baku <i>Ways of Coping The Revised Version</i>
		Seluruh responden/ anggota keluarga yang merawat pasien gangguan jiwa berat, sebagian dari responden lebih cenderung menggunakan <i>emotional focused coping</i> . Sebagian kecil responden cenderung menggunakan <i>problem focused coping</i> dan sebagian kecil responden lainnya dominan

		(Folkman dan Lazarus, 1984)	menggunakan <i>problem focused coping</i> dan <i>emotional focused coping</i> secara bersamaan.
		Analisis: statistik deskriptif dalam bentuk analisis persentase (univariate)	
5.	Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Penderita Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat (Retnowati Sriati & Widiastuti, 2012)	Desain: Kuantitatif-Deskriptif Metode: Deskriptif Sampel: <i>purpose sampling</i> Variabel: Strategi Koping Keluarga, Skizofrenia Instrumen: kuisioner modifikasi <i>Ways of Coping The Revised Version</i> (Folkman dan Lazarus, 1984) Analisis: strategi koping diukur dengan skala nominal dengan perhitungan analisis data.	Strategi koping keluarga dalam penelitian ini cukup menyebar. Sebagian keluarga cenderung menggunakan <i>emotion focused coping</i> , sebagian kecil keluarga cenderung menggunakan <i>problem focused coping</i> , dan sangat sedikit keluarga yang cenderung menggunakan kedua strategi koping tersebut.
6.	Peningkatan Keluarga dalam Merawat Gangguan Jiwa melalui Terapi Spiritual <i>Direction, Obedience, dan Acceptance</i> (DOA) (Yusuf, Putra, & Probawati, 2012)	Desain: Kuantitatif – <i>Experimental</i> Metode: <i>Pre post test control group design</i> Sampel: <i>Simple Random</i> Variabel: Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi keluarga dengan pendekatan spiritual <i>direction, obedience, dan acceptance</i> (DOA). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah koping keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa Instrumen: satuan acara kegiatan (SAK)	Terdapat perbedaan signifikan ($p=0,040$) total koping keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa antara sebelum dan sesudah diberikan terapi keluarga dengan pendekatan spiritual <i>direction, obedience, acceptance</i> (DOA). Koping keluarga mengalami perubahan pada aspek memelihara integritas keluarga, kerjasama, memandang situasi dengan positif, dan memahami situasi medis, komunikasi dengan orang lain, serta konsultasi dengan petugas kesehatan. Tidak terdapat perbedaan pada aspek memelihara dukungan sosial, harga diri

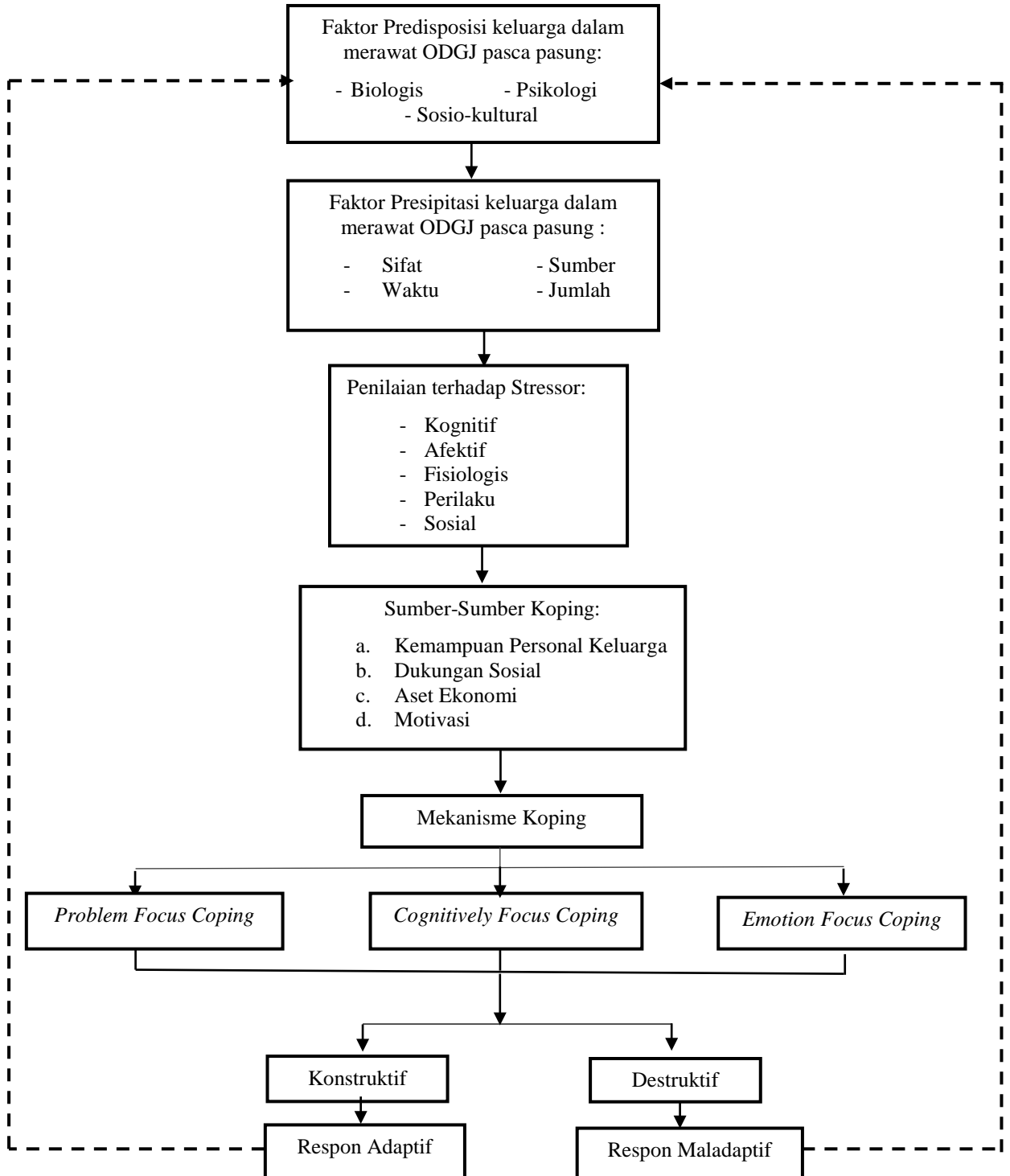
		Analisis: <i>Paired t-test and independent t-test.</i>	dan stabilitas psikologis, meskipun demikian terdapat perbedaan selisih nilai rerata antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
7.	Gambaran Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Pasien Skizofrenia di Wilayah Kecamatan Kasihan Bantul (Wardaningsih, Rochmawati & Sutarjo, 2010)	Desain: Kualitatif – Fenomenologi Metode: <i>Indepth interview</i> Sampel: <i>purpose sampling</i> dan <i>snowball sampling</i> Variabel: Pengalaman Keluarga, ODGJ dipasung Instrumen: peneliti Analisis: analisis tematik menurut metode Colaizzi	Faktor yang memengaruhi strategi koping keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa yaitu terdiri faktor keuangan (Status sosial ekonomi), faktor keyakinan (agama), faktor dukungan sosial, faktor pengetahuan keluarga, dan faktor pola-pola komunikasi. Strategi koping keluarga yang digunakan dalam merawat penderita gangguan jiwa terdiri dari dua tipe yaitu: a) strategi keluarga internal terdiri atas mengandalkan kelompok keluarga, pengontrolan makna masalah, pengungkapan bersama dan pemecahan masalah bersama-sama; b) Strategi koping eksternal meliputi mencari dukungan spiritual dan mencari dukungan sosial.
8.	Lepas Untuk Kembali Dikungkung: Studi Kasus Pemasangan Kembali Eks Pasien Gangguan Jiwa (Wijayanti & Masykur, 2016)	Desain: Kualitatif – <i>Single Case Study</i> Metode: Wawancara, Observasi, FGD Sampel: <i>purpose sampling</i> Variabel: Pemasangan kembali, Eks Pasien gangguan jiwa Instrumen: peneliti Analisis: Model penyajian data	Pemasangan adalah upaya perlindungan terhadap ODGJ dan opsi terakhir keluarga. Paparan penelitian dalam kronologi periode sebelum dipasung, ketika dipasung, periode lepas-pasung, periode pengobatan alternatif, dan periode pemasangan kembali. Periode upaya pengobatan dijalani subjek kasus dalam waktu yang

	menurut Yin	relatif singkat, sehingga pasca menjadi eks pasien RSJ, subjek kasus kembali dipasung. Analisis pengambilan keputusan <i>caregiver</i> mempertimbangkan sosiokultural. <i>Coping</i> terhadap stres perawatan keluarga dilakukan secara <i>religious-focused</i> , yakni mengedepankan ibadah, ikhlas, ikhtiar, serta meyakini bahwa ada maksud di balik cobaan. Keluarga melakukan keterbukaan dan tidak terpapar stigma yang beredar di masyarakat. Lingkungan sosial cenderung mendukung keputusan keluarga selagi masih bisa merawat keberadaan ODGJ meski dengan cara dipasung.	
9.	The Burden of Distress and Releated Coping Processes in Family Caregivers of Patients with Alzheimers Disease Living in the Community (Raggi, Tasca, Panerai, Neri, & Ferri, 2015)	<p>Desain: Kuantitatif – <i>Correlational</i></p> <p>Metode: Deskriptif</p> <p>Sampel: <i>purpose sampling</i></p> <p>Variabel: <i>Burden of Distress, Coping Processes in Family Caregivers, Patients with Alzheimers Disease</i></p> <p>Instrumen: kuisisioner NPI- <i>Caregiver Distress Scale</i></p> <p>Analisis: Analisis Statistik</p>	Jumlah beban yang dialami pengasuh, ditemukan berkorelasi positif dengan beberapa jenis gangguan kognitif, psikologis, perilaku, dan motorik pasien. Tingkat keparahan <i>distress</i> pengasuh berkorelasi dengan strategi penanganan spesifik, seperti mencari dukungan sosial, menggunakan perilaku penghindaran dan berfokus pada masalah. Pengasuh yang membutuhkan tingkat dukungan keluarga dan / atau sosial yang lebih tinggi juga mengalami tingkat kesulitan yang lebih tinggi.
10.	Mental Health	Desain: Kuantitatif –	Masalah kesehatan mental

Problem in Young Children: The Role of Mothers Coping and Parenting Style and Characteristic of Family Fuctioning (Nikolaev, Baranova, & Petunova, 2016)	<i>Quasy Expeiment</i> Sampel: <i>purpose sampling</i> Variabel: <i>Role of Mothers Coping, Parenting Style, Characteristic of Family Fuctioning</i> Instrumen: kuisisioner Analisis: Analisis Statistik	pada anak-anak muda terbentuk dari gangguan emosional dan perilaku dan memiliki hubungan dekat dengan faktor negatif lingkungan keluarga yang tidak harmonis. Gangguan ini lebih khas untuk anak laki-laki di usia muda dan berkembang dalam kondisinya dengan gaya pengasuhan yang otoriter atau menolak dengan perhatian emosional yang diremehkan. Keluarga dari Anak-anak ini dicirikan oleh fokus mereka pada nilai material, kekerasan dan situasi penyalahgunaan alkohol, stereotip transgenerasi dominasi perempuan dalam hubungan keluarga. Peran utama dalam membentuk tidak harmonis keluarga adalah gaya koping maladaptif seorang ibu. Hasil kami menunjukkan peran disfungsional pola koping ibu berhubungan dengan gaya pengasuhan mereka untuk kesehatan mental anak-anak mereka.
--	--	---

Berdasarkan tabel 2.2 Keaslian Penelitian Tentang Pasca Pasung tersebut, belum ada penelitian yang mengeksplorasi lebih dalam tentang gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung sebelumnya. Peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam tentang fenomena tersebut.

2.9 Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Pikir Penelitian dengan modifikasi dari teori Model Adaptasi Stress oleh Stuart (1983)

Penelitian dilakukan dengan pendekatan *Case Study* dan akan mengeksplorasi secara mendalam dan komprehensif tentang gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Kerangka pikir yang digunakan merupakan modifikasi dari teori Model Adaptasi Stress oleh Stuart (1983). Kerangka pikir penelitian ini menjadi latarbelakang peneliti dalam mengembangkan *case study* tentang gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung.

Model adaptasi Stress mengidentifikasi sehat sakit dengan mengintegrasikan komponen biologis, psikologis, serta sosial dalam pengkajian dan penyelesaian masalahnya. Model ini melihat sebab terjadinya masalah untuk memberikan pemecahan terhadap masalah tersebut. Sebagai contoh, jika masalah disebabkan hal psikologis, maka penyelesaiannya secara psikologis.

Model adaptasi stres Stuart mengamati beberapa hal yang meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan. Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang menjadi sumber terjadinya stres yang memengaruhi tipe dan sumber dari keluarga untuk menghadapi stres baik yang biologis, psikososial, dan sosiokultural. Faktor ini secara bersama-sama akan memengaruhi seseorang dalam memberikan arti dan nilai terhadap stres yang dialaminya. Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam keluarga. Faktor presipitasi memerlukan energi besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi terwujud dalam sifat, sumber, waktu, dan jumlah stresor. Penilaian terhadap stresor meliputi penentuan

arti dan pemahaman terhadap pengaruh situasi yang penuh dengan stres bagi individu. Penilaian terhadap stresor ini meliputi respons kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan respons sosial. Sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi. Sumber koping yang dimiliki keluarga akan mempengaruhi mekanisme koping yang dipilih keluarga dalam menghadapi stress. Mekanisme koping yang menjadi pilihan terdiri dari 3 jenis; *problem focus coping*, *cognitively focus coping*, atau *emotional focus coping*. Mekanisme koping tersebut akan membentuk pola gambaran koping keluarga yang berupa sikap konstruktif mengarah pada respon koping adaptif atau destruktif mengarah pada respon koping maladaptif.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan menggali lebih dalam gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung, untuk mendapatkan jawaban yang valid dan bisa dilakukannya “*transferability*” maka metode penelitian yang digunakan harus sesuai. Bab ini akan membahas mengenai desain penelitian, partisipan, sample dan tehnik sampling, instrumen dan alat bantu penelitian, tempat dan waktu penelitian, prosedur pengumpulan data, analisis data, dan etika penelitian.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *case study*. Metode penelitian kualitatif merupakan penelitian yang secara khusus menggunakan teknik untuk memperoleh jawaban atau informasi mendalam tentang pendapat, persepsi, dan perasaan seseorang. Pada penelitian kualitatif akan didapatkan hal-hal tersirat (*insight*) mengenai sikap, kepercayaan, motivasi, dan perilaku objek yang diteliti melalui informan (Kresna *et al* dalam Lapau, 2012). Penelitian ini bertujuan untuk mengungkapkan gejala secara holistic-kontekstual melalui pengumpulan data dari latar alami dengan memanfaatkan diri peneliti sebagai instrument kunci (Sugiarto, 2015).

Pendekatan *case study* atau studi kasus merupakan bagian dari metode kualitatif yang hendak mendalami suatu kasus tertentu secara lebih mendalam dengan melibatkan pengumpulan beraneka sumber informasi. Menurut Creswell (1998), studi kasus adalah suatu eksplorasi dari sistem-sistem yang terkait (*bounded system*) atau kasus. Sistem yang saling terkait yang dimaksudkan adalah

adanya keterkaitan dalam hal waktu dan tempat serta batasan dalam kasus yang diteliti.

Patton, 2002 mengatakan bahwa metode studi kasus diharapkan dapat menangkap kompleksitas kasus yang diteliti. Kasus tersebut harus kasus tunggal dan khusus. Terdapat tiga karakteristik dari studi kasus seperti yang dijelaskan oleh Hancock & Algozzine (2006): studi kasus terfokus pada individu/subjek atau fenomena; fenomena yang diteliti, dipelajari dalam konteks alamiah serta terikat ruang dan waktu; kaya akan penjelasan deskriptif (Hermansyah, 2015; Raco, 2010)

3.2 Partisipan

Partisipan pada penelitian ini tidak diarahkan pada jumlah tetapi berdasarkan pada asas kesesuaian dan kecakupan sampai mencapai saturasi data. Pemilihan partisipan didasarkan pada kriteria yang telah ditentukan dan berdasarkan teori-teori atau konstruk operasional sesuai dengan tujuan penelitian. Hal ini dilakukan agar partisipan benar-benar mewakili terhadap fenomena yang diteliti (Poerwandari, 2005 dalam Saryono & Anggraeni, 2011). Penelitian ini menggunakan teknik *purposive* sampling dalam pemilihan partisipan. Hermansyah (2015) mengemukakan bahwa teknik *purposive* sampling memungkinkan peneliti memilih subjek penelitian dan lokasi penelitian dengan tujuan untuk mempelajari atau memahami *central phenomenon* yang akan diteliti. Subjek dan lokasi yang dipilih oleh peneliti akan disesuaikan dengan tujuan dari penelitian.

Creswell (1998) merekomendasikan jumlah partisipan yang relatif kecil, yaitu kurang dari 10 partisipan. Pertimbangan pemilihan partisipan dalam jumlah

kecil berkaitan dengan kemampuan peneliti untuk menggali secara mendalam pengalaman hidup individu secara optimal (Saryono & Anggraeni, 2011). Selain itu, Jumlah partisipan yang dijadikan sampel juga sangat ditentukan oleh adanya pengulangan informasi atau saturasi data. Jika saturasi telah tercapai dimana tidak ada lagi informasi baru yang didapatkan pada pertanyaan yang sama maka pengambilan data dapat dihentikan dan jumlah partisipan tidak ditambah (Creswell 2012; dalam Tristiana, 2014). Partisipan pada penelitian ini dipilih berdasarkan beberapa kriteria, sebagai berikut:

1) Keluarga yang merawat ODGJ pasca pasung

Keluarga yang merawat ODGJ pasca pasung dipilih sebagai partisipan karena mereka merupakan subjek yang secara langsung merawat ODGJ pasca pasung. Karena pentingnya informasi ini, maka diperlukan kriteria tambahan:

- a. Keluarga yang tinggal dengan ODGJ pasca pasung, karena mereka merupakan orang yang mengawasi ODGJ pasca pasung dalam meminum obat (Pengawas minum obat bagi ODGJ pasca pasung) dan mereka yang cenderung memiliki beban stress yang tinggi akibat interaksi dengan ODGJ pasca pasung.
- b. Keluarga yang dapat diajak komunikasi dengan baik, yaitu anggota keluarga yang berusia diatas 20 tahun (usia dewasa).

3.3 Instrumen dan Alat Bantu Penelitian

3.3.1 Instrumen

Instrumen penelitian dalam penelitian kualitatif adalah manusia, yaitu peneliti sendiri (Sugiarto,2015). Menurut Ahmadi (2016) data yang diperoleh dalam

penelitian kualitatif berupa kata-kata (bahasa), tindakan, isyarat atau lambang. Sehingga yang dapat menangkap dan menjelaskan data yang berbentuk demikian adalah peneliti sendiri. Uji coba instrumen dalam penelitian ini dilakukan dengan peneliti melakukan uji *draft* pertanyaan sebelum melakukan wawancara (*indepth interview*) pada partisipan. Uji *draft* wawancara juga ditujukan untuk melatih peneliti dalam melakukan wawancara dan melihat apakah pertanyaan yang diajukan peneliti dapat dimengerti oleh partisipan. Jika memang kurang dapat dimengerti, maka peneliti akan mengubah bahasa pertanyaan yang digunakan.

3.3.2 Alat Bantu Penelitian

1) Wawancara

Stewart dan Cash (2008) mengartikan wawancara sebagai interaksi yang didalamnya terdapat pertukaran/*Sharing* aturan, tanggung jawab, perasaan, kepercayaan, motif dan informasi. Wawancara bukan kegiatan dimana satu orang melakukan pembicaraan dan yang lain hanya mendengarkan, tetapi wawancara melibatkan komunikasi dua arah yang adanya tujuan dalam komunikasi tersebut (Hermansyah, 2015). Penelitian ini menggunakan *Semi Structure in-depth Interview*, dimana pertanyaan bersifat terbuka dan peneliti menyiapkan pedoman wawancara sebagai *guideline* yang akan dijadikan sebagai control dalam alur pembicaraan dan mengontrol waktu wawancara. Pedoman wawancara penelitian berdasarkan pada kuesioner baku *Ways of Coping The Revised Version* oleh Folkman dan Lazarus (1984), Coping Health Inventory for Parents (CHIP) oleh Mc Cubbin dan Patterson (1983), dan Teori Adaptasi Stress oleh Stuart (1983), kemudian dimodifikasi dan disesuaikan dengan kebutuhan informasi yang ingin digali oleh peneliti.

