

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Demografi

Kecamatan Kasihan merupakan salah satu kecamatan yang terdapat di Kabupaten Bantul. Batas wilayah Kecamatan Kasihan yaitu sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Sewon, sebelah utara berbatasan dengan Kota Yogyakarta, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Sedayu, Kecamatan Gamping, dan Kecamatan Pajangan, dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Sewon dan Kecamatan Pajangan. Luas wilayah kecamatan kasihan yaitu 3.437,957 Ha² dengan jumlah penduduk 77.261 jiwa, kepadatan penduduk 2.247 jiwa/km², dan memiliki 4 desa/kelurahan yaitu Bangunjiwo, Tirtonirmolo, Tamantirto, dan Ngestiharjo.

B. Karakteristik Partisipan

Lima partisipan (P1, P2, P3, P4, dan P5) yang berpartisipasi dalam penelitian gambaran strategi koping keluarga dalam merawat pasien skizofrenia yaitu keluarga yang merawat pasien skizofrenia dan tinggal langsung satu rumah dengan pasien. Data lima partisipan diambil dari dua wilayah kerja Puskesmas, yaitu Puskesmas Kasihan 1 di Desa Sidorejo Kelurahan Ngestiharjo dengan dua partisipan (P1, dan P2) dan Puskesmas Kasihan 2 di Desa Lemahdadi Kelurahan Bangunjiwo dengan tiga

partisipan (P3, P4, P5), yaitu dengan cara penyeleksian data partisipan ditentukan oleh pihak Puskesmas dengan kriteria yang telah ditentukan oleh peneliti, kemudian oleh peneliti dilakukan survey dengan mencocokkan data yang diperoleh dari Puskesmas dengan data dilapangan. Survey yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2, yaitu di desa Sidorejo Kelurahan Ngestiharjo mengalami ketidakvalidan data partisipan, setelah bertanya kepada kader kesehatan setempat tidak ditemukan data yang cocok dari partisipan sehingga peneliti mencari informasi sendiri kepada kader kesehatan dan pedukuhan desa setempat dalam menentukan partisipan yang telah disesuaikan dengan kriteria partisipan terlebih dahulu sebelum dijadikan partisipan dalam penelitian ini. Kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan partisipan di desa Sidorejo dan desa Lemahdadi sebelum dilakukannya wawancara mendalam.

Usia partisipan bervariasi antara usia 49 tahun sampai 60 tahun. 2 partisipan dari wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 merupakan penduduk asli dari desa Lemahdadi Kelurahan Bangunjiwo Kecamatan Kasihan Bantul. Dan Tiga partisipan dari wilayah kerja Puskesmas Kasihan 2 merupakan penduduk asli desa Sidorejo Kelurahan Ngestiharjo. Semua partisipan tidak memiliki riwayat pendidikan. Pekerjaan enam partisipan

Hasil penyeleksian populasi dari lima partisipan diperoleh 5 keluarga dengan penderita gangguan jiwa berat yaitu Schizofrenia dengan klasifikasi pengalaman merawat bervariasi yaitu sebagai berikut: P1 dengan lama perawatan penderita gangguan jiwa selama 8 tahun, P2 dengan lama perawatan penderita gangguan jiwa selama 5 tahun, P3 dengan lama perawatan penderita gangguan jiwa selama 7 tahun, P4 dengan lama perawatan penderita gangguan jiwa selama 20 tahun, P5 dengan lama perawatan penderita gangguan jiwa selama 5 tahun. Hubungan partisipan dengan klien sebagai berikut: P1 (suami), P2 (adik), P3 (ibu kandung), P4 (ibu kandung), P5 (ibu kandung).

C. Pembahasan

Setelah membaca berulang-ulang hasil transkrip wawancara mendalam peneliti menjelaskan tentang hasil dalam penelitian gambaran strategi koping keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa yang telah dilaksanakan pada lima partisipan yaitu keluarga yang tinggal satu rumah dan berinteraksi langsung dalam merawat penderita gangguan jiwa di wilayah Kecamatan Kasihan Bantul. Pembahasan pada penelitian strategi koping keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa dapat dibagi menjadi dua hal, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Strategi Koping Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia .

Hasil pembahasan penelitian diperoleh data-data yang menunjukkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping yang dilakukan oleh keluarga dalam merawat pasien skizofrenia. Faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

a. Faktor Keuangan (Status Sosial Ekonomi)

Semua partisipan menyatakan bahwa keuangan yang dimiliki keluarga partisipan sangat mempengaruhi partisipan dalam mengatasi masalah. Keuangan sangat menentukan pilihan partisipan dalam pengambilan keputusan sebagai salah satu upaya yang dilakukan keluarga. Seperti ungkapan dari (P4) berikut ini:

“kami ini bukan orang yang mampu mbak, ga punya biaya lebih makanya kami bawa ke pondok rehabilitasi, disana biayanya murah Cuma semampu kami berapa bisa bayarnya, ya se ikhlasnya gitu lah mbak.” (P4)

Dari ungkapan partisipan diatas, menunjukkan bahwa faktor keuangan menjadi faktor yang berpengaruh dalam mengatasi masalah pengobatan. Dalam hal ini, keuangan dapat menjadi sumber koping bagi keluarga yang akan membantu keluarga dalam beradaptasi dengan masalah terutama dalam proses penyembuhan gangguan jiwa. Pasien dari keluarga baik dari keuangannya mencukupi maupun tidak mencukupi akan terus berusaha mencari cara perawatan dan

pengobatan untuk menyembuhkan pasien, minimal dapat mencegah dari kekambuhan penyakit (Stuart dan Sunden, 1996). Bahkan dari faktor keuangan dapat menjadi kendala dan penghambat keluarga dalam mencari pengobatan, terutama keluarga dengan status sosial ekonomi yang rendah dapat menjadi beban keluarga dalam mencari pengobatan, karena dalam kehidupan sehari-hari keluarga merasa kesulitan untuk mencukupi kebutuhannya, ditambah lagi dengan adanya salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

Terbukti dengan pernyataan (P3) yang berasal dari kalangan keluarga tidak mampu.

“dulu pernah mba diobatin ke Pakem tapi malah anak saya ga sembuh-sembuh, tambah biaya nya juga mbak kami nggak mampu bawa anak saya lagi ke Rumah Sakit, ya sudah akhirnya kami rawat dirumah aja mbak, yang penting anak saya sudah nggak ngamuk-ngamuk...” (P3)

Dilihat juga dari status pekerjaannya yang diperoleh dari data lapangan yaitu P3 status pekerjaan ibu rumah tangga, P4 status pekerjaan pedagang keliling, dan P5 status pekerjaan juga buruh, dengan penghasilan tidak tetap. Status sosial ekonomi mengacu pada tingkat pendapatan keluarga dan sumber pendapatan. Ketidakteraturan penghasilan dan pekerjaan dapat menjadi faktor yang berpengaruh bagaimana keluarga dalam pengambilan keputusan terutama dalam

“Bapaknya kerja buruh bangunan, kalo pas ada kerja bangunan ya kerja, kalo pas nggak ada ya nganggur mba dirumah. Semenjak anak saya sakit ini mba saya coba bantu suami dengan jualan sayur matang keliling perumahan sekitar sini. Kalo nggak kayak gitu nggak cukup mba untuk biaya pengobatan, ini aja masih kurang mba..” (P5)

Dari ungkapan partisipan diatas, menunjukkan bahwa suatu keadaan status sosial ekonomi pada garis kemiskinan dalam komponen status sosial masyarakat, sehingga mempengaruhi pula bagaimana pola berfikir untuk mencari suatu usaha dalam proses penyembuhan pasien gangguan jiwa seperti mencari tahu informasi tentang penyakit, gejala-gejala, dan cara pengobatan yang efektif karena keluarga terfokus untuk mencari penghasilan dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Menurut Susana, dkk (2007) menyatakan bahwa survey membuktikan bahwa orang dengan gangguan jiwa berat umumnya tidak mempunyai pekerjaan, kurang pendidikan, dan mempunyai hubungan yang tertutup, serta tidak sedikit yang hidup dalam kemiskinan.

b. Faktor Dukungan Sosial

Dukungan sosial dapat menjadi faktor yang mempengaruhi partisipan untuk mencari pemecahan masalah. Keluarga merasa terbantu dengan adanya lingkungan sosial disekitarnya dan keluarga tidak merasa sendiri dalam menghadapi masalah, sehingga keluarga

sering digunakan oleh keluarga dalam menghadapi masalah dan dipandang sebagai koping yang efektif (Friedman, 1985).