2) Catatan Lapangan (*Field Note*)

Catatan lapangan atau *Field Note* merupakan bentuk catatan saat peneliti melakukan observasi yang berisi kejadian atau peristiwa yang terjadi. Catatan lapangan akan memberikan informasi tambahan sebagai data pendukung untuk dilakukannya analisis. Hal yang dituliskan dalam catatan lapangan/*field note* berupa catatan kejadian selama melakukan wawancara; gambaran keadaan partisipan saat akan dan selama dilakukan wawancara yang meliputi ekspresi wajah, bahasa tubuh, serta reaksi partisipan ketika berbicara; gambaran suasana tempat saat melakukan wawancara.

2) Alat Perekam

Alat Perekam merupakan alat yang digunakan oleh peneliti untuk merekam segala hal yang disampaikan oleh partisipan saat dilakukan wawancara. Penggunaan alat ini untuk membantu peneliti dalam mengeksplorasi lebih mendalam makna dari jawaban partisipan. Alat perekam yang digunakan oleh peneliti berupa *video recorder*. Apabila partisipan tidak bersedia untuk dilakukan perekaman dengan *video recorder*, maka peneliti akan menggunakan *voice recorder* dan *field note* untuk mencatat segala hal yang terjadi selama dilakukan wawancara, termasuk bahasa *non-verbal* partisipan. Pemilihan alat tersebut berdasarkan persetujuan dari partisipan.

3.4 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Puger, Kabupaten Jember. Pemilihan lokasi didasarkan pada penemuan kasus pasca pasung yang tinggi dan adanya program pembebasan pasung di kabupaten Jember. Data dari Dinas Sosial Kabupaten Jember per Januari 2017 pasca pasung

mencapai 61 orang yang tersebar di 19 Kecamatan. Waktu penelitian dilaksanakan dari bulan April 2017–Juni 2017. Pertemuan dengan partisipan tidak dibatasi waktu, untuk menghindari terjadinya saturasi atau ditemukan kekurangan informasi dapat dilakukan wawancara kembali.

3.5 Proses Pengumpulan Data

1. Tahap Persiapan

Prosedur pengumpulan data dimulai setelah mendapatkan surat keterangan lulus uji etik nomor 443-KEPK, tanggal 26 Juli 2017 dan surat izin penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Surat izin penelitian dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga ditujukan kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember dengan tembusan untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Puskesmas. Surat izin tersebut juga melampirkan proposal penelitian. Setelah mendapatkan izin, peneliti melakukan observasi lapangan. Observasi lapangan dilakukan untuk menentukan calon partisipan. Peneliti melakukan pendekatan pada calon partisipan yang dilakukan pertama adalah menjelaskan tentang maksud dari penelitian. Kemudian peneliti memberikan *Informed Consent* kepada calon partisipan. Setelah itu, peneliti kemudian membuat kontrak waktu dan tempat wawancara dengan partisipan.

2. Tahap Pelaksanaan

a) Fase Orientasi

Fase orientasi dilakukan setelah partisipan menandatangani *informed consent*. Kemudian dilakukan wawancara pada waktu dan tempat yang disetujui oleh partisipan. Selama wawancara peneliti membuat suasana senyaman mungkin. Peneliti dan partisipan saling berhadapan dan berjarak lebih kurang 50 cm.

Peneliti menyiapkan alat tulis dan alat perekam/*recorder* berupa *video recorder* atau *voice recorder* yang akan digunakan. Jika partisipan tidak bersedia menggunakan *video recorder*, peneliti merekam wawancara dengan *voice recorder*. Setelah terjalin kepercayaan antara partisipan dan peneliti maka peneliti mulai melakukan wawancara mendalam.

b) Fase Kerja

Wawancara mendalam diawali dengan pertanyaan, "Berapa lama anda merawat anggota keluarga anda yang mengalami gangguan jiwa?". Kemudian pertanyaan akan dilanjutkan dengan pertanyaan, "Dapatkah anda ceritakan, bagaimana anda selama ini merawat anggota keluarga anda yang dipasung?". Pertanyaan tersebut sebagai pengantar untuk memulai proses wawancara dan agar dapat masuk ke pertanyaan inti sesuai dengan pedoman wawancara. Peneliti mengikuti arah jawaban yang diberikan oleh partisipan. Ketika partisipan tidak mampu memberikan informasi, peneliti mencoba memberikan ilustrasi yang hampir sama dengan pertanyaan peneliti dan mengulang pertanyaan dengan bahasa yang lebih umum. Peneliti akan membuat transkrip secara kata perkata dan dilihat lagi keakuratan datanya dengan mendengarkan kembali hasil rekaman wawancara serta menggabungkan dengan catatan lapangan dan membaca berulang-ulang hasil transkrip.

c) Fase Terminasi

Proses wawancara diterminasi apabila partisipan telah menjawab semua pertanyaan. Proses wawancara ditutup dengan mengucapkan terima kasih kepada partisipan atas kesediaan dan partisipasinya dalam penelitian. Peneliti membuat

kontrak kembali untuk pertemuan selanjutnya dengan tujuan untuk melakukan validasi data.

3. Tahap Terminasi

Tahap terminasi akhir dilakukan ketika semua partisipan telah selesai memvalidasi hasil transkrip verbatim dan rekaman wawancara. Peneliti memastikan hasil transkrip verbatim dan wawancara telah sesuai dengan fakta. Setelah itu, peneliti melakukan terminasi akhir dengan mengucapkan terima kasih telah ikut serta dalam proses penelitian dan menyatakan bahwa proses penelitian telah selesai

3.6 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mengolah, memisahkan, mengelompokkan dan memadukan sejumlah data yang dikumpulkan dilapangan secara empiris menjadi sebuah kumpulan informasi ilmiah yang terstruktur dan sistematis yang selanjutnya siap dikemas menjadi laporan penelitian (Mukhtar, 2013). Ada beberapa metode analisis data pada penelitian kualitatif, salah satunya menggunakan metode analisis Colaizzi (1978). Polit dan Beck (2014) menyebutkan bahwa metode analisis Colaizzi memiliki tujuh langkah dalam menganalisis data yang meliputi:

1) *Read all protocols to acquire a feeling for them*

Peneliti membaca protokol penelitian yaitu hasil komunikasi antara peneliti dengan partisipan yang berupa transkrip wawancara. Hal ini dilakukan agar peneliti dapat memperoleh gambaran tentang perasaan partisipan.

2) *Review each protocol and extract significant statement*

Peneliti *mereview* kembali transkrip wawancara dengan partisipan, lalu melakukan pemilihan beberapa pernyataan yang sesuai dengan tujuan khusus penelitian serta memberi tanda pada kata kunci dari pernyataan partisipan.

3) *Spell out the meaning of each significant statement (i.e., formulate meanings)*

Peneliti mengidentifikasi beberapa pernyataan yang menjadi kata kunci dan memaknai atau mencari esensi dari pernyataan tersebut, kemudian mengkategorikannya.

4) *Organize the formulated meanings onto clusters of theme (a. refer these clusters back to the original protocols to validate them; b. note discrepancies among or between the various cluster, avoiding the temptation of ignoring data or theme that do not fit)*

Peneliti menformulasikan makna dari beberapa pernyataan partisipan ke dalam kelompok tema. Peneliti membaca kembali seluruh kategori dari beberapa pernyataan, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori, lalu mengelompokkan pada sub tema dan tema.

5) *Integrate results into an exhaustive description of the phenomenon under study*

Peneliti mengintegrasikan tema-tema yang ditemukan dalam analisis data. Kemudian peneliti menuliskannya dalam bentuk deskripsi sebagai hasil penelitian.

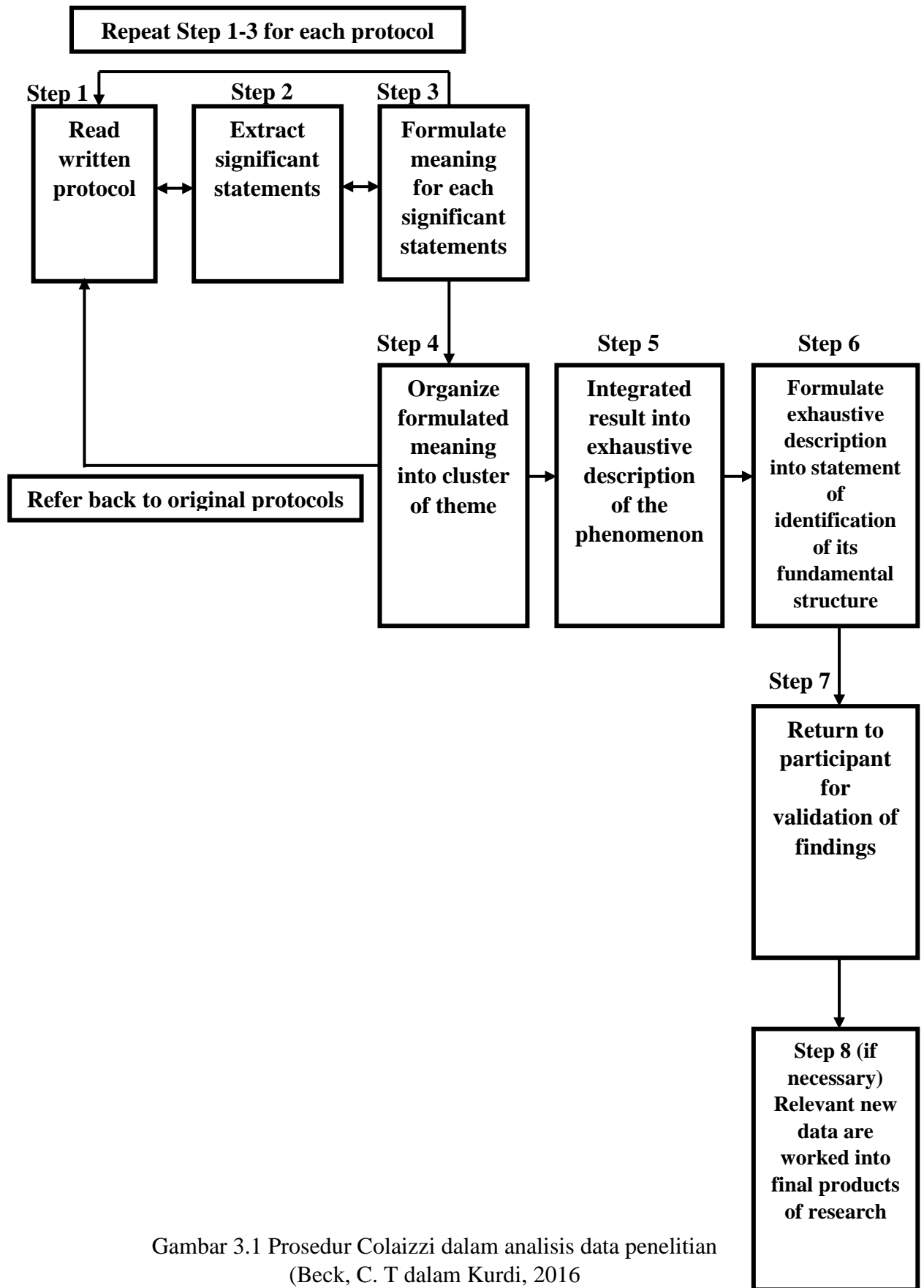
6) *Formulate an exhaustive description of the phenomenon under study in as unequivocal a statement of identification as possible*

Peneliti merumuskan deskripsi lengkap dari fenomena yang diteliti sebagai identifikasi pernyataan yang jelas.

7) *Ask participants about the findings thus far as a final validating step*

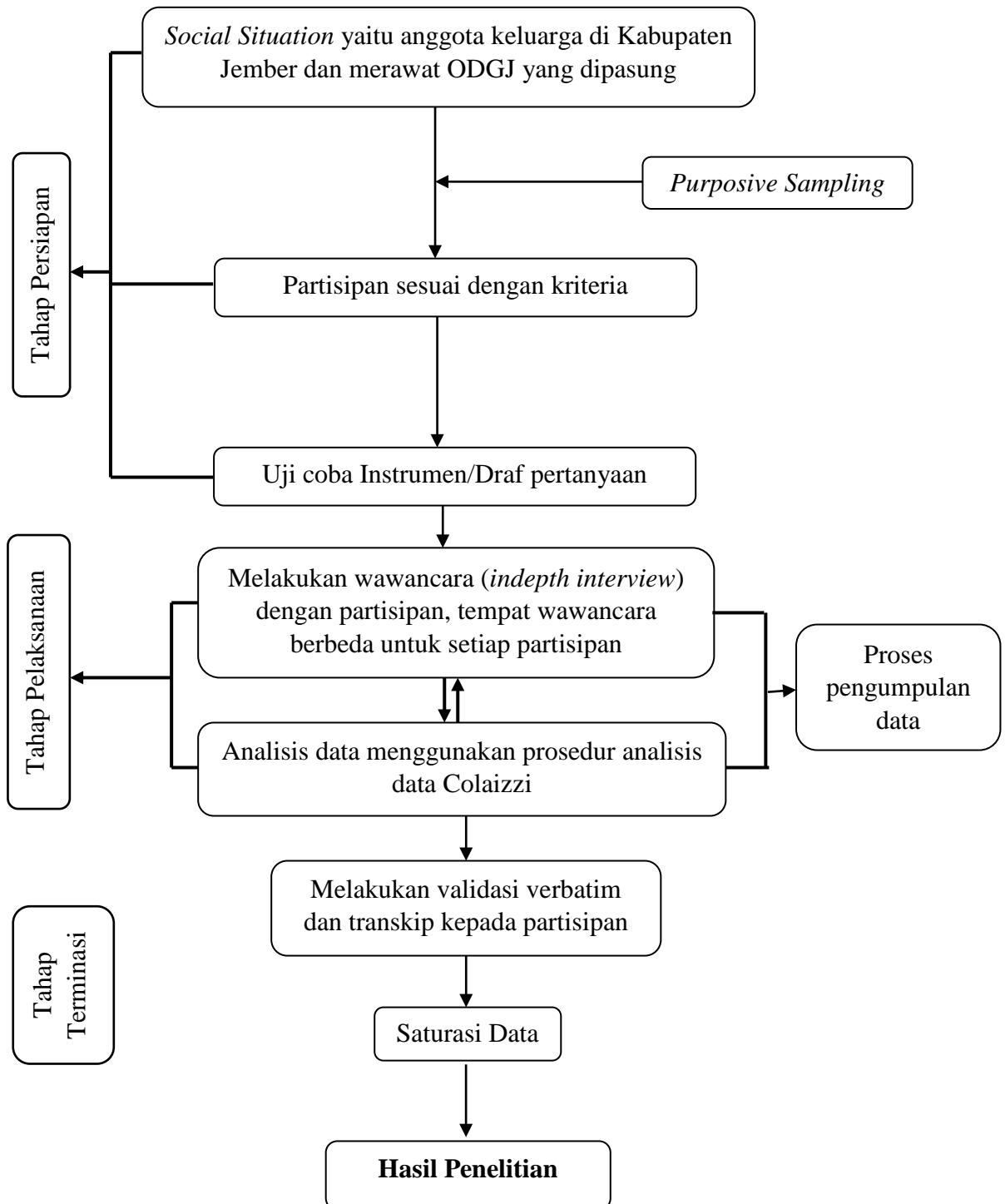
Tahap terakhir dalam metode analisis Colaizzi adalah peneliti meminta partisipan untuk membaca kembali hasil analisis untuk memvalidasi apakah hasil analisis sesuai dengan keadaan yang dialami oleh partisipan.

Beberapa ahli juga telah mengembangkan tahapan colaizzi menjadi 8 langkah, dimana langkah ke delapan dilakukan ketika saat melakukan validasi pada partisipan ditemukan tema baru. Sehingga, peneliti akan kembali merumuskan deskripsi lengkap untuk mencapai hasil penelitian. Berikut gambar prosedur analisis data menurut Colaizzi:



Gambar 3.1 Prosedur Colaizzi dalam analisis data penelitian (Beck, C. T dalam Kurdi, 2016)

3.7 Kerangka Operasional/Kerja



Gambar 3.2 Kerangka Kerja Penelitian Gambaran Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ yang dipasung

3.8 Etika Penelitian

Peneliti akan menjunjung tinggi etika penelitian pada partisipan, sesuai dengan Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) tahun 2004. Berikut penjelasan tentang tiga prinsip etik penelitian:

1) *Respect for person*

Prinsip *Respect for person* meliputi beberapa aspek terdiri dari; *Informed consent, Veracity and fidelity, Anonimous and confidentiality, Autonomous and freedom*. Partisipan harus diberlakukan sebagai individu otonomi, yaitu partisipan memiliki kebebasan memilih tanpa adanya paksaan dari siapapun. Peneliti memberikan kesempatan dan kebebasan pada keluarga yang merawat ODGJ pasca pasung untuk menentukan apakah bersedia atau tidak menjadi partisipan dalam penelitian ini. Peneliti akan memberikan penjelasan diawal tentang tujuan, prosedur, keterlibatan partisipan dan hak-hak partisipan dalam penelitian ini sebelum keluarga menyatakan bersedia atau tidak menjadi partisipan. Bentuk persetujuan keluarga menjadi partisipan berupa penandatanganan lembar persetujuan (*Informed consent*).

Berdasarkan prinsip *anonymity*, semua data yang terkumpul akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas dan alamat partisipan akan dijamin kerahasiaannya. Peneliti hanya akan memberi kode pada setiap data partisipan, seperti P1, P2, P3, dan seterusnya. Dokumentasi penelitian dilakukan dengan cara merekam proses wawancara dengan video, jika partisipan bersedia, atau hanya menggunakan *recorder* untuk kepentingan proses analisis bagi peneliti. Selain itu, peneliti juga

menggunakan catatan lapangan (*field note*) untuk mencatat kondisi yang terjadi saat wawancara.

2) *Beneficence* dan *Non-malfience*

Peneliti akan menjunjung tinggi prinsip *Benefiency* dan *Non-malfience* dengan menghindari segala kerugian, kesalahan atau hal-hal yang bersifat membahayakan bagi partisipan. Peneliti mengusahakan agar ODGJ dan Keluarga bebas dari rasa tidak nyaman, baik secara fisik maupun psikologis. Manfaat dari penelitian ini adalah keluarga dapat berbagi segala hal yang dialami selama merawat ODGJ pasca pasung, sehingga dapat tercipta pengetahuan dasar tentang koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Pengetahuan dasar tersebut dapat menjadi gambaran untuk meningkatkan koping keluarga selama merawat ODGJ pasca pasung.

3) *Justice*

Prinsip etik *justice* adalah memperlakukan semua partisipan dengan prosedur dan cara yang sama tanpa membedakan satu dengan yang lainnya. Partisipan harus diperlakukan secara adil dan harus menerima sesuatu yang seharusnya partisipan dapatkan Prinsip etik *justice* peneliti terapkan dengan memperlakukan keluarga ODGJ pasca pasung dengan cara yang sama, serta memberikan reward secara adil tanpa adanya perbedaan.

3.9 Keabsahan Data

Keabsahan data dalam penelitian diperoleh dengan melakukan validitas dan reliabilitas. Validasi hasil penelitian berarti peneliti menentukan akurasi dan kredibilitas hasil melalui strategi yang tepat. Reabilitas menunjuk pada tingkat konsisten bila penelitian ini dilaksanakan oleh peneliti lain atau oleh peneliti yang

sama tetapi tempat yang berbeda. Menurut Raco (2010) ada beberapa teknik yang digunakan oleh metode kualitatif untuk melakukan akurasi dan kredibilitas penelitian:

- 1) *Triangulasi Data*: menggunakan berbagai macam data, menggunakan lebih dari satu teori, menggunakan beberapa teknik analisis, dan melibatkan beberapa peneliti.
- 2) *Member checking*: data hasil wawancara dikonfrontasikan kembali dengan partisipan atau pemberi informasi. Partisipan harus membaca, mengoreksi atau memperkuat ringkasan hasil wawancara yang dibuat oleh peneliti.
- 3) *Auditing*: melibatkan peranan para ahli dalam memperkuat hasil penelitian, dalam hal ini peneliti melibatkan dosen pembimbing. Keterlibatan pihak luar adalah untuk mengevaluasi atau mengkonfirmasi penelitian tersebut.

Sedangkan untuk menjamin keabsahan data, peneliti menerapkan empat kriteria keabsahan data yang dikemukakan Guba dan Lincoln (1994, dalam Moleong, 2010)

a. Kepercayaan (*credibility*)

Melakukan proses klarifikasi data pada partisipan dengan membawa hasil analisis akhir atau deskripsi – deskripsi atau tema – tema kepada partisipan dan meminta partisipan untuk membaca agar dapat mengetahui keakuratan data. Menanyakan kepada partisipan apakah ada diantara ungkapan tersebut yang tidak sesuai dengan persepsi partisipan. Jika ada, partisipan diberikan hak untuk mengubah atau mengurangi kata kunci atau tema yang sudah diangkat, agar lebih meyakinkan

maka partisipan dan peneliti mendengarkan ulang hasil wawancara yang telah dilakukan.

b. Keteralihan (*transferability*)

Merupakan validitas eksternal yang menandakan tingkat kemampuan hasil penelitian untuk diterapkan ke tempat atau kelompok lain yang karakteristiknya serupa. Peneliti akan menggunakan partisipan lain yang memiliki karakteristik sama, tetapi tidak terlibat dalam penelitian.

c. Kebergantungan (*dependability*)

Merupakan reliabilitas atau kestabilan data dari masa ke masa dan kondisi ke kondisi. Salah satu teknik mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan terperinci oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Beck, 2012). Peneliti akan melibatkan dosen pembimbing penelitian dan rekan sejawat dalam melakukan penelaahan data.

d. Kepastian (*confirmability*)

Confirmability menekankan pada obyektivitas dan netralitas data. Penelitian dikatakan obyektif bila hasil penelitian telah disepakati pihak lain. Peneliti akan memperlihatkan seluruh dokumentasi hasil penelitian yang meliputi transkrip wawancara dan *field note*, table analisis data kepada dosen pembimbing untuk mendapat persetujuan.

BAB 4

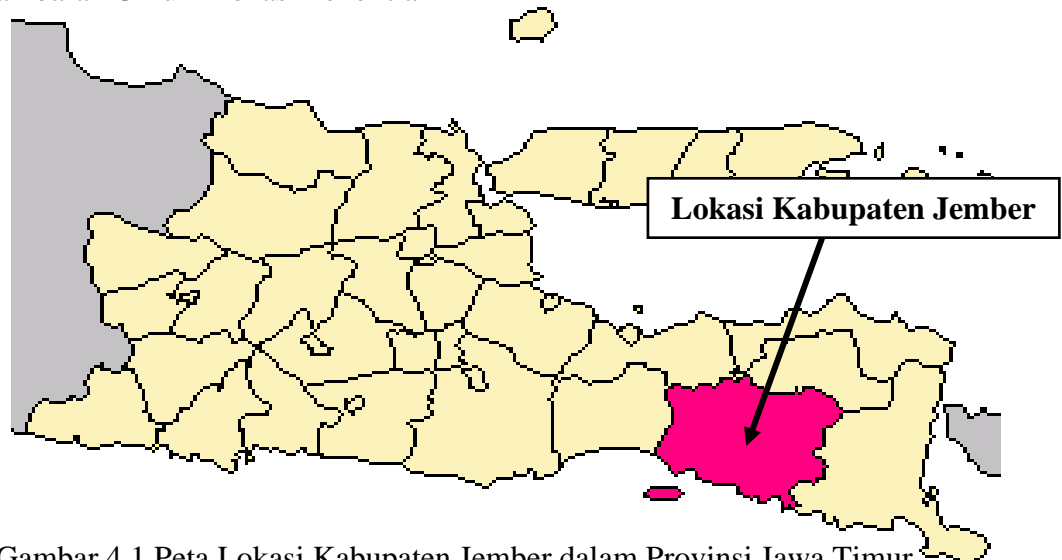
HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini membahas tentang hasil dan pembahasan penelitian yang telah dilakukan, meliputi gambaran lokasi penelitian, gambaran umum partisipan meliputi umur, tingkat pendidikan, suku, lamanya merawat ODGJ mulai menderita hingga pasca pasung, serta analisis tema berdasarkan dari perspektif partisipan mengenai kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung.

4.1 Hasil Penelitian

Partisipan berjumlah enam orang terdiri dari P1, P2, P3, P4, P5, P6. Tiap kode partisipan tidak hanya mewakili salah satu anggota keluarga ODGJ, melainkan dapat berjumlah dua tau tiga anggota keluarga. Lebih lanjut mengenai karakteristik partisipan akan dijelaskan pada sub bab berikutnya.

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian



Gambar 4.1 Peta Lokasi Kabupaten Jember dalam Provinsi Jawa Timur
(Wikimedia, 2017)

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Puger Kabupaten Jember. Kecamatan Ambulu merupakan salah satu kecamatan didominasi penduduk beretnis Jawa dan berkerja sebagai pedagang dan petani. Sedangkan Kecamatan Puger didominasi oleh etnis Madura dan berkerja sebagai nelayan, karena lokasi kecamatan ini menjadi pusat pelelangan ikan di kabupaten Jember. Kedua kecamatan ini termasuk daerah Kabupaten Jember bagian selatan, dimana jauh dari pusat Kabupaten.

Kedua kecamatan ini, memiliki pasien gangguan jiwa terbanyak di Kabupaten Jember, dengan jumlah masing-masing 11 pasien di kecamatan Ambulu dan 17 pasien di kecamatan Puger. Diantara ODGJ tersebut sebagian besar pernah mengalami pemasangan, beberapa telah dilepas dan mendapat bantuan pengobatan dari pihak terkait. Sebagian ODGJ pasca pasung ada yang rutin melakukan pemeriksaan ke puskesmas dan meminum obat. Disisi lain, ada juga yang mengalami penelantaran atau pemasangan berulang setelah mendapat penanganan.

4.1.2 Karakteristik Partisipan

1) Data Demografi

Partisipan mayoritas berpendidikan rendah, P1 dan P4 berpendidikan SD, P2 tidak sekolah, sedangkan P3 tidak lulus SD hanya sampai kelas 4, untuk P5 anggota keluarga yang diwawancara terdapat 3 orang, satu orang berpendidikan SD dan 2 orang berpendidikan SMA. Sementara untuk P6 juga terdiri dari 3 orang, 1 orang berpendidikan SMA dan 2 orang berpendidikan SD. Semua partisipan bekerja pada sektor informal yaitu buruh tani, pengrajin keset, ibu

rumah tangga dan pedagang. Secara menyeluruh semua partisipan berada pada kondisi ekonomi rendah.

Karakter partisipan dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan Keluarga ODGJ Pasca Pasung di Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Puger pada Juni 2017

Inisial	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Suku	Pekerjaan	Hubungan dengan ODGJ	
P1	62 Tahun	Perempuan	SD	Jawa	Ibu Rumah Tangga	Ibu Kandung	
P2	50 Tahun	Perempuan	Tidak Sekolah	Madura	Penjual Rujak	Ibu Kandung	
P3	62 Tahun	Perempuan	SD Kelas 4	Madura	Pedagang Kelontong	Ibu Kandung	
P4	62 Tahun	Laki-Laki	SD	Jawa	Pengerajin Keset	Bapak Kandung	
P5 (terdapat 3 narasumber)	65 Tahun	Perempuan	SD	Jawa	Buruh Tani	Ibu Kandung Bibi 1	
	52 Tahun		SMA	Jawa			Ibu Rumah Tangga
	54 Tahun		SMA	Jawa			Ibu Rumah Tangga
P6 (terdapat 3 narasumber)	37 Tahun	Perempuan	SMA	Jawa	Buruh Tani	Kakak Kandung	
	63 Tahun	Perempuan	SD	Jawa	Buruh Tani	Ibu Kandung Bapak Kandung	
	65 Tahun	Laki-Laki	SD	Jawa	Buruh Tani		

Karakteristik ODGJ pasca pasung yaitu berjumlah 7 orang, terdiri dari 3 perempuan dan 4 laki-laki. Lama pemasangan mulai dari 7 hari hingga 10 tahun. Lima ODGJ dipasung dengan cara dikurung dan 1 ODGJ pernah di

rantai serta 1 ODGJ di balok. Berikut rincian karakteristik ODGJ pasca pasung:

Tabel 4.2 Karakteristik ODGJ Pasca Pasung di Kecamatan Ambulu dan Kecamatan Puger Keadaan pada Juni 2017

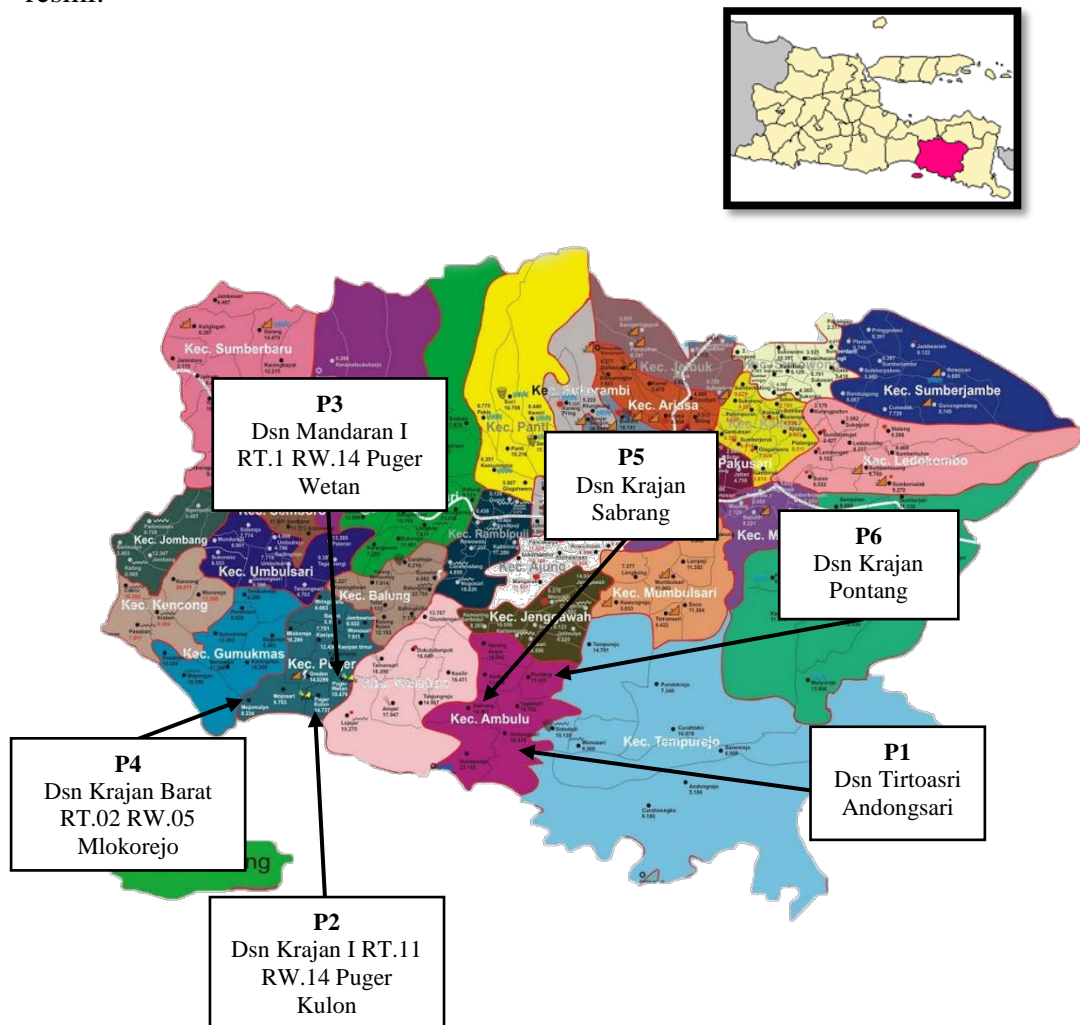
ODGJ Pasca Pasung dari Partisipan	Jenis Kelamin	Lama Dipasung	Metode Pemasangan
P1	Perempuan	7 Tahun	Dikurung dalam kamar
P2	Laki-Laki	1 Minggu	Diikat dengan rantai
P3	Laki-Laki	1 Tahun	Dibalok Kayu
P4	Perempuan Laki-Laki	3 Minggu	Dikurung dalam Kamar
P5	Perempuan	10 Tahun	Dikurung dalam kandang
P6	Laki-Laki	2 Bulan	Dikurung dalam kamar

Di Kabupaten Jember tidak ada rumah sakit jiwa (RSJ) sehingga penanganan gangguan jiwa dirujuk ke RSJ Lawang, Malang atau RSJ Menur, Surabaya. Selama ini, ODGJ pasca pasung kontrol dan mengambil obat di puskesmas terdekat dari tempat tinggal mereka.

2) Tempat Tinggal Partisipan

Partisipan tinggal di wilayah Kabupaten Jember yang tersebar di 2 (dua) Kecamatan dan 6 (enam) Desa. Kecamatan Ambulu ada 3 (tiga) partisipan yang tinggal di desa berbeda yaitu Desa Andongsari (P1), Desa Sabrang (P5), dan Desa Pontang (P6). Kecamatan puger ada 3 (tiga) partisipan yang masing-masing tinggal di Desa Puger Kulon (P2), Desa Puger Wetan (P3), Desa Mlokorejo (P4). Seluruh partisipan bersuku Jawa kecuali partisipan kode P2 dan P3 yang bersuku Madura. Bahasa sehari-hari yang digunakan partisipan adalah bahasa Jawa untuk suku Jawa dan bahasa campuran Jawa-Madura untuk

suku Madura. Bahasa Indonesia hanya digunakan dalam kegiatan formal atau resmi.



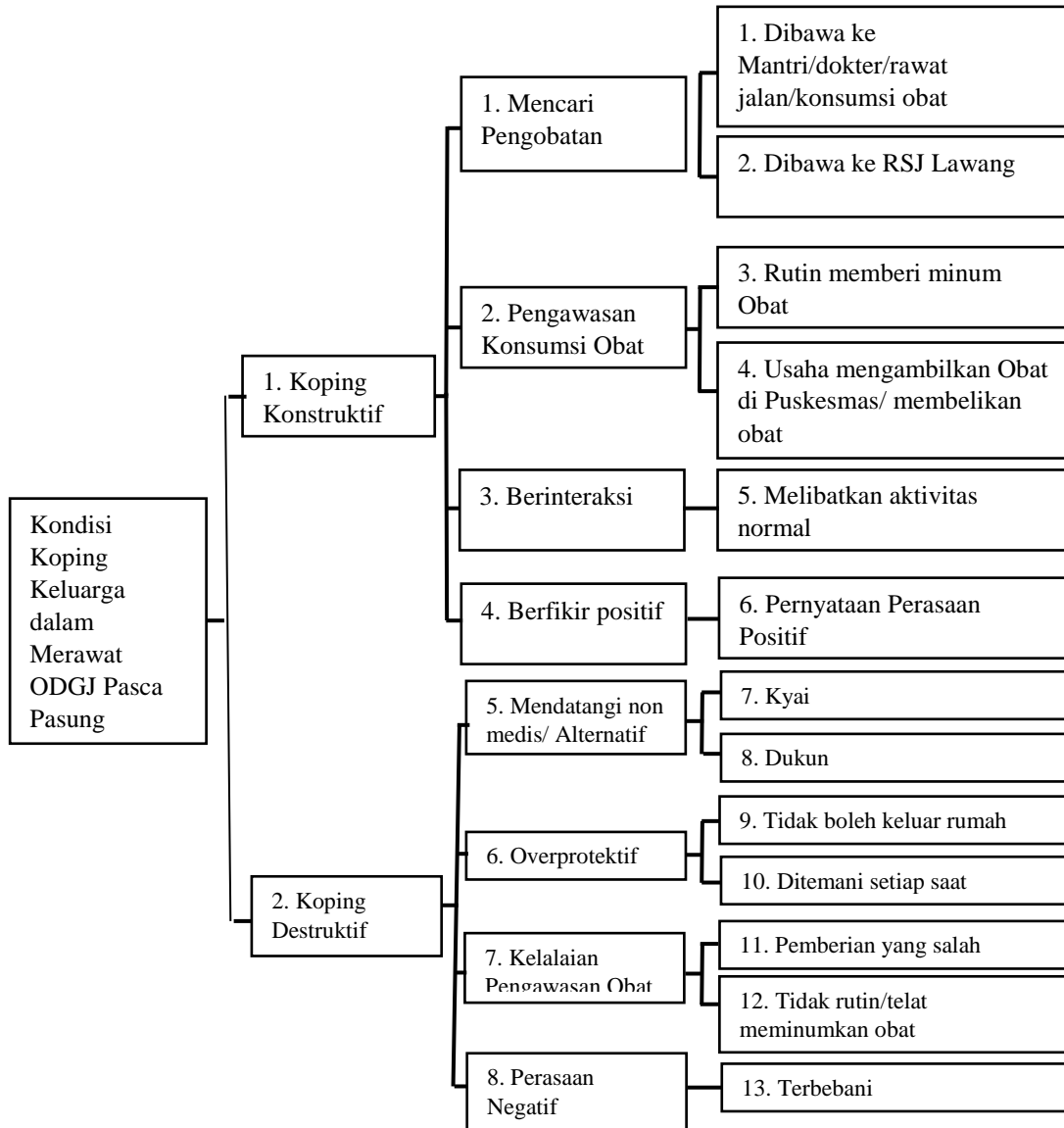
Gambar 4.2 Lokasi Tempat Tinggal Partisipan dalam Wilayah Kabupaten Jember

4.2 Analisis Tematik

Berikut ini dijelaskan hasil keseluruhan tema, sub tema dan kategori dirumuskan berdasarkan jawaban dari pertanyaan wawancara mendalam dengan para partisipan. Berdasarkan analisis didapatkan 7 tema, 19 sub tema, dan 32 kategori.

4.2.1 Kondisi Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung tergambar dalam 2 tema yang terdiri dari koping konstruktif dan koping destruktif. Berikut uraian secara terperinci dari kedua tema tersebut:



Gambar 4.3 Analisis kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung

Berdasarkan gambar di atas pada dimensi kondisi koping keluarga didapatkan tema koping konstruktif dan sub tema: mencari pengobatan, pengawasan konsumsi obat, berinteraksi, perasaan positif. Setiap sub tema

memiliki kategori yang meliputi: kategori dari sub tema mencari pengobatan yaitu dibawa ke mantri/dokter/rawat jalan; sub tema pengawasan konsumsi obat yaitu rutin memberi minum obat, usaha mengambilkan obat di puskesmas/ membelikan obat; sub tema berinteraksi hanya satu kategori yaitu melibatkan aktivitas normal; dan sub tema perasaan positif berkategori perasaan positif.

Tema 1: Koping Konstruktif

Kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung tema koping konstruktif merupakan bentuk keadaan koping/strategi koping yang berfokus pada perbaikan kondisi ODGJ. Wawancara dengan ke enam partisipan didapatkan sub tema pertama mencari pengobatan dengan kategori dibawa ke mantri/dokter/rawat jalan disampaikan oleh tiga partisipan (P2,P3,P6). Berikut kutipan transkrip wawancara dari ketiga partisipan:

“digowo pak mantri terus tekok kono yo, kek kene disek...” (P2)

(dibawa pak mantri lalu sampai sana ya ditaruh sana dulu)

“...ono seng ngomong di kongkon tuku obat. Tuku obat suntik.” (P3)

(ada yang bilang disuruh beli obat. Beli obat suntik)

“Teng jember, rawat jalan mendet obat.” (P6)

(di Jember, rawat jalan ambil obat)

Kategori kedua dalam sub tema mencari pengobatab yaitu dibawa ke RSJ

Lawang dilakukan oleh wmpat partisipan berikut ini:

“Terus pertama nang jember, terus digowo nang lawang.” (P1)

(Lalu pertama di bawa ke Jember, setelah itu di bawa ke Lawang)

“...iki tak gowo nang lawang” (P2)

(ini saya bawa ke Lawang)

“dibawa ke lawang.....iki wes meh rong tahun iki teko malang” (P3)

(di bawa ke Lawang..... ini sudah hampir 2 tahun dari Lawang)

“....ditulung kale pemerintah dibeto teng lawang niku.” (4)

(ditolong sama pemerintah di bawa ke Lawang itu)

Koping konstruktif sub tema dua, pengawasan konsumsi obat kategori pertama berupa rutin memberi minum obat terjadi pada dua partisipan, P5 dan P6 berikut ini:

“..ditelateni niku minuman pil. Kulo telateni niku. Pil” (P5)

(dirutinkan itu meminum pil. Saya rutinkan minum pil)

“Obat jalan terus, kasih obat,...” (P6)

Semua partisipan mengatakan melakukan kategori kedua pada sub tema kedua yaitu usaha mengambilkan obat di Puskesmas/ membelikan obat. Berikut ini kutipannya:

“tukokno obate adike le, sing iki ae, sing sitoke sek akeh.” (P1)

(belikan obatnya adik nak, yang ini aja, yang satunya masih banyak)

“kulo. numpak ontelan, yaopo gak wani numpak peda montor” (P2)

(saya, naik sepeda kayuh. Bagaimana gak berani naik motor)

“Iki kumat iki sak ulan sek bengong aku golek obat.” (P3)

(ini kambuh, satu bulan masih bingung saya cari obat)

“Maune kulo ngengken tiang...” (P4)

(sebelumnya saya menyuruh orang..)