Sesuai dengan ungkapan dari P4 dan P5, dukungan dari keluarga yang memberikan *support system* untuk mencari pertolongan ketika pertama kali partisipan mengetahui adanya salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa.

“ ada saudara adiknya suami saya yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa, dia yang bantu mengarahkan kami harus kemana-mana dan Alhamdulillah keluarga besar juga mendukung, kami selalu diskusi bareng keluarga yang lain.” (P5)

Keluarga besar (*extended family*) dapat menjadi faktor pendukung bagi keluarga dalam memecahkan masalah dengan mencari pengobatan dan informasi akan memudahkan bagi keluarga menemukan solusi yang tepat. Seperti ungkapan (P4) berikut ini:

“ pertama kali diberitahu sama keponakan saya mbak, terus diarahkan kemana-mana, dia juga yang menemani kami mencari bantuan ke kecamatan mengurus Jamkesmas dan Askes, sampai ketempat pondok rehabilitasi di kulonprogo.” (P4)

Disisi lain, peran komponen masyarakat juga dapat menjadi dukungan sosial bagi keluarga. Menurut Houge (1977) dukungan sosial keluarga menjadi peran utama dalam mencari bantuan pertolongan, sehingga keluarga berusaha mencari tahu informasi lebih luas dari lingkungan sosial masyarakat. Seperti ungkapan (P1) dan (P3) keluarga mudah mencari fasilitas bantuan dari pemerintah dalam hal bantuan biaya pengobatan. Seperti ungkapan P3 lebih banyak dibantu oleh lingkungan sosial masyarakat

“ pertama kali dulu Pak RT yang membantu mencari informasi bantuan, dibantu urus surat-surat ke rumah sakit.” (P3).

Model sosial dari Szasz dan Caplan yang dikutip oleh Stuart-Sundeen (1995) mengungkapkan bahwa masyarakat sebagai faktor sosial, sudah diakui pengaruhnya baik terhadap penyebab maupun terhadap proses pemulihan penyembuhan gangguan jiwa. Masyarakat menjadi pusat informasi yang penting terhadap cara atau upaya yang akan dilakukan oleh keluarga, baik keluarga inti maupun keluarga besar dalam mengambil keputusan. Seperti ungkapan (P1) berikut ini:

“dapat bantuan dari pedukuhan desa ini, sama Pak RT dibantu cari Askes dan Jamkesmas untuk tebus obat, dan masyarakat disini juga sudah memaklumi keadaan ibu, sudah paham gitulah mbak, kadang ibu sering diajak sama tetangga-tetangga kalau ada acara hajatan, kumpulan arisan, acara-acara besar di masyarakat.” (P1)

Keluarga akan terbantu dengan adanya support system dari lingkungan masyarakat terhadap proses penyembuhannya. Tidak adanya pandangan negatif atau stigma negatif terhadap penderita gangguan jiwa juga akan mempengaruhi keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa. Sehingga perawatan yang dilakukan oleh keluarga tidak dengan dikucilkan dan dibuang karena keluarga malu dengan adanya salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

Beberapa sumber dukungan sosial yang dapat digunakan keluarga yaitu lingkungan internal keluarga dan lingkungan sosial

lingkungan komunitas keluarga dengan mencari bantuan dan mencari informasi dari keluarga besar atau kerabat dekat. Lingkungan sosial masyarakat lebih mengedepankan hubungan yang kuat antara keluarga dengan lingkungan sosial, seperti tokoh masyarakat, tetangga, sahabat, teman kerja, tenaga medis maupun non medis (dukun, tabib, *orang pintar*).

c. Faktor Keyakinan (Spiritual)

Semua partisipan dari data yang diperoleh menyatakan keyakinan yang kuat kepada Tuhan sebagai sumber coping yang utama. Keyakinan keluarga dapat membantu mengurangi beban mental yang dirasakan oleh keluarga selama merawat, dengan keyakinan terhadap Tuhan menjadikan keluarga merasa tenang dan termotivasi terus untuk melakukan proses penyembuhan, berpasrah diri dengan usaha-usaha yang telah dilakukan oleh keluarga. Seperti ungkapan dari P4 dan P5 lebih mengutamakan nilai kepasrahan diri kepada Tuhan menjadikan mereka lebih tenang dan optimis untuk merawat penderita gangguan jiwa.