“kulo kiambak, mboten saget larene mundut dewe” (P5)

(saya sendiri, tidak bisa anaknya ambil sendiri)

“..pak e kon njupuk obat neng anu puskesmas” (P6)

(Bapaknya disuruh ambil obat di puskesmas)

Sub tema ketiga adalah berinteraksi, memiliki satu kategori yaitu melibatkan aktivitas normal. sub tema dan kategori ini dilakukan oleh seluruh partisipan penelitian ini. Berikut cuplikan wawancaranya:

“alah yo kadang yo mangan dewe. Kadong masak yo ngunu mbak.” (P1)

(kadang ya makan sendiri. Kalau masak ya gitu mbak)

“...semang gae gawe pawon ben podo mbek kancane.” (P2)

(ditambah bikin dapur, biar sama dengan temannya)

“Wong megawe, cumak e yo jarang.” (P3)

(orang kerja hanya saja ya jarang)

“Dadi kulo ajari ndamel keset.” (P4)

(jadi saya ajari bikin keset)

“saiki nyapu-nyapu mbak. Iku nyapu-nyapu seng di lungguhi bak bakku iku kan ngisore iku kan resik. Dek ne seng tukang nyaponi.” (P5)

(sekarang menyapu mbak. Itu menyapu halaman yang ada bak buat duduk kan bersih. Dia yang suka menyapu)

“...engken omong-omongan nyambut teng tamu teng rencange teng sederek ...” (P6)

(nanti bicara-bicara menyambut ke tamu, ke temannya, ke saudara)

Sub tema terakhir pada tema pertama ini berupa berfikir positif dengan kategori pernyataan perasaan positif hanya terjadi pada partisipan empat dan enam. Berikut ini pernyataan keduanya:

“Perasaane kulo nggeh pun adem.” (P4)

(perasaan saya ya sudah adem)

“...Nggeh namine keluarga nggeh merasa ibah,... kulo niki di arani kesel nggeh mboten....ya namanya orang tua rasa belas kasihan pasti ada.”(P6)

(ya kalau keluarga ya merasa ibah, saya ini dibilang capek ya tidak)

Tema 2: Koping Destruktif

Koping destruktif cenderung pada usaha perbaikan yang berdampak memperburuk kondisi ODGJ. Koping destruktif ini terdiri dari empat sub tema. Sub tema pertama mendatangi non medis/ alternatif dibagi menjadi dua kategori. Kategori pertama mendatangi kyai. Hal ini merupakan langkah yang diambil oleh partisipan satu dan enam. Berikut pernyataannya:

“...Anu tak ruqiahne neng anu ping piro iku,” (P1)

(saya ruqiyah di sana berapa kali itu)

“...kyai segala macam sudah.” (P6)

Kategori kedua di sub tema ini, mendatangi dukun dilakukan oleh semua partisipan kecuali partisipan ke lima. Berikut ini cuplikan wawancara:

“...Nek masalah dukun iki,... halah wes ra karo-karoan.” (P1)

(kalau masalah duku ini, sudah tidak terhitung)

“Digowo nang dukun-dukun endi-endi ndak mangsa.” (P2)

(dibawa ke dukun-dukun mana saja tidak mempan)

“...yo dukun-dukun iku.” (P3)

(yak e dukun-dukun itu)

“...acarane tiang sepuh koyok ngeten berdukun.” (P4)

(acaranya orang tua seperti ini ya dibawa ke dukun)

“...terus seng nangani pertama niku termasuk dukun jowo.” (P6)

(lalu yang menangani pertama itu termasuk dukun jawa)

Sub tema kedua adalah overprotektif memiliki dua kategori. Partisipan ke 4 dan partisipan ke 6 termasuk dalam kategori pertama yaitu tidak boleh keluar rumah:

“ini ndak kemana-mana. Yo gak tau, yo ndak ada yang menyuruh kerja”

(ini tidak kemana-mana. Ya tidak pernah, tidak ada yang menyuruh kerja) (P4)

“Cuman yang di pantau itu masalah keluarnya. Jadi kalau keluar di jaga.” (P6)

Kategori berikutnya ditemani setiap saat terjadi pada partisipan pertama dan kedua:

“.. mulakno aku gak wani ninggal mbak,” (P1)

(makanya saya tidak berani meninggalkan mbak)

“Yo dadi aku tak tunggoni. He'em tak tunggoni” (P2)

(ya jadi saya temani. Iya saya temani)

Sub tema ketiga kelalaian pengawasan obat, memiliki dua kategori. Kategori pertama pemberian obat yang salah dilakukan oleh partisipan dua dan tiga:

“anu, ndak minum tak campurno ndek gula.” (P2)

(kalau tidak minum saya campurkan dengan gula)

“Iki obate bu jane bu sitok nguntale. Tapi areke nek sitok gak kuat. ...jane yo isuk sore iki. sore tok kate turu.” (P3)

(ini obatnya bu, sebenarnya satu minumannya, tapi anaknya kalau satu tidak kuat.... Sebenarnya pagi sore, ini sore aja kalau mau tidur)

Kategori berikutnya tidak rutin/telat meminumkan obat dilakukan partisipan satu, dua, tiga dan empat:

“Kadang gek di ombe kadang yo ora.” (P1)

(kadang diminum, kadang tidak)

“pirang dino aku gak. Maksute ngendat-ngendat. Areke nek anu keroso”

(beberapa hari tidak, maksudnya putus-putus. Anaknya kerasa obatnya) (P2)

“Dadi an sumbok carane minum obat iki ndak rutin iki.” (P3)

(jadi, cara minumnya ini tidak rutin)

“...telat-telat 2 hari satu hari.” (P4)

Sub tema keempat yaitu perasaan negatif dengan kategori terbebani hampir dirasakan semua partisipan kecuali partisipan empat dan enam:

“lek dipikir keselyo kesel, tapi wong jenenge anak.” (P1)

(kalau dipikir capek ya capek, tapi namanya anak)

“yo tau kesel ngunu. Tak piker maneh yo anak.” (P2)

(ya pernah kesal gitu. Saya fikir lagi anak)

“iyo nelongso kok gak mari-mari mulai iko.” (P3)

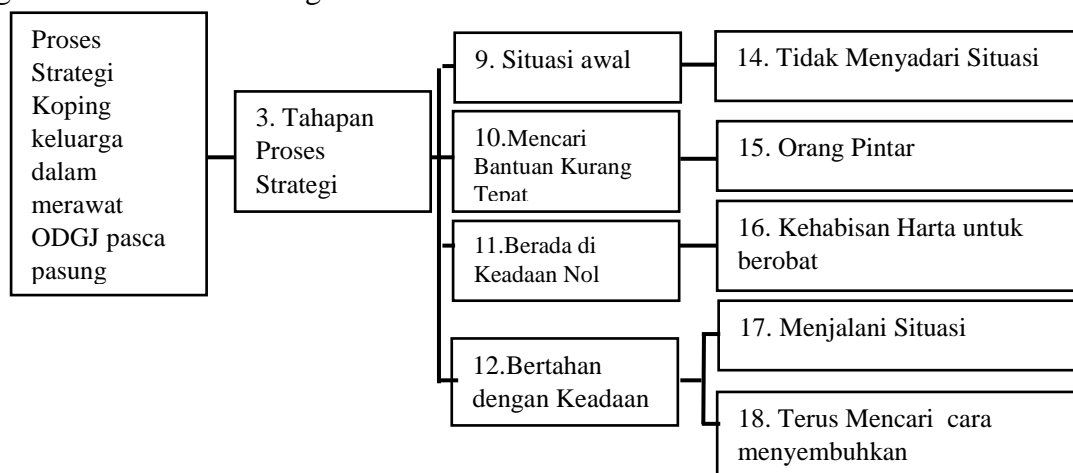
(ya nelangsa kok bisa tidak sembuh-sembuh sejak dulu)

“ngopeni ngopeni niku sok sok kesel” (P5)

(merawat-merawat itu ya lama-lama capek)

4.2.2 Proses Stratetegi Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Proses strategi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung digambarkan dalam satu tema berupa tahapan proses strategi. Tema ini dibagi menjadi empat sub tema dan lima kategori. Bagan di bawah ini merupakan gambaran dari tema ketiga.



Gambar 4.4 Analisis proses strategi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung

Tema 3: Tahapan Proses Strategi

Tahapan proses koping menilai bagaimana langkah yang diambil oleh keluarga dalam menghadapi situasi awal ODGJ. Sub tema pertama adalah situasi awal, memiliki satu kategori, tidak menyadari situasi. Hal ini dialami oleh partisipan satu, tiga, lima dan enam:

“...aku yo ora nyongko.” (P1)

(saya juga tidak menyangka)

“awalnya, ya ndak tau,” (P3)

(awalnya, tidak tahu)

“duko awale maune teng mriko niku mbak.” (P5)

(tidak tahu awalnya dulu di sana itu mbak)

“nek asal mulanya podu gak ngerti. Cuman wangsul sudah keadaan ngoten niku.” (P6)

(kalau asal mulanya tidak ada yang mengerti. Cuman pulang keadaannya sudah seperti itu)

Sub tema kedua pada proses strategi koping adalah mencari bantuan kurang tepat. Kategori dari sub tema ini mendatangi orang pintar sebagai langkah awal penanganan. Partisipan dua, tiga, empat dan enam sebagai pelaku dari kategori ini:

“Digowo nang dukun-dukun endi-endi...” (P2)

(dibawa ke dukun-dukun mana saja)

“...mulai gurung teko lawang aku entek akeh. Jual-jual-jual, yo dukun-dukun iku....” (P3)

(mulai sebelum dari lawang saya sudah habis banyak. Jual-jual-jual, ya untuk ke dukun-dukun itu)

“Mantun ngoten kiambae dukun mboten kirang-kirang.”(P4)

(setelah itu, anak ini dibawa ke dukun gak kurang-kurang)

“Jadi juga pertama juga lewat non medis, lewat ya istilahnya ya dukun, kyai segala macem sudah.” (P6)

Sub tema ketiga merupakan tahapan ketiga dari proses strategi koping yaitu berada di keadaan nol kategori kehabisan harta untuk berobat. Keadaan ini akibat dari mencari bantuan yang kurang tepat. Semua partisipan penelitian ini

mengalami hal yang sama, kecuali partisipan nomor lima yang memang dari awal ada di keadaan kekurangan.

“...wong aku wes entek-entekan gak enek opo-opo.” (P1)

(saya sudah habis-habisan tidak punya apapun)

“...Sampek entek embeng eh sapi loro nduk.” (P2)

(sampai habis sapi dua nak)

“...mulai gurung teko lawang aku entek akeh.” (P3)

(sebelum dibawa ke lawang, saya habis banyak)

“Sampek entek-entek an corone.wes kehabisan paren punya apa ya habis ndak ada.” (P4)

(sampai habis-habisan. Sudah kehabisan harta, punya apa ya habis tidak ada)

“kan sak ulane niku biyen sekawan atus, lah terus kulo niku kadose niku mpun kulo raosaken kok mboten enten yotro, penghasilan niku dadi kulo beto wangsul.” (P6)

(kan satu bulannya dulu empat ratus, nah setelah itu sudah saya carikan tidak ada uang. Tidak ada penghasilan jadi saya bawa pulang)

Sub tema ke empat merupakan keadaan yang sampai sekarang dijalani oleh para partisipan yaitu bertahan dengan keadaan dengan kategori pertama menjalani situasi saat ini:

“...sudah ndak mungkin bisa sembuh mbak. Sudah begitulah” (P5)

Kategori kedua di sub tema ini adalah terus mencari cara menyembuhkan.

Partisipan nomor satu, tiga dan enam cenderung melakukan hal ini:

“ngunu kui awakmu gak nduwe opo-opo duwene omah, opo yo arep mbok dol ne omah? Wes pokoke ngantek mari.” (P1)

(begitu itu apa kalau kamu sudah tidak punya apapun tinggal rumah, apa ya akan kamu jualkan rumah? Iya pokoknya sampai sembuh)

“...Iki nek paribasan enek sing iso ngewarasne njaluk piro ae tak kei.” (P3)

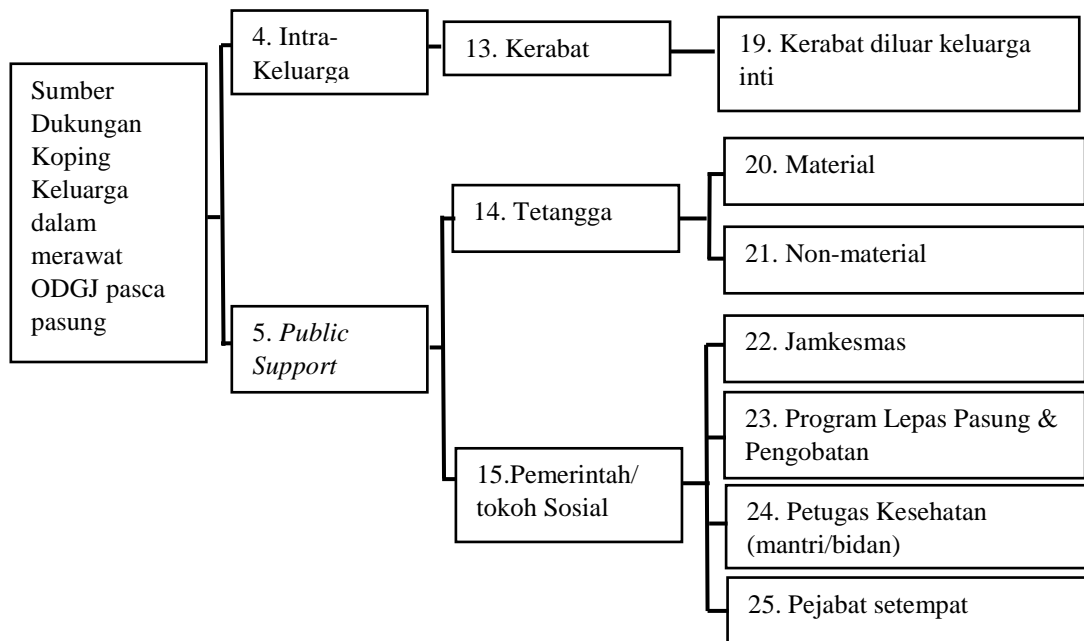
(ini kalau saja ada yang bisa menyembuhkan minta berapa pun saya berikan)

“...ken teng pundi-pundi niku nggeh tasek usaha mawon ngoten.” (P6)

(disuruh ke mana-mana itu ya masih usaha terus, begitu)

4.2.3 Sumber Dukungan Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Sumber dukungan koping keluarga merupakan berbagai dukungan yang didapat oleh keluarga selama merawat ODGJ pasca pasung. Terdapat dua tema dan tiga sub tema serta tujuh kategori yang dihasilkan dari penelitian ini. Berikut gambaran dari tema tersebut.



Gambar 4.5 Analisis sumber dukungan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung

Tema 4: Intra Keluarga

Sumber dukungan koping keluarga tema ke empat: intra keluarga adalah sumber dukungan berasal dari keluarga diluar keluarga inti. Tema ini memiliki satu sub tema dan satu kategori. Sub tema tersebut adalah kerabat dengan kategori kerabat diluar keluarga inti ODGJ pasca pasung. Dukungan ini dimiliki oleh partisipan nomor dua dan enam:

“sek pertama iko, ngekei ate budal iko. Duripen. Adike bojoku.” (P2)

(yang pertama itu, memberi, mau berangkat itu Duripen, adiknya suami saya)

“ya itu kan istilahnya bantuan moral. Ya semuanya itu ya membantu. Sanak famili saudara.” (P6)

Tema 5: Public Support

Public Support merupakan sumber dukungan koping yang di dapat keluarga ODGJ pasca pasung berasal dari luar keluarga inti dan kerabat keluarga ODGJ pasca pasung. Tema kelima ini memiliki dua sub tema dan enam kategori. Sub tema pertama adalah tetangga, memiliki dua kategori yang merupakan bentuk dukungan. Kategori pertama dukungan material didapat oleh dua partisipan empat dan lima:

“Nggeh Alhamdulillah diparingi kale tiang. Nggeh beras, gak cuman beras. Uang.” (P4)

(ya Alhamdulillah diberi sama orang. Ya beras, tidak hanya beras, uang)

“...koyok tonggo-tonggo barang begitu ono, ngekei maeman ...” (P5)

(seperti tetangga-tetangga juga kalau ada memberi makanan)

Partisipan pertama menyatakan mendapat bantuan dalam bentuk pertolongan menenangkan saat ODGJ kambuh oleh tetangganya. Hal ini masuk dalam kategori kedua dalam tema ini, yaitu non material:

“Paling yo sing iso nganu nulungi nen areke kumat iki , lah omah ijo kui,” (P1)

(mungkin yang bisa membantu saat anaknya kambuh itu, rumah hijau itu)

Sub tema kedua dalam tema ini atau ke enam belas secara keseluruhan adalah pemerintah/ tokoh sosial. Sub tema ini memiliki empat kategori, yang pertama bantuan dalam bentuk jamkesmas didapat oleh partisipan nomor enam saja.

“Cuman kalau masalah bantuan secara medis, memang ada dari pemerintah ada.....nggadah jamkesmas gratis niku nggeh” (P6)

(punya jamkesmas gratis itu ya)

Kategori kedua di tema ini adalah program lepas pasung dan pengobatan yang diberikan pemerintah melalui dinas sosial dan dinas kesehatan kabupaten Jember. Partisipan nomor dua, tiga dan empat yang memperoleh bantuan ini.

“..maksute oleh bantuan oleh kumpulan pemerintah.” (P2)

(maksudnya dapat bantuan dari kumpulan pemerintah)

“...anu dinas kesehatan moro merene golek wong seng di pasung.” (P3)

(itu dinas kesehatan datang kesini mencari orang yang di pasung)

“...ditulung kale pemerintah dibeto teng lawang niku.” (P4)

(ditolong sama pemerintah dibawa ke lawang itu)

Kategori berikutnya adalah bantuan dari petugas kesehatan (mantri/bidan).

Partisipan nomor empat masuk dalam kategori ini.

“Rumiye dipun tolong kale bu dian niku bidan.” (P4)

(dulu pernah di tolong sama bu dian yang bidan itu)

Dan kategori terakhir di tema kelima ini merupakan pejabat setempat.

Hanya dua partisipan yang mendapat dukungan dari kategori ini.

“Terus tibakne pak luk gowo wong dinas rene. Pegae kecamatan pak luk.” (P3)

(kemudian ternyata pak lu bawa orang dari dinas kesini. Pak itu pegawai kecamatan)

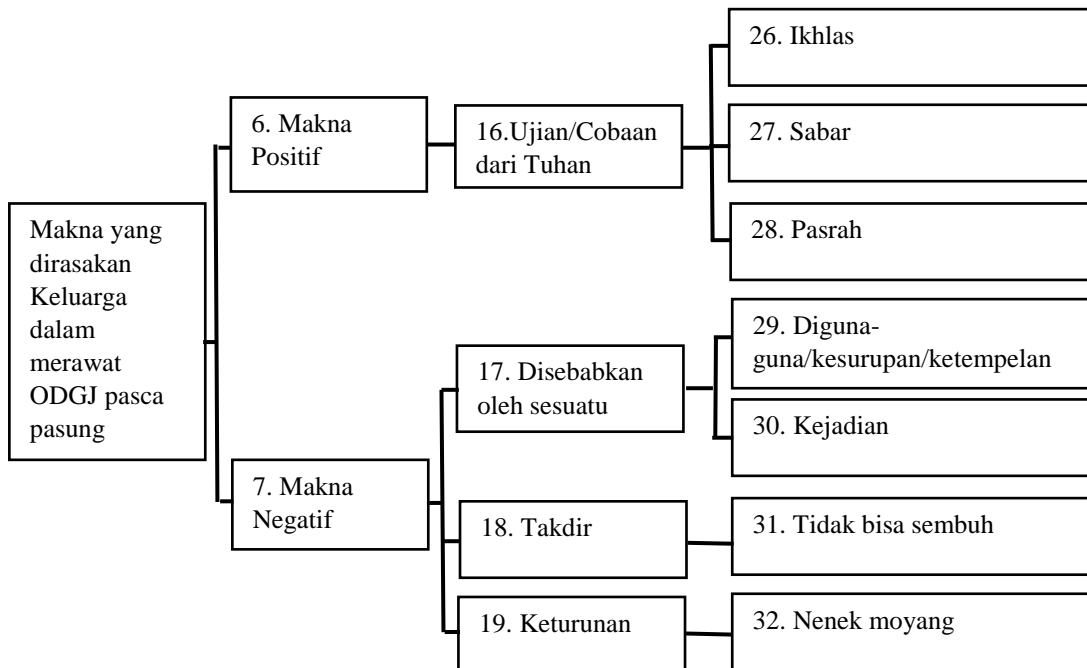
“..akhire di survey golongane kecamatan. Akhire ngunu sak aken.” (P5)

(akhirnya di survey oleh kecamatan. Akhirnya ya begitu, kasihan)

4.2.4 Makna yang dirasakan Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Makna yang dirasakan oleh keluarga selama merawat merujuk pada penilaian keluarga terhadap apa yang menyimpannya atau pemikiran keluarga terkait kejadian adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan harus merawatnya. Dua tema dihasilkan dalam penelitian ini terkait makna yang

dirasakan keluarga. Tema tersebut terbagi menjadi dua sub tema dan tujuh kategori. Berikut gambaran dari tema ke enam dan ke tujuh:



Gambar 4.6 Analisis makna yang dirasakan keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung

Tema 6: Makna Positif

Makna positif dirasakan keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung merupakan segala hak yang dirasakan dan bersifat positif sehingga berdampak baik bagi ODGJ pasca pasung dan keluarga. Makna positif ini memiliki satu sub tema yaitu ujian atau cobaan dari Tuhan, dan memiliki tiga kategori berupa ikhlas, sabar dan pasrah. Kategori pertama, ikhlas, dirasakan oleh partisipan ke enam:

“...ikhlas ngoten. Ya artinya ya kita kalau anggap aja itu ujian” (P6)

Kategori sabar dirasakan oleh partisipan dua dan empat. Berikut dikatakan oleh keduanya dalam cuplikan wawancara:

“Nek bapake sabar.” (P2)

(kalau bapaknya sabar)

“Saya ini sabar, bagaimana merawat orang begini ndak tau, ndak bisa kasar mbak.” (P4)

Kategori berikutnya, pasrah, dirasakan oleh tiga partisipan penelitian ini yaitu partisipan tiga, empat dan enam.