"kami cuma bisa berdoa mbak, pasrah aja sama Allah, Dia yang tahu hidup kita tho mbak, insyAllah jadi nilai ibadah kan mbak..." (P4)

Dalam teori religiusitas menunjukkan bahwa semakin kuat komitmen agama klien, lebih mampu mengatasi depresi, nyeri, dan penderitaan (Presman, et al. 1990, Sheril Larson, 1998). Terbukti dari semua partisipan berada pada rentang respon adaptif yaitu keluarga

memandang masalah yang sedang dihadapi pada kasus gangguan jiwa memiliki makna dan nilai-nilai positif, sehingga coping yang dilakukan oleh keluarga juga bernilai positif yaitu dengan mendukung dan terus melakukan upaya penyembuhan pada anggota keluarganya.

Seperti ungkapan (P5) berikut ini:

“apa sih mbak yang bisa kami lakukan kecuali berdoa, pasrah sama Gusti Allah, moga-moga diberi kesabaran dan kekuatan terus sama umur yang panjang untuk merawat anak saya. Alhamdulillah nggak terasa sudah merawat selama 15 tahun. Insyallah Allah lebih tahu dari kita ya mbak, lha anak itu kan titipan dari Gusti Allah tho mbak, ya tinggal dijalani aja lah...insyaAllah jadi tambah nilai ibadah.” (P5)

Ditambahkan pula oleh (P1), (P2) dan (P3) lebih mengutamakan nilai-nilai kesabaran dan keikhlasan atas ujian dan cobaan yang Tuhan berikan kepadanya. Bentuk kesabaran dan keikhlasan keluarga merupakan kekuatan yang dimiliki keluarga dalam mencari pengobatan, karena dalam proses penyembuhan gangguan jiwa tidak hanya sekali dalam pengobatan, tetapi proses penyembuhan gangguan jiwa bersifat berkesinambungan.

d. Faktor Pengetahuan Keluarga

Pengetahuan keluarga terhadap gangguan jiwa merupakan faktor yang paling penting untuk menentukan sikap dan tindakan keluarga dalam membantu proses penyembuhannya. Diawali dari pandangan keluarga tentang pengertian, gejala dan tanda-tanda gangguan jiwa yang dialami oleh salah satu anggota keluarga, sehingga akan

keputusan dalam pengobatannya. Seperti ungkapan dari (P3) ketika diwawancarai mengenai pengetahuan gangguan jiwa.

“nggak tahu mbak apa itu gangguan jiwa, yang saya tahu ya sakit pikirannya gitu lah mbak, orang gila ya mbak susah ngobatinnya. katanya orang-orang itu karena gangguan dedemit gitu lah mbak, terus tak bawa ke pak kiayi ke orang pinter, katanya memang diikuti sama makhluk halus. Jadi kayak gitu mbak sekarang sering ngomong sendiri.” (P3)

Keluarga memandang bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh makhluk halus dan sejenisnya sehingga keluarga akan mencari pengobatan kepada dukun atau paranormal sebagai bentuk proses penyembuhannya. Masih terdapat pandangan yang salah dalam lingkungan keluarga mengenai gangguan jiwa yang biasa disebut dengan stigma. Dalam masyarakat kita, ada beberapa keadaan yang merupakan stigma tersebut (Soewadi, 1997). *Pertama*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa itu disebabkan oleh guna-guna, tempat keramat, roh jahat, setan, sesaji yang salah, kutukan, banyak dosa, pusaka yang keramat, dan kekuatan gaib atau supranatural. *Kedua*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. *Ketiga*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang bukan urusan medis. *Keempat*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang selalu diturunkan.

Pengetahuan keluarga dapat dipengaruhi dari lingkungan sosial

pandangan positif dan pandangan negatif tentang gangguan jiwa juga akan mempengaruhi ruang lingkup keluarga dalam memahami gangguan jiwa. Sehingga akan mempengaruhi pula tindakan yang akan dilakukan oleh keluarga dalam menangani atau merawat penderita gangguan jiwa.