“yowes cobaan. Yak opo maneh.” (P3)

(ya sudah cobaan. Ya mau bagaimana lagi)

“ya ujian. Terima, paringane gusti allah saya terima....Nggeh nekang masalah yugane niku, kulo mpun pasrah.” (P4)

(ya ujian. Terima pemberian Tuhan Allah saya terima..... ya kalau masalah anak saya pasrah)

“nggeh, mpun pasrah,” (P6)

(ya sudah pasrah)

Tema 7: Makna Negatif

Makna negatif adalah bentuk ketidakpuasan keluarga dalam menghadapi permasalahan atau ketidakpuasan terhadap peristiwa. Sehingga cenderung memunculkan penilaian buruk dari kejadian. Tema ketujuh ini terbagi menjadi tiga sub tema dan empat kategori. Sub tema pertama adalah disebabkan oleh sesuatu kategori pertama diguna-guna/kesurupan/ketempelan. Makna ini dirasakan oleh partisipan nomor satu:

“tapi aku yo gak anu. Tapi enek seng ngomong, jenenge uwong yo. Enek sing di nganu.” (P1)

(tapi saya ya tidak bagaimana. Tapi ada yang bilang, namanya orang ya, ada yang membuat/diguna-guna)

Kategori berikutnya adalah kejadian. Partisipan nomor dua merasakan bahwa kejadian ini bermula dari suatu peristiwa. Berikut cuplikan wawancaranya:

“yo maksute iku gara-gara tibo iku. iku njaluk laren gak keturutan. Eh diomben-ombeni terus di gojloki” (P2)

(ya maksudnya itu gara-gara jatuh itu, minta menikah tapi tidak kesampaian. Di minum-minumin lalu di bully)

Sub tema Sembilan belas adalah takdir kategorinya tidak bisa disembuhkan dan sub tema dua puluh adalah keturunan kategori nenek moyang. Hanya partisipan nomor lima memaknai sesuai kedua sub tema dan kategori ini:

Sub tema takdir kategori tidak bisa di sembuhkan

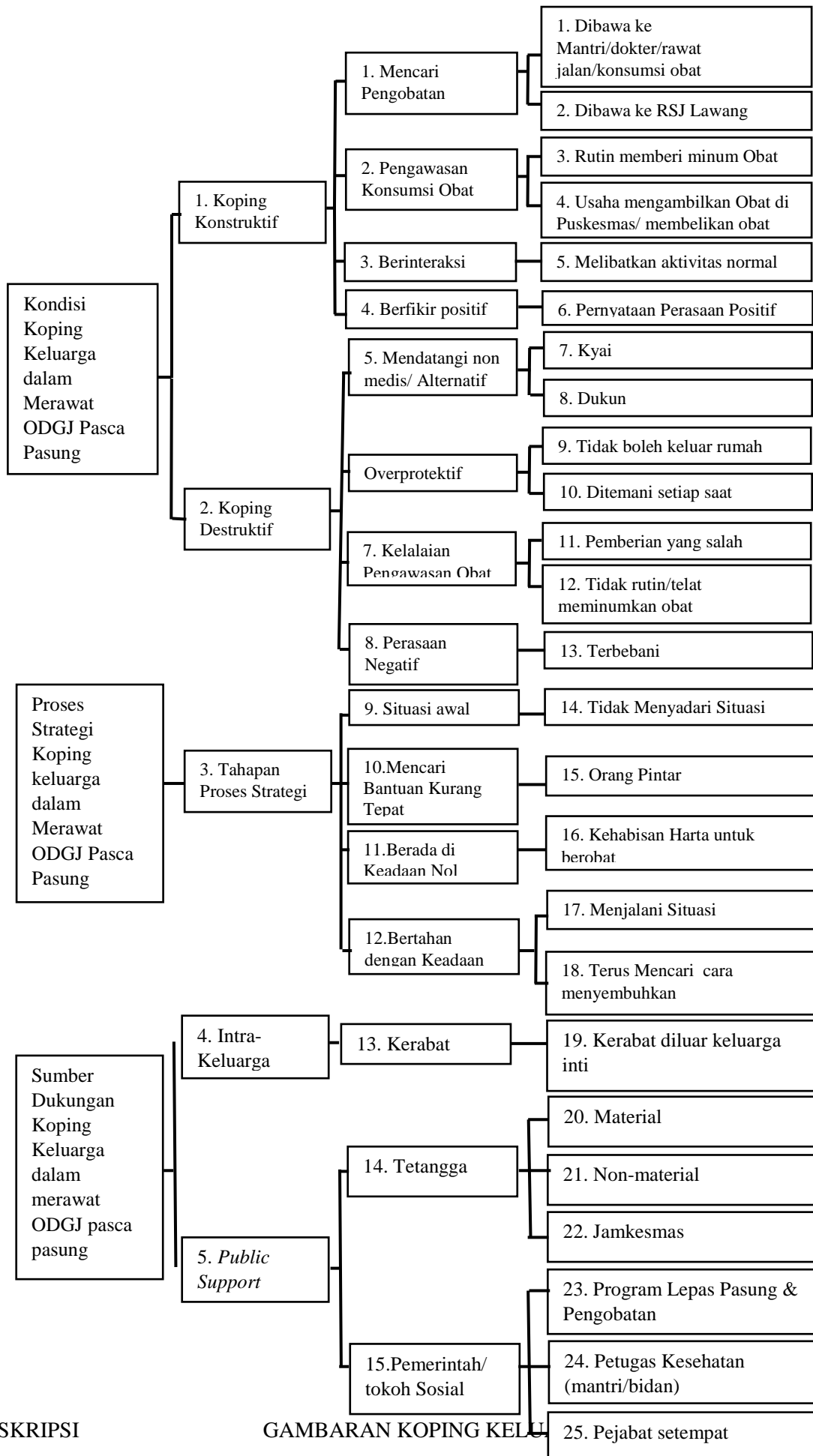
“lah itu sudah ndak mungkin bisa sembuh mbak. Sudah begitulah”(P5)

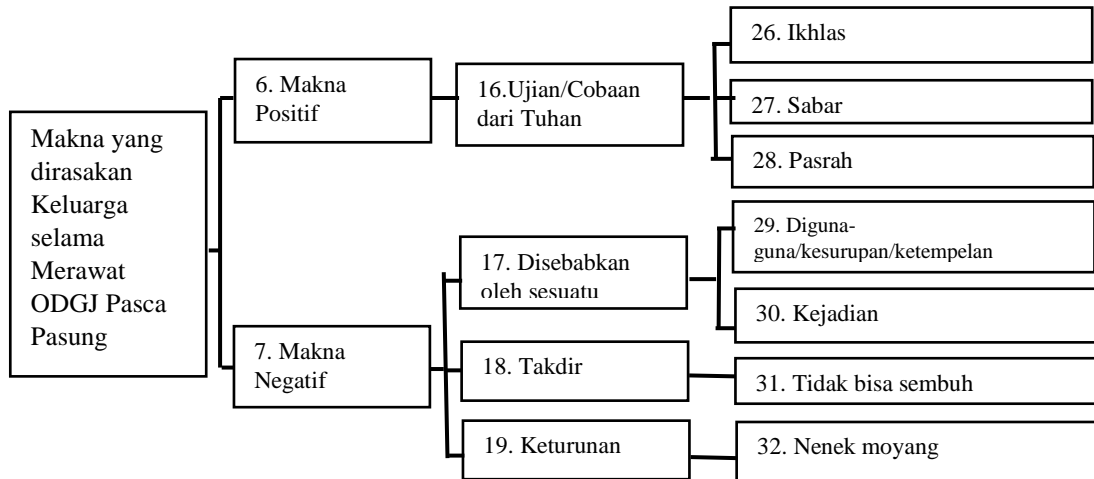
Sub tema keturunan kategori nenek moyang

“Tibakno ibuk iki mbiyen tau loro ngunu yoan.” (P5)

(ternyata ibu ini dulu pernah sakit seperti ini juga)

Gambaran Tema Secara Keseluruhan





Gambar 4.7 Hasil analisis data gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung

4.3 Pembahasan Penelitian

4.3.1 Interpretasi Hasil

Hasil penelitian ini mengidentifikasi tujuh tema. Tema tersebut didasarkan pada tujuan penelitian. Tujuan penelitian adalah mendapatkan gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Tujuan penelitian tersebut digambarkan dari tema koping konstruktif, koping destruktif, tahapan proses koping, intra-keluarga, *public support*, makna positif, dan makna negatif.

4.3.1.1 Kondisi Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung terjawab dalam dua tema yaitu koping konstruktif dan koping destruktif. Kondisi koping keluarga dimaksudkan pada penelitian ini, merujuk pada gambaran strategi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Pembahasan secara terperinci tentang kedua tema tersebut akan dibahas berikut ini:

Tema 1: Koping Konstruktif

Kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung termasuk koping konstruktif dari hasil penelitian ini menunjukkan empat gambaran, antara lain dengan mencari pengobatan, pengawasan minum obat, berinteraksi dan perasaan positif. Kondisi koping konstruktif merupakan salah satu kondisi saat keluarga menghadapi masalah dalam merawat ODGJ pasca pasung. Kondisi ini berupa gambaran cara atau strategi keluarga untuk menyelesaikan permasalahan. Hal ini serupa dengan pernyataan Clarke dan Critchley (2016) bahwa terdapat tiga model koping dilakukan oleh orang tua. Salah satunya adalah produktif koping meliputi penyelesaian masalah, berkerja keras, melibatkan, fikiran positif, istirahat dan hiburan fisik. Setelah dianalisis, keluarga yang merawat ODGJ pasca pasung

dalam penelitian ini juga termasuk pada model koping ini. Produktif koping dilakukan keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung berupa dibawa ke mantri/dokter/rawat jalan/konsumsi obat, dibawa ke RSJ Lawang, rutin memberi minum obat, usaha mengambilkan obat di Puskesmas/ membelikan obat, melibatkan aktivitas normal, dan pernyataan perasaan positif.

Kondisi koping konstruktif cenderung berupa tindakan bersifat memperbaiki keadaan secara aktif maupun pasif. Tindakan tersebut dilakukan untuk merespon segala problematika yang dirasakan atau di hadapi selama merawat ODGJ pasca pasung. Kondisi koping ini memberikan dampak baik bagi progresivitas kesembuhan ODGJ pasca pasung dan meminimalisir keparahan. Hal ini serupa dengan penelitian Hidayah (2015) menyatakan bahwa strategi koping konstruktif adalah tindakan spesifik dilakukan oleh orang tua, baik secara kognitif maupun perilaku, sebagai respon dari situasi menantang dan memberikan dampak positif bagi orang tua dan anak. Dampak positif tersebut berupa penurunan tingkat stress orang tua, peningkatan perilaku, komunikasi dan sosialialisasi dari anak.

Hasil penelitian menunjukkan kondisi koping konstruktif pernah dialami oleh semua partisipan. Diantaranya mencari pengobatan dengan dibawa ke RSJ lawang dilakukan oleh semua partisipan (P1,P2,P3,P4,P5) kecuali partisipan ke enam, lebih memilih rawat jalan di rumah sakit daerah setempat. Bentuk koping konstruktif lain dilakukan oleh semua partisipan penelitian ini (P1,P2,P3,P4,P5,P6) berupa pengawasan minum obat yaitu usaha mengambilkan obat di puskesmas atau membelikan obat untuk ODGJ pasca pasung. Partisipan juga melakukan interaksi yaitu melibatkan ODGJ pasca pasung dalam aktivitas normal sehari-hari. Aktivitas normal dimaksudkan disini adalah tidak membatasi

ODGJ pasca pasung dalam melakukan kegiatan orang normal, seperti memasak (P1), menyapu halaman (P5), membantu keluarga berkerja (P3 dan P4), menyambut tamu (P6), dan membangun rumah (P2). Kegiatan melibatkan ODGJ pasca pasung dalam aktivitas normal akan berdampak pada peningkatan perilaku, komunikasi dan sosialisasi ODGJ pasca pasung.

Komponen lain dalam koping konstruktif adalah berfikir positif. Partisipan ke empat dan enam berfikir positif saat merawat ODGJ pasca pasung. Pemikiran positif tersebut mereka kaitkan dengan hubungan mereka dengan ODGJ pasca pasung. Hubungan orang tua dan anak atau hubungan satu keluarga menjadikan pemikiran bahwa perasaan kasih sayang itu harus ada diantara keluarga. Berfikir positif selama merawat ODGJ pasca pasung dilakukan keluarga dapat menurunkan tingkat stress.

Tema 2: Koping Destruktif

Koping destruktif dalam penelitian ini menunjukkan empat gambaran koping. Keluarga dalam kondisi koping destruktif melakukan pengobatan dengan mendatangi non medis atau alternatif, keluarga bersikap prtotektif, keluarga lalai dalam pengawasan minum obat, dan memiliki perasaan negatif dalam merawat ODGJ pasca pasung. Koping destruktif merupakan bentuk kondisi koping yang berdampak negatif bagi ODGJ pasca pasung. Dalam penelitian ini kondisi pertama yaitu melakukan pengobatan mendatangi non medis/ alternatif, baik dukun atau kyai dilakukan oleh semua partisipan. Partisipan memiliki nilai kepercayaan lebih pada tokoh agama akan mendatangi kyai sebagai bentuk pengobatan alternatif terhadap ODGJ pasca pasung, disamping juga mendatangi dukun. Hal ini dilakukan oleh partisipan satu dan partisipan enam. Sedangkan,

partisipasi lainnya (P2,P3,P4) lebih memilih mendatangi dukun lebih dari satu kali sebagai upaya menyembuhkan. Pengategorian mendatangi non medis atau alternatif dimasukkan dalam kondisi koping destruktif dikarenakan tindakan ini tidak membuahkan hasil kesembuhan pada ODGJ, justru menambah keparahan dari ODGJ itu sendiri dan berakhir pada tindakan pemasangan.

Kondisi kedua adalah berlaku overprotektif pada ODGJ pasca pasung terdiri dari tidak boleh keluar rumah dan ditemani setiap saat. Partisipan ke empat dan enam (P4, P6) bersikap overprotektif dengan membatasi ODGJ keluar rumah dan partisipan pertama dan kedua (P1, P2) melakukan pengawasan ketat dengan menemani ODGJ setiap saat. Alasan perlakuan ini didasarkan pada kekawatiran keluarga akan tindakan ODGJ pasca pasung dapat membahayakan dirinya, lingkungan dan orang lain. Pelakuan overprotektif pada dasarnya akan memberi batasan pada ODGJ pasca pasung untuk berinteraksi dengan lingkungan. Berikutnya adalah strategi kelalalian pengawasan obat dibagi menjadi dua kategori yaitu pemberian yang salah dan tidak rutin atau telat meminumkan obat. Pemberian obat yang salah dilakukan oleh partisipan kedua dan tiga (P2,P3). Partisipan kedua mencampurkan obat dengan gula, kemudian menjadikan satu saat membuat *wedang* (kopi/tea). Cara ini dilakukan untuk mengelabui ODGJ pasca pasung agar tidak sadar jika diberikan obat. Partisipan ke tiga (P3) mengurangi dosis pemberian obat, baik dalam jumlah maupun waktu pemberian. Alasan melakukan ini karena ODGJ pasca pasung mengeluh merasakan lemas ketika mengkonsumsi obat sesuai dengan dosis dokter.

Perasaan negatif juga menjadi salah satu bentuk kondisi koping destruktif. Partisipan pertama, kedua, ketiga dan lima (P1, P2, P3, P5) memiliki perasaan

negatif yaitu terbebani dalam merawat ODGJ pasca pasung. Perasaan terbebani terwujudkan dalam ekspresi pernyataan kesal, capek, dan nelangsa. Perasaan terbebani ini sesuai dengan pernyataan Yusuf dan Yunitasari (2015) bahwa keluarga memiliki anggota dengan gangguan mental, akan mengalami beban obyektif dan subjektif serta stres berat seumur hidup. WHO (2008) dalam Sari (2016) mengklasifikasikan beban yang dialami keluarga dengan gangguan jiwa menjadi 2, yaitu: beban subjektif berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga, dan beban obyektif merupakan keterbatasan hubungan sosial dan aktifitas kerja. Beban dirasakan dapat berupa beban psikologis, beban fisik, beban finansial berhubungan dengan biaya berobat ODGJ.

Penelitian ini menggambarkan bahwa kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung tidak selalu pada satu kondisi koping, melainkan secara garis besar semua partisipan pernah berada dalam kedua kondisi (fruktatif), konstruktif dan destruktif. Kondisi koping keluarga ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk jenis masalah yang dihadapi keluarga. Setiap partisipan cenderung dominan terhadap salah satu kondisi koping, jika menghadapi masalah sama atau situasi sama. Akan tetapi, kondisi tersebut dapat berubah atau tetap ketika partisipan menemui masalah baru atau situasi baru. Sejalan dengan yang dikemukakan Lazarus (1993) bahwa koping bersifat kompleks dan membutuhkan waktu. Satu strategi koping digunakan oleh seseorang cenderung stabil dan konsisten selama menghadapi tekanan. Koping dapat berubah dari satu waktu ke waktu lain setiap menghadapi tekanan (kondisi stress) tertentu karena koping merupakan sebuah proses.

4.3.1.2 Proses Strategi Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Proses strategi koping merupakan gambaran tahapan dilalui keluarga dalam menghadapi permasalahan selama merawat ODGJ pasca pasung. gambaran tahapan tersebut nantinya mengarah pada mekanisme koping yang digunakan keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung dan menentukan respon adaptif atau maladaptif keluarga. Penelitian ini menghasilkan gambaran proses strategi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung dalam satu tema, yaitu tahapan proses strategi. Berikut akan dibahas lebih terperinci mengenai tahapan proses strategi:

Tema 3: Tahapan Proses Strategi

Lazarus (1993) melalui penelitiannya mengemukakan beberapa poin penting terkait koping, meliputi:

1. Koping merupakan suatu proses bersifat kompleks dan membutuhkan waktu
2. Koping dapat berubah dari satu waktu ke waktu lain setiap menghadapi stressor tertentu;
3. Satu strategi koping yang digunakan oleh seseorang cenderung stabil dan konsisten selama menghadapi stressor sama;
4. Jika seseorang memandang kondisi stress sebagai hal sulit untuk di rubah, maka EFC akan mendominasi. Begitu pula sebaliknya, jika seseorang menganggap kondisi stress sebagai hal harus di kontrol, maka PFC mendominasi.
5. Koping mempengaruhi emosional seseorang dalam menghadapi kondisi stress
6. Penelitian tentang koping cenderung diarahkan pada dua hal: a) variabel yang mempengaruhi strategi koping; dan b) strategi koping terhadap hasil adaptif.

Dari ke enam poin yang dikemukakan oleh Lazarus tidak menyinggung terkait tahapan proses strategi pemilihan koping. Stuart (1983) dengan teori model adaptasi stress pun hanya membahas sebatas mekanisme koping dibagi menjadi tiga tipe: *problem focus coping*, *cognitive focus coping*, dan *emotional focus coping*.