Berbeda dengan partisipan lainnya mengatakan bahwa gangguan jiwa yang diderita karena faktor lingkungan. Sehingga tindakan yang dilakukan juga akan mempengaruhi keluarga. Ungkapan (P4) menunjukkan bahwa kedua partisipan sudah mengetahui tentang gangguan jiwa.

“kalau gangguan jiwa itu setahu saya ya ada yang ga beres dengan pikirannya, terganggu jiwanya gitulah mbak. Penyebabnya macam-macam. Kalau anak saya ini karena lingkungan kerjanya, baru pulang dari kerja itu anak saya jadi diem terus, kalau diajak ngomong jawabnya itu-itu aja, saya tanya tentang kerjanya, malah ngamuk-ngamuk terus sama bapaknya coba menanyakan ke tempat kerjanya ada masalah apa disana, sudah ketemu masalahnya langsung kami bawa ke Pakem mbak..” (P4)

Sesuai dengan Muhani dan Muhana (1997), keluarga yang menganggap klien sakit karena masalah psikologis, pada umumnya meminta bantuan ke tenaga medis atau ke tempat pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah sakit). Jika penyakit klien disebabkan oleh penyebab non psikologis seperti gangguan jin, maka pencarian bantuan

e. Faktor Pola-Pola Komunikasi Keluarga

Komunikasi menunjuk kepada proses tukar menukar perasaan, keinginan, kebutuhan-kebutuhan, opini-opini (McCubbin dan Dahl, 1985). Salah satu tugas utama yang keluarga terima untuk membantu anggota-anggotanya dalam lingkungan yang sehat, yang didalamnya anggota keluarga dapat mengembangkan harga diri yang baik. Komunikasi yang jelas dan fungsional dikalangan keluarga merupakan sarana penting. Sebaliknya komunikasi-komunikasi yang tidak jelas diyakini sebagai sebuah penyebab disfungsinya keluarga. Komunikasi yang fungsional dapat dipandang sebagai kunci bagi sebuah keluarga yang berhasil dan sehat (Sell, 1973).

Sebuah keluarga yang fungsional menggunakan pola-pola komunikasi dengan karakteristik pola-pola interaksi sirkular dari keluarga. Sehingga akan ada umpan balik dengan komunikasi yang terbuka antara satu dengan yang lain. Sehingga dari pola komunikasi yang dibentuk oleh keluarga dapat memudahkan keluarga untuk mengambil keputusan dalam proses penyembuhan. Seperti ungkapan (P4) berikut ini:

“ kami selalu diskusi terus, cari solusi terus bagaimana baiknya, Alhamdulillah sekarang sudah 2 tahun nggak pernah kumat lagi.”
(P4)

Komunikasi merupakan kebutuhan yang paling vital dalam kehidupan sehari-hari. Melalui komunikasi terbuka dan adanya umpan

balik dalam berkomunikasi dapat menjadikan keluarga yang fungsional. Berbeda dengan keluarga yang disfungsional, akan mempersulit bagi keluarga inti dalam berkomunikasi antara satu dengan yang lain. Dalam pengkajian masalah perawatan dalam family health care disebutkan bahwa salah satu faktor masalah dalam keluarga adalah hubungan suami istri yang tegang, hubungan orang tua dan anak yang tegang, serta hubungan antar anggota keluarga tidak harmonis. Hal ini menunjukkan bahwa ada komunikasi yang disfungsional dalam keluarga. Seperti ungkapan (P3) berikut ini:

“ bingung mbak, mau ngomong sama siapa, mau minta tolong ke siapa, keluarga saya pada nggak peduli, ya pada mikir sendiri-sendiri lah mbak dengan urusan sendiri-sendiri.” (P3)

Pola komunikasi yang disfungsional dapat menghambat keluarga dalam berinteraksi satu dengan yang lain. Sesuai dengan ungkapan Sattir (1963,1983) bahwa anggota yang berpusat pada diri sendiri dan tidak dapat mentoleransi perbedaan juga tidak dapat mengenal efek dari pikiran dan perasaan terhadap anggota keluarga yang lain. Hal ini menciptakan suatu iklim ketegangan, ketakutan dan merasa bersalah. Ditegaskan pula bahwa semakin komunikasi keluarga menjadi disfungsional maka keluarga semakin menjadi disfungsional.