Penelitian ini menggambarkan tahapan proses strategi pemilihan koping dilakukan seseorang, lebih khususnya pada keluarga yang merawat ODGJ pasca pasung. Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa tahapan proses strategi terbagi menjadi empat fase. Pertama, situasi awal memiliki kategori tidak menyadari. Pada fase situasi awal, keluarga cenderung tidak menyadari situasi awal mula anggota keluarga mengalami gangguan jiwa. Hampir keseluruhan partisipan mengalami situasi awal sama. Keluarga tidak pernah menduga atau mengira bahwa anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa. Mereka justru mengira pada keadaan lain dan menjuru pada hal mistik. Partisipan pertama, tiga, lima dan enam (P1,P3,P5,P6) ketika dilakukan wawancara memberikan jawaban sama terkait hal ini. Mereka tidak mengerti bagaimana awalnya dan apa penyebab anggota keluarga mereka mengalami gangguan jiwa. Fase kedua adalah mencari bantuan kurang tepat dengan kategori orang pintar. Karena keluarga menilai anggota keluarganya mengalami hal mistik, maka mereka memasuki tahap kedua yaitu mencari bantuan pada non medis sehingga penanganannya tidak tepat. Bantuan kurang tepat dimaksudkan di penelitian ini adalah orang pintar atau lebih dikenal dengan istilah dukun. Partisipan ke dua, tiga, empat, dan enam (P2,P3,P4,P6) merupakan yang mengalami tahapan ini. Sedangkan partisipan

pertama dan ke lima (P1,P5) juga melakukan hal sama namun tidak di tahap awal mula, melainkan mereka melakukannya bersamaan dengan pengobatan medis.

Fase ketiga adalah berada di keadaan nol dengan kategori kehabisan harta untuk berobat. Fase ini di alami oleh semua partisipan, kecuali partisipan ke lima (P5). Karena keterbatasan informasi dari partisipan ke lima (P5) maka peneliti tidak dapat menggali lebih jauh mengenai hal ini. Sementara untuk partisipan lainnya (P1,P2,P3,P4,P6) keadaan ini terjadi disebabkan dari tahapan sebelumnya yaitu mendatangi dukun(mencari bantuan kurang tepat) dilakukan berulang-ulang dan tempat berbeda-beda, namun tidak ada hasil, hingga mereka kehabisan harta benda mereka. Fase terakhir adalah bertahan dengan keadaan. Pada tahapan ini ada dua kategori yaitu menjalani situasi dan terus mencari cara penyembuhan. Fase ini merupakan proses akhir mengantarkan keluarga pada strategi koping dan mekanisme yang dipilih dalam merawat ODGJ pasca pasung dan menentukan respon koping keluarga. Kategori menjalani situasi mencerminkan pada respon maladaptive karena tidak adanya upaya keluarga untuk meningkatkan kesembuhan ODGJ (P5). Sedangkan kategori terus mencari cara penyembuhan mencerminkan response adaptif. Kategori ini menggambarkan keluarga secara aktif melakukan usaha untuk mencari cara untuk meningkatkan kepulihan dan kesehatan ODGJ pasca pasung.

4.3.1.3 Sumber Dukungan Koping Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Sumber dukungan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung merupakan suatu sistem pendukung yang memfasilitasi keluarga dalam melakukan koping terhadap problematika merawat ODGJ pasca pasung. Sistem pendukung tersebut nantinya akan mempengaruhi proses koping dan mekanisme koping

dipilih oleh keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Hal ini sesuai dengan dikatakan Price, Price & McKenry (2010) bahwa sumber dukungan pada keluarga merupakan penyangga atau suatu yang memberikan cukup dampak pada peristiwa penyebab stress dalam level stress keluarga. Pada penelitian ini di dapatkan dua sumber dukungan koping didapatkan oleh partisipan, yaitu intra-keluarga dan *Public Support*. Sejalan dengan hal itu Stuart (2013) juga menyatakan bahwa sumber koping dapat ditemukan secara internal dan lingkungan. Sumber dukungan berupa asset finansial, kemampuan *problem solving*, *social support*, dan kepercayaan budaya dapat membantu seseorang mengintegrasikan pengalaman stress ke dalam kehidupan dan belajar mengadopsi strategi koping yang berhasil.

Tema 4: Intra Keluarga

Penelitian ini menunjukkan bahwa sumber dukungan koping keluarga intra-keluarga dikategorikan menjadi kerabat diluar keluarga inti ODGJ pasca pasung. Dukungan diberikan berupa material (uang) dan non material (jasa, pengobatan, dll). Dukungan dari kategori ini didapatkan oleh partisipan dua dan enam (P2,P6).

Sumber dukungan dari intra-keluarga merupakan yang utama dan sangat penting karena keluarga adalah sebuah sistem. Jika ada didalam keluarga terdapat salah satu anggota sakit atau mengalami masalah maka akan mempengaruhi kondisi keluarga tersebut. Terlibatnya intra-keluarga sebagai sumber dukungan koping memberikan dampak optimal terhadap kondisi koping keluarga selama merawat ODGJ pasca pasung. Sumber dukungan intra keluarga ini menghasilkan koping keluarga internal atau intra familiar. Penelitian Ngadiran (2010) mendapatkan koping keluarga internal atau intafamiliar terdiri dari mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, memelihara ikatan keluarga, mengontrol

arti dan makna dari masalah, pemecahan masalah bersama-sama, fleksibilitas peran dan normalisasi. Sejalan dengan pernyataan Price, Price & McKenry (2010) bahwa istilah sumber dukungan keluarga mengacu pada atribut internal keluarga melindungi keluarga dari dampak stressor dan memudahkan keluarga adaptasi selama keluarga mengalami stres dan / atau krisis. Kohesi keluarga (ikatan kesatuan) dan kemampuan beradaptasi (kemampuan untuk berubah) merupakan dua hal dalam keluarga yang cenderung membuat penyesuaian terhadap stress lebih berhasil (koping lebih berhasil).

Tema 5: *Public Support*

Public support merupakan sistem pendukung koping keluarga berasal dari luar keluarga inti. *Public support* pada penelitian ini lebih kepada *object* pemberi dukungan, yaitu masyarakat sekitar dan lingkungan sekitar. *Public support* menawarkan informasi pada tingkat interpersonal yang menyediakan (A) dukungan emosional, (b) dukungan harga diri, dan (c) dukungan jaringan (Cobb,1976 dalam Price, Price & McKenry,2010). Menurut Friedman (1998) dalam Ngadiran (2010), sumber dukungan sosial meliputi: jaringan kerja spontan dan informal, dukungan – dukungan terorganisir non tenaga kesehatan dan dukungan terorganisir tenaga kesehatan. Secara umum, *Public support* berfungsi sebagai pelindung terhadap dampaknya stres dan mendorong pemulihan dari stres atau krisis.

Penelitian ini menghasilkan dua bentuk sumber dukungan koping keluarga termasuk *Public support*, yaitu tetangga dan pemerintah/tokoh sosial. Tetangga adalah mereka yang tinggal di sekitar keluarga ODGJ pasca pasung. Bentuk dukungan tetangga dibedakan menjadi dua yaitu material dan non material. Tidak

semua lingkungan sekitar partisipan atau tetangga partisipan memberikan dukungan. Partisipan ke empat dan kelima (P4,P5) adalah penerima dukungan dari tetangga sekitarnya dalam bentuk material. Dukungan dalam bentuk non material diterima oleh partisipan pertama (P1).

Public support lainnya dalam penelitian ini adalah pemerintah/ tokoh sosial dikategorikan menjadi empat. Pertama, Jamkesmas, yaitu pelayanan jaminan kesehatan gratis dikeluarkan oleh pemerintah. Partisipan ke enam merupakan penerima *Public support* kategori ini. Adanya jamkesmas, partisipan merasa tertolong dalam hal menebus obat untuk ODGJ pasca pasung di puskesmas terdekat. Kedua, program lepas pasung dan pengobatan. Program ini milik Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial Kabupaten Jember secara bertahap sejak beberapa tahun ini menjadi solusi dalam pelepasan pasung dan pengobatan ODGJ secara gratis. Tidak semua partisipan mendapat *Public support* kategori ini, hanya partisipan ke dua, tiga, dan empat (P2,P3,P4) mendapat dukungan ini. Sumber dukungan juga berasal dari petugas kesehatan setempat (P\$) dan pejabat setempat (P3,P5,P6).

Gambaran sumber dukungan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung dalam penelitian ini menunjukkan dukungan di dapat setiap partisipan tidak selalu dari satu arah, melainkan dapat dari berbagai arah. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor pendukung, seperti budaya, interaksi di lingkungan, tingkat penerimaan masyarakat, kepekaan sosial. Seperti dalam penelitian dilakukan oleh Zefry dan Purnama (2016) menyatakan bahwa dukungan sosial mempengaruhi proses penerimaan dalam menerima kenyataan terjadi pada mereka.

4.3.1.4 Makna yang dirasakan Keluarga dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung

Keluarga merasakan suatu makna dalam merawat ODGJ pasca pasung. Makna dimaksudkan adalah penilaian keluarga atau persepsi keluarga terhadap apa yang anggota keluarganya alami. Stuart (2013) menyatakan bahwa orang dapat menemukan makna dari pengalaman penuh tekanan dan mempertimbangkan strategi alternatif untuk menghadapi kejadian penuh tekanan dipengaruhi oleh sumber dukungan koping. Penelitian ini menghasilkan dua jenis makna dalam merawat ODGJ pasca pasung, yaitu makna positif dan makna negatif.

Tema 6: Makna Positif

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak semua partisipan memaknai secara positif. Makna positif dalam penelitian ini lebih memandang atau menilai apa yang terjadi di keluarga merupakan sebuah ujian atau cobaan dari Tuhan, penilaian makna positif lebih pada peningkatan spiritual. Penilaian tersebut dibagi menjadi tiga sikap yaitu ikhlas, sabar dan pasrah. Partisipan ke dua, tiga, empat dan enam (P2,P3,P4,P6) memandang adanya ODGJ dalam keluarga dan memaknai merawat ODGJ pasca pasung merupakan sebuah ujian atau cobaan dari Tuhan. Sikap ke empatnya tujukkan bervariasi, partisipan ke dua (P2) bersikap sabar dan partisipan ke tiga (P3) menunjukkan sikap pasrah. Sedangkan, partisipan ke tiga (P3) bersikap sabar dan pasrah secara bersamaan. Partisipan ke enam (P6) lebih pada sikap ikhlas dan pasrah.

Hasil dari penelitian menggambarkan hanya sebagian kecil (P3,P6) secara garis besar dapat menemukan makna positif lebih. Hal ini terlihat dari pernyataan dari kedua partisipan menyatakan sikap lebih dari satu macam sikap. Dari sini

dapat di simpulkan bahwa peningkatan kualitas spiritual lebih dirasakan oleh partisipan ke empat dan enam (P4,P6).

Tema 7: Makna Negatif

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa partisipan pertama, kedua dan ke lima (P1,P2,P5) memaknai kejadian ini dengan penilaian negatif. Makna negatif tersebut meliputi kejadian keluarganya alami merupakan sebab dari suatu hal. Partisipan pertama (P1) menganggap kejadian adanya anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dikarenakan oleh hal mistik, seperti di guna-guna, kesurupan atau ketempelan. Partisipan ke dua (P2) memaknai apa yang terjadi pada anaknya merupakan akibat dari peristiwa kecelakaan pernah dialami anaknya dan juga akibat teman sebaya anaknya melakukan bullying serta memberi minuman keras. Lain halnya dengan partisipan ke lima (P5) menganggap bahwa semua terjadi merupakan takdir dan ODGJ pasca pasung tersebut tidak bisa disembuhkan karena berkaitan dengan keturunan.

Makna negatif dipersepsikan keluarga ini akan mempengaruhi proses kelangsungan hidup dan kepulihan ODGJ pasca pasung. Pada dasarnya, makna negatif ini berkaitan dengan ketidakpuasan keluarga dalam mengatasi permasalahan merawat ODGJ pasca pasung. Makna negatif ini dapat berkembang dan meningkatkan tingkat stress pada keluarga. Seperti dinyatakan Thomas ((2002) dalam Hidayah, 2015) bahwa penilain dan makna hidup negatif dapat memperberat tingkat stress oleh seluruh anggota keluarga.

Secara teori dampak yang diakibatkan dari peristiwa sumber stress dipengaruhi oleh definisi atau makna dirasakan keluarga terhadap peristiwa tersebut. Definisi subjektif dari keluarga dapat bervariasi. Seperti melihat keadaan

sebagai tantangan dan kesempatan untuk tumbuh atau pandangan negatif bahwa segala sesuatu tidak ada harapan, terlalu sulit, atau tidak dapat dikelola (McCubbin & Patterson, 1985 dalam Price, Price & McKenry, 2010). Temuan empiris menunjukkan bahwa penilaian kognitif individu terhadap peristiwa hidup sangat mempengaruhi respons (Lazarus & Launier, 1978 dalam Price, Price & McKenry, 2010) dan mungkin merupakan komponen terpenting dalam menentukan respons individu atau keluarga terhadap peristiwa stresor (Boss, 2002 dalam Price, Price & McKenry, 2010).

4.3.2 Integrasi Hasil Penelitian pada Teori Model Adaptasi Stress Stuart

Tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dapat dijelaskan sebagai bagian dari komponen berkaitan dengan model adaptasi stress oleh Stuart (1983). Secara garis besar menurut Model Adaptasi Stress Stuart, respons individu terhadap stress didasarkan pada faktor predisposisi tertentu, sifat stresor, persepsi situasi, dan analisis sumber daya dan mekanisme penanganan. Respons koping kemudian dievaluasi pada rangkaian adaptasi / maladaptasi.

Stuart (2013) menjelaskan mekanisme koping adalah suatu usaha yang diarahkan pada manajemen stress dan dapat bersifat konstruktif atau destruktif. Mekanisme koping terbagi menjadi tiga tipe: a) *Problem focus coping*; b) *Cognitively focus coping*; c) *Emotional focus coping*: Kondisi koping dalam penelitian ini dikaitkan pada mekanisme koping dipilih oleh keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Kondisi koping digambarkan berupa koping konstruktif atau koping destruktif. Stuart (2013) menjabarkan mekanisme koping bersifat konstruktif ketika kecemasan diperlakukan sebagai sinyal peringatan dan

individu menganggapnya sebagai tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme penanggulangan destruktif menangkalkan kegelisahan tanpa menyelesaikan konflik, dengan menggunakan penghindaran dari pada solusi.

Problem focus coping atau *task focus coping* adalah usaha yang dalam dan hati-hati untuk menyelesaikan masalah, menyelesaikan konflik, dan memenuhi kebutuhan. Reaksi dari usaha ini meliputi serangan, penarikan, dan kompromi memiliki tujuan untuk memenuhi tuntutan secara realistis pada situasi stres telah dinilai secara objektif. Usaha mekanisme ini berorientasi pada aksi (Stuart, 2013). Kondisi coping tersebut pada penelitian ini digambarkan dengan kondisi coping konstruktif. Mencari pengobatan, pengawasan konsumsi obat dan berinteraksi merupakan bentuk kondisi coping berorientasi pada *problem focus coping*.

Emotional focus coping atau *ego focus coping*, disebut juga *defense mechanisms*, melindungi orang dari perasaan tidak mampu dan tidak berguna dan mencegah kesadaran akan kegelisahan. Mekanisme ini jika digunakan sedemikian ekstrem akan dapat mendistorsi kenyataan, mengganggu hubungan interpersonal, dan membatasi kemampuan untuk bekerja secara produktif (Stuart, 2013). Mekanisme ini dalam penelitian ini digambarkan sebagai kondisi destruktif. Sedangkan untuk *cognitively focus coping* berada diantara kedua kondisi yaitu pada kategori berfikir positif dan berfikir negatif.

Pada model adaptasi stress oleh Stuart (1983) tidak dijelaskan mengenai tahapan proses strategi dalam menentukan mekanisme coping pilihan. Sehingga peneliti mencoba untuk menggambarkan tahapan proses strategi berdasarkan wawancara dengan partisipan dan telaah literatur pendukung. Model adaptasi stress menyinggung sumber dukungan coping merupakan pilihan atau strategi

untuk membantu menentukan apa yang bisa dilakukan serta dipertaruhkan. Adanya sumber dukungan dapat mempertimbangkan opsi penanggulangan yang tersedia, kemungkinan opsi diberikan akan berhasil dan orang tersebut dapat menerapkan strategi tertentu secara efektif. Sumber dukungan dikemukakan Stuart (2013) meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan, dukungan sosial, dan motivasi, dan menggabungkan semua tingkat sosial (hubungan antara individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat). Penelitian ini mengkategorikan sumber dukungan koping menjadi dua yaitu intra keluarga dan *public support*. Kedua kategori tersebut merupakan bentuk transformasi sumber dukungan dikemukakan dalam model adaptasi stress.

Strategi koping berfokus pada makna atau persepsi situasi digambarkan dalam penelitian ini meliputi makna positif dan makna negatif. Makna positif mengarah pada penilaian yang berhubungan dengan spiritual yaitu menganggap apa yang terjadi dalam keluarga merupakan ujian atau cobaan dari Tuhan. Sehingga memunculkan sikap ikhlas, sabar, atau pasrah. Makna positif akan berdampak positif bagi kepulihan ODGJ pasca pasung. Sedangkan makna negatif lebih pada penilaian negatif seperti disebabkan oleh sesuatu, takdir dan keturunan. Makna negatif cenderung mengarah pada respon maladaptive bagi keluarga.

4.3.3 Keterbatasan Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, baik dari faktor peneliti maupun partisipan dan literatur. Berikut ini beberapa keterbatasan yang ada:

- 1) Penelitian ini merupakan wawancara semi terstruktur dengan metode *in depth interview* sebagai metode dalam pengumpulan data, adanya keterbatasan

pengalaman peneliti dalam penggalian data melalui wawancara akan mempengaruhi tingkat kedalaman dan keluasan data yang diperoleh.

- 2) Keterbatasan ketersediaan sumber referensi atau literatur keperawatan terkait koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung membuat peneliti harus menggunakan referensi selain keperawatan dan hal tersebut akan mempengaruhi sudut pandang peneliti.
- 3) Partisipan dalam penelitian ini secara karakteristik berusia tua dan beberapa partisipan beretnis madura. sehingga peneliti kesulitan dalam melakukan eksplorasi karena kendala bahasa dan pemahaman atas pernyataan partisipan dan pemahaman partisipan dalam merespon maksud pertanyaan peneliti.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Gambaran koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung secara umum berupa kondisi koping keluarga, proses strategi koping keluarga, sumber dukungan koping keluarga dan makna yang dirasakan keluarga terhadap apa yang dialami. Kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung digambarkan sebagai koping konstruktif dan koping destruktif. Kondisi koping konstruktif berupa tindakan yang dilakukan keluarga seperti mencari obat, pengawasan konsumsi obat, berinteraksi, berfikir positif. Koping destruktif meliputi tindakan mendatangi non medis/ alternatif, overprotektif, kelalaian pengawasan obat, perasaan negatif.

Penelitian ini menggambarkan kondisi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung tidak selalu pada satu kondisi koping, melainkan secara garis besar semua partisipan pernah berada dalam kedua kondisi (fruktuatif). Hal ini bergantung pada masalah atau situasi yang dihadapi, meskipun keluarga ODGJ pasca pasung telah berada pada kondisi konstruktif, mereka dapat berada di kondisi destruktif menghadapi masalah baru atau situasi baru.

Proses strategi koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung digambarkan sebagai tahapan proses strategi. Tahapan tersebut terbagi menjadi empat fase: fase awal keluarga tidak menyadari situasi yang tengah terjadi pada anggota keluarganya. Fase kedua, keluarga akan mencari bantuan kurang tepat yaitu pada orang pintar. Fase ketiga, keluarga berada pada di keadaan nol. Keluarga akan mengalami kehabisan harta untuk berobat disebabkan pergi ke

pengobatan alternatif (dukun) secara berulang-ulang tanpa ada progresifitas perbaikan keadaan ODGJ. Fase keempat, keluarga bertahan dengan keadaan. Pada fase ini ada dua kategori pilihan yaitu menjalani situasi atau terus mencari cara menyembuhkan ODGJ pasca pasung.

Sumber dukungan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung pada penelitian ini menunjukkan dukungan di dapat setiap partisipan tidak selalu dari satu arah, melainkan dapat dari berbagai arah. Sumber dukungan tersebut interpretasikan menjadi dua sumber dukungan koping, yaitu intra-keluarga dan *Public Support*. Sumber dukungan intra-keluarga dikategorikan menjadi kerabat diluar keluarga inti. *Public support* berupa dukungan yang di dapat keluarga baik berbentuk material atau non-material dari tetangga atau pemerintah/tokoh sosial.

Makna yang dirasakan keluarga selama merawat ODGJ pasca pasung digambarkan menjadi dua yaitu makna positif dan makna negatif. Makna positif dirasakan oleh keluarga sebagai sebuah ujian atau cobaan dari Tuhan dan mengarah pada peningkatan spiritual. Makna positif terinterpretasi menjadi tiga sikap yaitu ikhlas, sabar dan pasrah. Makna negatif dirasakan keluarga sebagai sebab dari suatu hal, sebuah takdir, dan berhubungan dengan keturunan.

5.2 Saran

1. Bagi Pelayanan Kesehatan Jiwa

Tatanan pelayanan kesehatan ditingkat dasar, yaitu Puskesmas, diharapkan mampu memberikan beberapa program pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat meliputi penyuluhan pada keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan jiwa terkait merawat ODGJ pasca pasung; program terapi okupasi untuk ODGJ pasca pasung; pemantauan dan *home visit*; serta

konseling terhadap keluarga ODGJ pasca pasung untuk menguatkan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi Pendidikan ilmu keperawatan sebagai topik bahasan, baik di kelas maupun praktek di masyarakat secara langsung. Perawat juga dapat memanfaatkan penelitian ini sebagai pedoman untuk menggunakan pendekatan dalam menguatkan koping keluarga agar keluarga dapat optimal diberikan perawatan terhadap ODGJ pasca pasung.

3. Bagi Peneliti

Peneliti selanjutnya diharapkan mampu menggali lebih dalam tentang peran *environmental support* untuk menguatkan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung. Selain itu, dalam penelitian kualitatif kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara secara mendalam dan menganalisis hasil wawancara sebaiknya ditingkatkan dengan melakukan lebih banyak latihan wawancara dan uji kemampuan analisis sebelum penelitian dilakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Zaidin., 2006. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Ahmadi, Rulam., 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Ar-ruzz Media.
- Andarmono, Sulisty., 2012. *Keperawatan Keluarga: Konsep Teori, Proses dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Anggraeni, I. D.A.K., 2017. *Perilaku Kesehatan Medis Pada Keluarga Penderita Skizofrenia yang Dipasung*. Skripsi Sarjana. Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta.
- Ardian, Iwan. 2013., *Pemberdayaan Keluarga (Family Empowerment) Meningkatkan Koping Keluarga Diabetes Mellitus Tipe-2*. Jurnal Ilmu Keperawatan. Vol.1, No.2,p.141-149.
- Bagutayan, Shadiya M.S., 2015. *Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview*. Mediterranean Journal of Social Sciences. Vol.6, No.2SI,p.479-488.
- Bappeda Jawa Timur., 2014. 'Data Orang di Pasung Harus Diupdate'. 02 April. Diakses 15 desember 2016 <<http://bappeda.jatimprov.go.id/2014/04/02/data-orang-dipasung-harus-diupdate/>>
- Billings, A.G., & Moos, R.H., 1984. *Coping, Stress, amd Social Resources Among Adults with Unipolar Deprssion*. Pubmed. Vol.46, No.4,p.877-891. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6737198>>
- BBC., 2014. 'Setidaknya ada 18.800 Orang Masih di Pasung di Indonesia'. 21 Maret. Diakses 15 Desember 2016 <http://www.bbc.com/indonesia/berita_indonesia/2016/03/160320_indonesia_hr_w_pasung>
- Carlson, Kelly., & Hall, Joanne M., 2014. *Preventing Restrain and Seclusion: A Multilevel Grounded Theory Analysis*. Sage Open, p.1-12. DOI: 10.1177/2158244014556641 <<http://sgo.sagepub.org/>>
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub , J.K. (1989). Assesing coping strategies : A theoritically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Claker, Allison L., & Critchley, Christine, 2016. *Impact Of Choice Of Coping Strategies And Family Functioning On Psychosocial Function Of Young People With Epilepsy*. Journal of epilepsy and Behavior. p:50-56 <<http://elsevier.com/>>
- Daulima, Novy H.C., 2014. *Proses Pengambilan Keputusan Tindakan Pasung Oleh Keluarga Terhadap Klien Gangguan Jiwa*. Disertasi Doktoral. Universitas Indonesia Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI., 2016. '*Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat*'. 06 Oktober, diakses 05 April 2017 <<http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>>
- Friedman, M. Marilyn.(1998). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Folkman. S., & Lazarus, R.S., 1985. *If it Change it Must be Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of College Examination*. Journal O Personality and Social Psychology. 48, 150170.
- Halida, N., Dewi, E. I., & Rasni, H., 2016. *Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan pada Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*. E-Jurnal Pustaka Kesehatan. Vol.4, No.1. diakses 15 Desember 2016 <<http://jurnal.unej.ac.id/>>
- Hidayah, Ridhoyanti, 2015. *Studi Fenomenologi: Strategi Koping Orang Tua dalam Merawat Anak dengan Autism Sprecrum Disorder (ASD)*. Thesis. Surabaya: Universitas Airlangga.
- Hermansyah, Haris., 2015. *Metodologi Penelitian Kualitatif untuk Ilmu Psikologi*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Harnilawati., 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka as Salam.
- Hartanto, Dwi., 2014. *Gambaran Sikap dan Dukungan Keluarga Terhadap Penderita Gangguan Jiwa di Kecamatan Kartasura*. Skripsi Sarjana. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Huckshon, Kevin A., 2006. *Re- Design State Mental Health Policy to Prevent the Use of Seclusion and Restrain*. Administration and Policy in Mental Helath Service Research. Vol.33, No.4, p.482-491 DOI:10.1007/s10488-005-0011-5.
- Idaiani, Sri., & Raflizar., 2015. *Faktor Paling Dominan Terhadap Pemasungan Orang Dengan Gangguan Jiwa di Indonesia*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol.18, No.1,p.11-17
- Indriani, Ririn., 2016. '*Mensos: Kasus Pemasungan Terbanyak Jatim*'. 04 Desember, diakses 15 Desember 2016 <<http://www.suara.com/news/2016/12/04/013100/mensos-kasus-pemasungan-terbanyak-di-jatim>>
- Kementerian Kesehatan RI., 2013. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI., 2015. '*Indonesia Bebas Pasung: Pencapaian Program*'. Diakses 15 Desember 2016 <<http://sehat-jiwa.kemkes.go.id/detailkegiatandirektorat/7>>

- Kusumo, Mefianto A. E., 2016. *Hubungan Strategi Koping Dengan Kualitas Hidup Penderita DM Tipe-2 di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo Surabaya*. Skripsi Sarjana. Universitas Airlangga Surabaya.
- Kurdi, Fahrudin., 2016. *Makna Pencegahan Penularan Human Immunodeficiency Virus (HIV)/ Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS) oleh pekerja Seks Komersial (PSK) di Lokalisasi Klubuk Jombang*. Thesis Pasca Sarjana. Universitas Airlangga Surabaya.
- Lapau, Buchari., 2012. *Metode Penelitian Kesehatan Metode Ilmiah Penulisan Skripsi Tesis dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Lazarus, Richard S., 1993. *Coping Theory and Research: Pastm Present, and Future*. Journal of Psychosomatic Medicine. Vol.55,p.234-247.
- Lestari, P., Choiriyah, Z., & Mathafi., 2014. *Kecenderungan atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus di RSJ Amino Gondho Hutomo Semarang)*. Jurnal Keperawatan Jiwa. Vol.2, No.1,p.14-23.
- Lestari, W., & Wardhani, Y.F., 2014. *Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat yang Dipasung*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol.17,No.2,p.157-166.
- Maslim, R., 2002. *Buku Saku Diagnosa Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa- FK Unika Atmajaya.
- Minas, H.,& Diatri, H., 2008. *Pasung: Physical Restrain and Confinement of the Mentally Ill in the Community*. Intenational Journal of mental Health System. Vol.2, No.1,p.1-5. Diakses 15 Desember 2016 <<http://ijmns.biomedcentral.com>>
- Moleong, L.J., 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya Offset.
- Mubarok, Wahit Iqbal & Nurul Chayatin., 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas : Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mukhalladah, Dwi A., 2016. *Pengalaman Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa Pasca Pasung*. Skripsi Sarjana. Universitas Airlangga Surabaya.
- Mukhtar., 2013. *Metode Praktis Penelitian Deskriptif Kualitatif*. Jakarta: Referensi.
- Nasir, Abdul & Abdul Muhith., 2011. *Dasar – Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar & Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ngadiran, A, 2010. *Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Tentang Beban dan Sumber Dukungan Keluarga dalam Merawat Klien Halusinasi. Program Magister Keperawatan Jiwa: FIK UI*.
- Nikolaev, Evgani L., Baranova, Elvira A., & Petunova, Svetlana A., 2016. *Mental Health Problems in Young Children: the Role of Mothers' Coping and*

- Parenting Styles and Characteristics of Family Functioning*. *Procedia-Social and Behavioral Science* 233.p.94-99. <<http://Scimedirect.com>>
- Nursalam., 2015. *Metodologi penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis, Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam., 2014. *Managemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.
- Price, Sharon J., Price, Christine A., & McKenry, Patrick C., 2010. *Families Coping With Change: A Conseptual Overview*. Diakses dari <https://www.corwin.com/sites/default/files/upm-binaries/30979_Chapter1.pdf> pada 04 April 2017.
- Polit, Desise F & Cheryl Tatano Beck., 2014. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice 8th Edition*. China: Wolters Kluwer Health.
- Raco, J.R., 2010. *Metode Penelitian Kualitatif: Jenis, Karakteristik, dan Keunggulannya*. Jakarta: Grasindo.
- Raggi, Alberto., Tasca, Domenica., Panerai, Simonetta., Neri Walter., & Ferri, Raffaele., 2015. *The burden of distress and related coping processes in family caregivers of patients with Alzheimer's disease living in the community*. *Journal of Neurological Science (JNS)*-13974. <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2015.08.024>>
- Retnowati, R., Sriati, A., & Widiastuti, M., 2012. *Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga penderita Skizofrenia di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat*. *E- Journal Students*. Vol.1, No.1, diakses 23 Maret 2017 <<http://jurnal.unpad.ac.id/>>
- Rubbyana, Urifah., 2012. *Hubungan Antara Strategi Koping dengan Kualitas Hidup pada Penderita Skizofrenia Remisi Simptom*. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*. Vol.1, No.3,p.162-169 <<http://jurnal.unair.ac.id/>>
- Sari, H. 2009. *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireun*. Thesis. Depok : Universitas Indonesia
- Saryono & Mekar Dwi Anggraeni., 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Setiawati, E.M., 2012. *Studi Kualitatif Tentang Sikap Keluarga Terhadap Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kecamatan Sukoharjo*. Skripsi Sarjana. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Stuart, Gail W., 2013. *Principles & Practice of Psychiatric Nursing 9th ed*. Philadelphia: Elsevier Mosby
- Suharto, Bektii., 2014. *Budaya Pasung dan Dampak Yuridis Sosiologi (Studi Tentang Upaya Pembebasan Pasung & Pencegahan Tindakan Pemasungan di Kabupaten Wonogiri)*. *IJMS- Indonesian Journal on Medical Science*. Vol.1, No.2, <<http://ijmsbm.org/>>

- Sugiarto, Eko., 2015. *Menyusun Proposal Penelitian Kualitatif: Skripsi dan Tesis*. Yogyakarta: Suara Media.
- Sumitro, Ignatius P.M., 2017. *Dukungan Keluarga Terhadap Klien Gangguan Jiwa Pasca Pasung*. Skripsi Sarjana. Universitas Airlangga Surabaya.
- Suripto, & Alfiah, Siti., tth. *Indonesia Bebas Pasung 2017 (Pemodelan Inovasi Pemerintah Daerah Menuju Bebas Pasung)*. Diakses pada 15 Desember 2016. <http://inovasi.lan.go.id/uploads/download/1472810970_INDONESIA-BEBAS-PASUNG-2017---Pemodelan-Inovasi-Pemerintah-Daerah-menuju-bebas-pasung.pdf>
- Syarniah., Rizani A., & Sirat, E., 2014. *Studi Deskriptif Persepsi Masyarakat Tentang Pasung Pada Klien Gangguan Jiwa Berdasarkan Karakteristik Demografi di Desa Sungai Arpat Kecamatan Karang Intan Kabupaten Banjar*. Jurnal Skala Kesehatan. Vol.5, No.2.
- Tristiana, RR. D. 2014. "Psychological Well Being pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Mulyorejo Surabaya". Tesis. Universitas Airlangga. Surabaya.
- Undang-Undang Kesehatan., 2009. *Undan –Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Presiden Indonesia.
- Undang-Undang Kesehatan., 2014. *Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Presiden Indonesia.
- Wanti, Y., Widiyanti, E., & Fitria, N., 2016. *Gambaran Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Menderita Gangguan Jiwa Berat*. Jurnal Keperawatan Padjajaran. Vol.4, No.1,p.89-97.
- Wardhaningsih, S., Rochmawati, E., & Sutarjo,P., 2010. *Gambaran Strategi Koping Keluarga dalam Merawat Pasien Skizofrenia di Wilayah Kecamatan Kasihan Bantul*. Mutiara Medika. Vol.10, No.1,p.55-61.
- Wijayanti, Aldina Putri., Masykur, Achmad Mujab., 2016. *Lepas Untuk Kembali Dikukung: Studi Kasus Pemasangan Kembali Eks Pasien Gangguan Jiwa*. Jurnal Empati. Vol.5, No.4, p.786-798.
- WHO., 2013. *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Geneva: World Health Organization (WHO) Press.
- Yusuf, AH., Fitriyanti, R., & Nihayati, H.N., 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yusuf, AH., Putra, S.T., & Probowati, Y., 2012. *Peningkatan Coping Keluarga dalam Merawatn Pasien Gangguan Jiwa Melalui Terapi Spiritual Direction, Obedience, dan Acceptance (DOA)*. Jurnal Ners. Vol.7, No.2,p.196-202.
- Yusuf, A. & Yunitasari, E., 2015. The Increase of Family ' s Health Belief in Mental Disorder with Spiritual Approach. , 5(5), pp.345–350.
- Zefry, M. & Purnama, W., 2016. Dukungan Sosial dengan Penerimaan Diri pada Penderita Gagal Ginjal. , (1973), pp.19–20.

LAMPIRAN 1



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 : 1617 /UN3.1.13/PPd/2017
Lampiran : 1 berkas
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

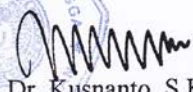
5 Juni 2017

Kepada Yth.
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kab. Jember

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Fildzah Cindra Yunita
NIM : 131311133117
Judul Skripsi : Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat (ODGJ)
Pasca Pasung

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

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2. Kepala Dinas Sosial Kabupaten Jember
3. Kepala Puskesmas Ambulu Kab. Jember
4. Kepala Puskesmas Balung Kab. Jember
5. Kepala Puskesmas Puger Kab. Jember
6. Kepala Puskesmas Mumbulsari Kab. Jember
7. Kepala Puskesmas Sumberbaru Kab. Jember
8. Kepala Puskesmas Wuluhan Kab. Jember
9. Kepala Puskesmas Bangsalsari Kab. Jember

LAMPIRAN 2



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada

Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
2. Kepala Dinas Sosial Kab. Jember
di -

T E M P A T

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/3159/314/2017

Tentang

PENGAMBILAN DATA & PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga tanggal 05 Juni 2017 Nomor : 1617UN3.1.13/PPd/2017 perihal Pengambilan Data dan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Fildzah Cindra Yunita / 131311133117
- Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
- Alamat : Perum BAP Blok DD/02 Ambulu, Jember
- Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data dan Penelitian untuk penyusunan Skripsi dengan judul : "Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat (ODGJ) Pasca Pasung".
- Lokasi : Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Puskesmas Ambulu, Balung, Puger, Mumbulsari, Sumberbaru, Wuluhan dan Bangsalsari Kabupaten Jember
- Waktu Kegiatan : Juni s/d Juli 2017

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 13-06-2017

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN JEMBER

Sekretaris



Drs. H. RE WIDODO

Pembina Tk. I

NIP. 19611224 198812 1 001

Tembusan :

- Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Keperawatan Univ. Airlangga;
2. Yang Bersangkutan.

LAMPIRAN 3



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 15 Juni 2017

Nomor : 440 / 25426 / 311 / 2017
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data & Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Bidang Pencegahan dan P2
Dinas Kesehatan Kab. Jember
di -

J E M B E R

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/3159/314/2016, Tanggal 13 Juni 2017, Perihal Ijin Pengambilan Data & Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : FILDZAH CINDRA YUNITA
NIM : 131311133117
Alamat : Perum BAP Blok DD/02 Ambulu, Jember
Fakultas : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Keperluan : Melaksanakan Pengambilan Data & Penelitian Tentang
Gambaran Koping Keluarga dalam Merawat (ODGJ) Pasca Pasung
Waktu Pelaksanaan : 15 Juni 2017 s/d 15 Juli 2017

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Pengambilan Data & Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.


**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. SITI NURUL QOMARIYAH, M.Kes
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19680206 199603 2 004

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

LAMPIRAN 4



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 443-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG”

<u>Peneliti utama</u>	: Fildzah Cindra Yunita
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah Kabupaten Jember
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas secara dipercepat
And approved the above-mentioned protocol with Expedited

Surabaya, 26 Juli 2017



Ketua, (CHAIRMAN)
Dr Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002



LAMPIRAN 5**SURAT PENGANTAR PARTISIPAN**

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fildzah Cindra Yunita

Mahasiswa : Program Studi Pendidikan Ners Universitas Airlangga Surabaya

NIM : 131311133117

Alamat : Dusun Krajan RT.003 RW.016 Kec. Ambulu, Desa Ambulu,
Kab. Jember

No. Hp : 08995024071

Dengan ini memohon kepada Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya berjudul “Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Pasca Pasung”. Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak kapanpun Bapak/Ibu/Saudara kehendaki tanpa ada konsekwensi atau dampak tertentu. Selama wawancara peneliti akan menggunakan alat untuk merekam proses wawancara.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk mendapatkan gambaran koping keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa pasca pasung. Kami sangat mengharapkan informasi mendalam dari Bapak/Ibu/Saudara. Penelitian ini tidak menimbulkan risiko apapun bagi Bapak/Ibu/Saudara dan tidak akan berpengaruh terhadap layanan kesehatan yang diberikan. Jika Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman selama proses wawancara, Bapak/Ibu/Saudara dapat memilih untuk tidak menjawab pertanyaan diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Waktu dan tempat penelitian dapat diatur dan disesuaikan dengan keinginan Bapak/Ibu/Saudara.

Peneliti akan menghargai kesediaan Bapak/Ibu/Saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas perhatian, kerjasama, dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjadi partisipan, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

LAMPIRAN 6**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA**

PENJELASANA PENELITIAN

**Judul Penelitian: Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ
Pasca Pasung**
Peneliti : Fildzah Cindra Yunita
NIM : 131311133117
Pembimbing : 1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
2. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep., Ns., M.Kep

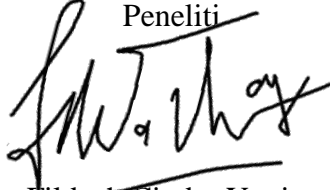
Peneliti adalah Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bermaksud untuk meminta Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Sifat dari keikutsertaan menjadi partisipan merupakan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Bapak/Ibu/Saudara memiliki hak memilih menjadi partisipan atau tidak dan dapat mengajukan keberatan atas penelitian ini. Tidak akan ada dampak negatif dan konsekuensi jika Bapak/Ibu/Saudara membatalkan keikutsertaan dalam penelitian ini. Beberapa hal akan saya jelaskan terkait penelitian ini, sebelum Bapak/Ibu/Saudara memutuskan untuk berpartisipasi.

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran koping keluarga dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) pasca pasung. Manfaat penelitian ini adalah partisipan yang terlibat dalam penelitian dapat berbagi pengalaman dalam menghadapi berbagai stressor selama merawat ODGJ pasca pasung, sehingga dapat tercipta pengetahuan tentang koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung dan dapat berguna dalam meningkatkan kemampuan koping keluarga dalam merawat ODGJ pasca pasung.
2. Bapak/Ibu/Saudara yang bersedia menjadi partisipan akan dilakukan wawancara sebanyak 1 - 3 kali pertemuan selama 30 – 60 menit, waktu dan tempat wawancara sesuai kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Pertemuan pertama merupakan perkenalan dan peneliti membangun bina hubungan saling percaya dengan Bapak/Ibu. Pertemuan kedua, peneliti akan mengajukan pertanyaan terkait gambaran koping Bapak/Ibu/Saudara dalam merawat Anggota Keluarga yang pernah di pasung. Dan pertemuan ketiga akan dilakukan untuk mengklarifikasi informasi yang didapatkan pada pertemuan pertama.

3. Selama melakukan wawancara, peneliti akan mendokumentasikan dengan alat perekam dan catatan untuk membantu pengumpulan data.
4. Selama wawancara, partisipan diharapkan dapat menyampaikan segala informasi secara bebas sesuai dengan yang dialami.
5. Penelitian ini tidak akan merugikan atau menimbulkan resiko apapun bagi Bapak/Ibu/Saudara. Apabila Bapak/Ibu/Saudara merasa tidak nyaman selama wawancara, maka Bapak/Ibu/Saudara boleh tidak menjawab atau mengakhiri wawancara serta dapat mengundurkan diri sebagai partisipan.
6. Semua data dan catatan yang dikumpulkan selama penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya, termasuk identitas partisipan.
7. Jika ada yang belum jelas Bapak/Ibu/Saudara dipersilahkan untuk bertanya pada peneliti.
8. Jika Bapak/Ibu/Saudara memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan menandatangani *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi partisipan) yang telah disediakan oleh peneliti.

Surabaya, 12 Mei 2017

Peneliti

Fildzah Cindra Yunita
131311133117

NB: Kontak Peneliti (08995024071)

LAMPIRAN 7

INFORMED CONSENT
(LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN)

Judul Penelitian: Gambaran Koping Keluarga Dalam Merawat ODGJ Pasca Pasung
Peneliti : Fildzah Cindra Yunita
NIM : 131311133117
Pembimbing : 1. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
2. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep., Ns., M.Kep

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (Kode) : _____ (_____)

Umur : _____ Tahun

Perkejaan : _____

Alamat : _____

Setelah diberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi keluarga-keluarga lain yang juga merawat anggota keluarga dengan pasung. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan menghormati hak-hak saya sebagai partisipan dan tidak menimbulkan kerugian ataupun resiko bagi saya, serta saya berhak menghentikan keikutsertaan saya dalam penelitian ini jika merasa keberatan.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya, dan berkas mencantumkan identitas hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnakan untuk menjaga kerahasiaan data tersebut.

Demikian surat pernyataan ini saya tanda tangani secara suka rela tanpa ada unsur paksaan dari pihakn manapun.

Jember, 2017

Peneliti

Saksi

Partisipan

(Fildzah Cindra Yunita)

(_____)

(_____)

LAMPIRAN 8

Kode Partisipan:

DATA DEMOGRAFI**A. Data Partisipan**

1. Usia :
2. Jenis Kelamin :
3. Pendidikan Terakhir :
4. Status Pernikahan :
5. Agama :
6. Pekerjaan :
7. Hubungan dengan ODGJ pasca pasung:
8. Nomor Telepon :
9. Alamat :

B. Data ODGJ pasca pasung

1. Tanggal Lahir :
2. Jenis Kelamin :
3. Lama Dipasung :
4. Alasan Dipasung :
5. Pernah dirawat di RS untuk pengobatan gangguan jiwa:
-
6. Pemasangan pasung pada:
7. Pelepasan pasung pada :

LAMPIRAN 9**PEDOMAN WAWANCARA**

Judul Penelitian : Gambaran Koping Keluarga dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Pasca Pasung

Waktu Wawancara :

Kode Partisipan :

Tanggal :

Tempat :

Suasana Ketika wawancara :

Saya ingin belajar mendapatkan gambaran tentang koping keluarga Bapak/Ibu/Saudara dalam merawat anggota keluarga Bapak/Ibu/Saudara pasca pasung

NO	TUJUAN KHUSUS PENELITIAN	PERTANYAAN WAWANCARA
1.	Pertanyaan pembuka	Berapa lamakah anda merawat anggota keluarga anda yang mengalami gangguan jiwa?
2.	Kondisi koping keluarga	Dapatkah anda ceritakan, bagaimana anda selama ini merawat anggota keluarga/ODGJ selama dipasung dan pasca pasung? Bagaimana perasaan anda selama merawat anggota keluarga/ODGJ selama dipasung dan pasca pasung?
3.	Proses Strategi koping keluarga	Apakah beban terberat atau kesulitan yang anda rasakan dalam merawat anggota keluarga/ODGJ selama dipasung dan pasca pasung? Ceritakanlah bagaimana anda mengatasi beban atau kesulitan yang dialami selama merawat anggota keluarga/ODGJ selama dipasung dan pasca pasung?
4.	Sumber dukungan koping keluarga	Ceritakan kepada siapa anda mencari dukungan untuk membantu mengatasi beban atau kesulitan dalam merawat anggota keluarga anda yang pernah dipasung? Seperti apakah bentuk dukungan tersebut (apakah yang dilakukan orang lain dalam membantu?)
5.	Makna yang dirasakan keluarga	Bagaimana anda memaknai apa yang terjadi pada keluarga anda? (bagaimana anggapan anda terhadap apa yang terjadi pada keluarga anda?)

LAMPIRAN 10**FIELD NOTE**

Nama partisipan: Kode partisipan: Tempat & waktu wawancara: Lama wawancara: Posisi partisipan: Situasi wawancara:
Catatan Kejadian:
Gambaran partisipan saat akan wawancara:
Gambaran partisipan selama wawancara:
Gambaran suasana tempat selama wawancara:

LAMPIRAN 11

DATA PARTISIPAN PADA PENELITIAN:

GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG

Inisial	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Status Perkawinan	Suku	Agama	Pekerjaan	Hubungan dengan ODGJ
P1	62 Tahun	Perempuan	SD	Menikah	Jawa	Islam	Ibu Rumah Tangga	Ibu Kandung
P2	50 Tahun	Perempuan	Tidak Sekolah	Menikah	Madura	Islam	Penjual Rujak	Ibu Kandung
P3	62 Tahun	Perempuan	SD Kelas 4	Janda Meninggal	Madura	Islam	Pedagang Kelontong	Ibu Kandung
P4	62 Tahun	Laki-Laki	SD	Duda Meninggal	Jawa	Islam	Pengerajin Keset	Bapak Kandung
P5 (terdapat 3 narasumber)	65 Tahun	Perempuan	SD	Janda Meninggal	Jawa	Islam	Buruh Tani	Ibu Kandung
	52 Tahun		SMA	Menikah	Jawa	Islam	Ibu Rumah Tangga	Bibi 1
	54 Tahun		SMA	Menikah	Jawa	Islam	Ibu Rumah Tangga	Bibi 2
P6 (terdapat 3 narasumber)	37 Tahun	Perempuan	SMA	Menikah	Jawa	Islam	Buruh Tani	Kakak
	63 Tahun	Perempuan	SD	Menikah	Jawa	Islam	Buruh Tani	Kandung Ibu Kandung
	65 Tahun	Laki-Laki	SD	Menikah	Jawa	Islam	Buruh Tani	Bapak Kandung

LAMPIRAN 12

ANALISIS DATA PENELITIAN

GAMBARAN KOPING KELUARGA DALAM MERAWAT ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) PASCA PASUNG

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan						
						1	2	3	4	5	6	
1.	Kondisi Koping Keluarga	Koping Konstruktif	Mencari Pengobatan	Dibawa ke Mantri/dokter/rawat jalan/konsumsi obat	<p>“<i>digowo pak mantri terus tekok kono yo, kek kene disek...</i>” (dibawa pak mantri lalu sampai sana ya ditaruh sana dulu)</p> <p>“<i>...ono seng ngomong di kongkon tuku obat. Tuku obat suntik.</i>” (ada yang bilang disuruh beli obat. Beli obat suntik)</p> <p>“<i>Teng jember, rawat jalan mendet obat.</i>”(di Jember, rawat jalan ambil obat)</p>		√	√				√
				Dibawa ke RSJ Lawang	<p>“<i>Terus pertama nang jember, terus digowo nang lawang.</i>” (Lalu pertama di bawa ke Jember, setelah itu di bawa ke Lawang)</p> <p>“<i>...iki tak gowo nang lawang</i>”(ini saya bawa ke Lawang)</p> <p>“<i>dibawa ke lawang.....iki wes meh rong tahun iki teko malang</i>”(di bawa ke Lawang..... ini sudah</p>	√		√	√			

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

				<p>hampir 2 tahun dari Lawang) <i>"...ditulung kale pemerintah dibeto teng lawang niku."</i> (ditolong sama pemerintah di bawa ke Lawang itu) <i>"nggeh siyen tasek uripe pak e (dibawa ke lawang)"</i> (iya, dulu masih bapaknya hidup)</p>				√								
			Pengawasan Konsumsi Obat	<p>Rutin memberi minum Obat</p>	<p><i>"..ditelateni niku minuman pil. Kulo telateni niku. Pil"</i> (dirutinkan itu meminum pil. Saya rutinkan minum pil) <i>"Obat jalan terus, kasih obat,..."</i></p>							√			√	
				<p>Usaha mengambilkan Obat di Puskesmas/ membelikan obat</p>	<p><i>"tukokno obate adike le, sing iki ae, sing sitoke sek akeh."</i> (belikan obatnya adik nak, yang ini aja, yang satunya masih banyak) <i>"kulo. numpak ontelan, yaopo gak wani numpak peda montor"</i> (saya, naik sepeda kayuh. Bagaimana gak berani naik motor) <i>"Iki kumat iki sak ulan sek bengong aku golek obat."</i>(ini kambuh, satu bulan masih bingung saya cari obat) <i>"Maune kulo ngengken tiang..."</i> (sebelumnya saya menyuruh orang..)</p>	√				√						

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

				<p>“kulo kiambak, mboten saget larene mundut dewe” (saya sendiri, tidak bisa anaknya ambil sendiri)</p> <p>“..pak e kon njupuk obat neng anu puskesmas” (Bapaknya disuruh ambil obat di puskesmas)</p>					√					
			Berinteraksi	Melibatkan aktivitas normal	<p>“alah yo kadang yo mangan dewe. Kadong masak yo ngunu mbak.” (kadang ya makan sendiri. Kalau masak ya gitu mbak)</p> <p>“...semang gae gawe pawon ben podo mbek kancane.” (ditambah bikin dapur, biar sama dengan temannya)</p> <p>“Wong megawe, cumak e yo jarang.”(orang kerja hanya saja ya jarang)</p> <p>“Dadi kulo ajari ndamel keset.” (jadi saya ajari bikin keset)</p> <p>“saiki nyapu-nyapu mbak. Iku nyapu-nyapu seng di lungguhi bak bakku iku kan ngisore iku kan resik. Dek ne seng tukang nyaponi.” (sekarang menyapu mbak. Itu menyapu halaman yang ada bak buat duduk kan bersih. Dia yang suka menyapu)</p>	√			√		√		√	

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					“...engken omong-omongan nyambut teng tamu teng rencange teng sederek ...”(nanti bicara-bicara menyambut ke tamu, ke temannya, ke saudara)						√
		Berfikir Positif	Pernyataan Perasaan Positif		“Perasaane kulo nggeh pun adem.” (perasaan saya ya sudah adem) “...Nggeh namine keluarga nggeh merasa ibah,... kulo niki di arani kesel nggeh mboten....ya namanya orang tua rasa belas kasihan pasti ada.” (ya kalau keluarga ya merasa ibah, saya ini dibilang capek ya tidak)				√		√
		Koping Destruktif	Mendatangi non medis/ Alternatif	Kyai	“...Anu tak ruqiahne neng anu ping piro iku,” (saya ruqiyah di sana berapa kali itu) “...kyai segala macam sudah.”	√					√
				Dukun	“...Nek masalah dukun iki,... halah wes ra karo-karoan.” (kalau masalah duku ini, sudah tidak terhitung) “Digowo nang dukun-dukun endi-endi ndak mangsa.” (dibawa ke dukun-dukun mana saja tidak mempan) “...yo dukun-dukun iku.” (yak e	√			√		

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

				<p>dukun-dukun itu) “...<i>acarane tiang sepuh koyok ngeten berdukun.</i>” (acaranya orang tua seperti ini ya dibawa ke dukun) “...<i>terus seng nangani pertama niku termasuk dukun jowo.</i>” (lalu yang menangani pertama itu termasuk dukun jawa)</p>				√			√
		Overprotektif	Tidak boleh keluar rumah	<p>“<i>ini ndak kemana-mana. Yo gak tau, yo ndak ada yang menyuruh kerja</i>” (ini tidak kemana-mana. Ya tidak pernah, tidak ada yang menyuruh kerja) “Cuman yang di pantau itu masalah keluarnya. Jadi kalau keluar di jaga.”</p>				√			√
			Ditemani setiap saat	<p>“..<i>mulakno aku gak wani ninggal mbak,</i>” (makanya saya tidak berani meninggalkan mbak) “<i>Yo dadi aku tak tunggoni. He'em tak tunggoni</i>” (ya jadi saya temani. Iya saya temani)</p>	√				√		
		Kelalaian Pengawasan Obat	Pemberian yang salah	<p>“<i>anu, ndak minum tak campurno ndek gulo.</i>” (kalau tidak minum saya campurkan dengan gula) “<i>Iki obate bu jane bu sitok nguntale. Tapi areke nek sitok gak</i></p>		√				√	

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					<i>kuat. ...jane yo isuk sore iki. sore tok kate turu.</i> ” (ini obatnya bu, sebenarnya satu minumnya, tapi anaknya kalau satu tidak kuat.... Sebenarnya pagi sore, ini sore aja kalau mau tidur)							
			Tidak rutin/telat meminumkan obat		“ <i>Kadang gek di ombe kadang yo ora.</i> ” (kadang diminum, kadang tidak) “ <i>pirang dino aku gak. Maksute ngendat-ngendat. Areke nek anu keroso</i> ” (beberapa hari tidak, maksudnya putus-putus. Anaknya kerasa obatnya) “ <i>Dadi an sumbok carane minum obat iki ndak rutin iki.</i> ” (jadi, cara minumnya ini tidak rutin) “...telat-telat 2 hari satu hari.”	√		√		√		√
		Perasaan Negatif	Terbebani		“ <i>lek dipikir keselyo kesel, tapi wong jenenge anak.</i> ” (kalau difikir capek ya capek, tapi namanya anak) “ <i>yo tau kesel ngunu. Tak piker maneh yo anak.</i> ” (ya pernah kesal gitu. Saya fikir lagi anak) “ <i>iyo nelongso kok gak mari-mari mulai iko.</i> ” (ya nelangsa kok bisa tidak sembuh-sembuh sejak dulu)	√		√		√		

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					“ngopeni ngopeni niku sok sok <i>kesel</i> ” (merawat-merawat itu ya lama-lama capek)					√	
2.	Proses Strategi Koping keluarga	Tahapan Proses strategi	Situasi awal	Tidak Menyadari Situasi	“...aku yo ora nyongko.” (saya juga tidak menyangka) “awalnya, ya ndak tau,” (awalnya, tidak tahu) “duko awale maune teng mriko niku mbak.” (tidak tahu awalnya dulu di sana itu mbak) “nek asal mulanya podo gak ngerti. Cuman wangsul sudah keadaan ngoten niku.” (kalau asal mulanya tidak ada yang mengerti. Cuman pulang keadaannya sudah seperti itu)	√		√		√	√
			Mencari Bantuan Kurang Tepat	Orang Pintar	“Digowo nang dukun-dukun endi-endi...” (dibawa ke dukun-dukun mana saja) “...mulai guring teko lawang aku entek akeh. Jual-jual-jual, yo dukun-dukun iku...” (mulai sebelum dari lawang saya sudah habis banyak. Jual-jual-jual, ya untuk ke dukun-dukun itu) “Mantun ngoten kiambae dukun mboten kirang-kirang.” (setelah itu, anak ini dibawa ke dukun gak		√		√		√

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

				<p>kurang-kurang) <i>“Jadi juga pertama juga lewat non medis, lewat ya istilahnya ya dukun, kyai segala macam sudah.”</i></p>							√	
			<p>Berada di Keadaan Nol</p>	<p>Kehabisan Harta untuk berobat</p>	<p><i>“...wong aku wes entek-entekan gak enek opo-opo.”</i> (saya sudah habis-habisan tidak punya apapun) <i>“...Sampek entek embeng eh sapi loro nduk.”</i> (sampak habis sapi dua nak) <i>“...mulai gurung teko lawang aku entek akeh.”</i> (sebelum dibawa ke lawang, saya habis banyak) <i>“Sampek entek-entek an corone.wes kehabisan paren punya apa ya habis ndak ada.”</i> (sampai habis-habisan. Sudah kehabisan harta, punya apa ya habis tidak ada) <i>“kan sak ulane niku biyen sekawan atus, lah terus kulo niku kadose niku mpun kulo raosaken kok mboten enten yotro, penghasilan niku dadi kulo beto wangsul.”</i> (kan satu bulannya dulu empat ratus, nah setelah itu sudah saya carikan tidak ada uang. Tidak ada penghasilan jadi saya bawa</p>	√		√		√		√

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					pulang)								
			Bertahan dengan Keadaan	Menjalani Situasi	“...sudah ndak mungkin bisa sembuh mbak. Sudah begitulah”							√	
				Terus Mencari cara menyembuhkan	<p>“ngunu kui awakmu gak nduwe opo-opo duwene omah, opo yo arep mbok dol ne omah? Wes pokoke ngantek mari.” (begitu itu apa kalau kamu sudah tidak punya apapun tinggal rumah, apa ya akan kamu jualkan rumah? Iya pokoknya sampai sembuh)</p> <p>“...Iki nek paribasan enek sing iso ngewarasne njaluk piro ae tak kei.” (ini kalau saja ada yang bisa menyembuhkan minta berapa pun saya berikan)</p> <p>“...ken teng pundi-pundi niku nggeh tasek usaha mawon ngoten.” (disuruh ke mana-mana itu ya masih usaha terus, begitu)</p>	√					√		
3.	Sumber Dukungan Koping Keluarga	Intra-Keluarga	Kerabat	Kerabat Sekitar	<p>“sek pertama iko, ngekei ate budal iko. Duripen. Adike bojoku.” (yang pertama itu, memberi, mau berangkat itu Duripen, adiknya suami saya)</p> <p>“ya itu kan istilahnya bantuan moral. Ya semuanya itu ya membantu. Sanak famili saudara.”</p>		√						√

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

		<i>Public Support</i>	Tetangga	Material	“Nggeh Alhamdulillah diparingi kale tiang. Nggeh beras, gak cuman beras. Uang.” (ya Alhamdulillah diberi sama orang. Ya beras, tidak hanya beras, uang) “...koyok tonggo-tonggo barang begitu ono, ngekei maeman ...” (seperti tetangga-tetangga juga kalau ada memberi makanan)				√						
				Non-material	“Paling yo sing iso nganu nulungi iki , lah omah ijo kui,” (mungkin yang bisa membantu itu, rumah hijau itu)	√									
			Pemerintah/ tokoh Sosial	Jamkesmas	“Cuman kalau masalah bantuan secara medis, memang ada dari pemerintah ada....nggadah jamkesmas gratis niku nggeh” (punya jamkesmas gratis itu ya)										√
				Program Lepas Pasung & Pengobatan	“...maksute oleh bantuan oleh kumpulan pemerintah.” (maksudnya dapat bantuan dari kumpulan pemerintah) “...anu dinas kesehatan moro merene golek wong seng di pasung.” (itu dinas kesehatan datang kesini mencari orang yang di pasung) “...ditulung kale pemerintah		√					√			

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

					<i>dibeto teng lawang niku.</i> (ditolong sama pemerintah dibawa ke lawang itu)						
				Petugas Kesehatan (mantri/bidan)	<i>"Rumiyen dipun tolong kale bu dian niku bidan."</i> (dulu pernah di tolong sama bu dian yang bidan itu)				√		
				Pejabat setempat	<i>"Terus tibakne pak luk gowo wong dinas rene. Pegae kecamatan pak luk."</i> (kemudian ternyata pak lu bawa orang dari dinas kesini. Pak itu pegawai kecamatan) <i>"..akhire di survey golongan kecamatan. Akhire ngunu sak aken."</i> (akhirnya di survey oleh kecamatan. Akhirnya ya begitu, kasihan)			√		√	
4.	Makna yang dirasakan Keluarga	Makna Positif	Ujian/Cobaan dari Tuhan	Ikhlas	<i>"...ikhlas ngoten. Ya artinya ya kita kalau anggap aja itu ujian"</i>						√
				Sabar	<i>"Nek bapak sabar."</i> (kalau bapaknya sabar) <i>"Saya ini sabar, bagaimana merawat orang begini ndak tau, ndak bisa kasar mbak."</i>		√			√	
				Pasrah	<i>"yowes cobaan. Yak opo maneh."</i> (ya sudah cobaan. Ya mau bagaimana lagi) <i>"ya ujian. Terima, paringane gusti"</i>			√			√