Pola komunikasi yang baik dapat memberikan ruang keterbukaan dalam menghadapi masalah. Dalam kasus gangguan jiwa, faktor penghambat dalam komunikasi yang sering muncul adalah merasa

malu dengan adanya salah satu anggota keluarga menderita gangguan jiwa.

2. Strategi Koping Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia

Faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga tersebut dikembangkan untuk mengetahui bagaimana strategi koping yang digunakan keluarga sebagai partisipan dalam merawat pasien skizofrenia. Beberapa usaha atau strategi koping yang digunakan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dapat dibedakan menjadi dua tipe yaitu sebagai berikut:

a. Strategi Koping Keluarga Internal

Adapun hasil dari wawancara yang berkaitan mengenai strategi koping keluarga internal yaitu suatu upaya yang sering dilakukan oleh keluarga dalam lingkungan keluarga itu sendiri dengan mencakup keluarga besar (*extended family*) diperoleh data-data sebagai berikut:

1) Mengandalkan kelompok keluarga

Keluarga lebih mengutamakan sumber-sumber kekuatan internal dengan membuat struktur keluarga yang lebih besar dalam menghadapi masalah yang ada. Hal ini dilakukan oleh keluarga agar keluarga merasa tidak sendiri dalam menghadapinya, merasakan adanya dukungan dari lingkungan keluarga dengan saling memberikan nasehat, saran, serta

informasi yang dibutuhkan. (Burgees, 1979). Seperti ungkapan (P4), keluarga besar ikut serta dalam mencari informasi bantuan untuk setiap masalah yang dihadapi keluarga.

“ ada saudara adiknya suami saya, kebetulan kerja diPakem bantu urusan kami, ngasih arahan-arahan sama kami jadi kami nggak bingung-bingung lagi.” (P4)

Menurut Burgess (1979) dengan mengandalkan kelompok keluarga sangat penting dalam menghadapi situasi-situasi yang penuh dengan stress. Keluarga dihadapkan pada situasi yang sulit dan membutuhkan solusi yang cepat dan tepat dalam menentukan pengobatan sebagai salah satu upaya proses penyembuhannya. Melalui kekuatan internal keluarga besar pula keluarga tidak merasa khawatir terhadap masalah yang dihadapinya. Seperti ungkapan (P5) berikut ini:

“Alhamdulillah mbak, keluarga besar sangat membantu kami. Mencarikan bantuan pengobatan, jadi kami nggak bingung-bingung lagi. Sekarang anak saya sudah di pondok diobatin disana.” (P5)

Sesuai dengan teori yang di ungkapakan oleh Friedman, 2003 bahwa keluarga dalam lingkungan keluarga besar (*extended family*) dapat menjadi sumber koping keluarga yang positif dan dapat membantu keluarga dengan memberikan dukungan keluarga sebagai kemampuan anggota keluarga memberi penguatan antara satu dengan yang lain, dan menciptakan suasana saling memiliki

Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan.

2) Pemaknaan Masalah

Semua partisipan menggunakan strategi koping pengontrolan makna dari masalah yaitu pengontrolan makna dari masalah yang dimaknai sebagai salah satu upaya keluarga dalam memberikan penilaian positif yang telah dialami keluarga. Pearlin dan Schooler (1978) menyatakan keluarga menggunakan strategi koping ini digunakan sebagai mekanisme koping yang efektif karena keluarga cenderung melihat segi positif dari kejadian yang menghasilkan stress. Dalam rentang respon kecemasan, keluarga cenderung berada pada rentang respon adaptif, yaitu menerima keadaan salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Seperti salah satu ungkapan (P4) berikut ini:

“kami yakin kok mbak, meskipun 20 tahun kami merawatnya dan belum sembuh sampai sekarang, semoga dengan jalan ini menjadikan kami lebih dekat sama Allah” (P4).

Adanya faktor keyakinan terhadap Tuhan menjadikan keluarga optimis dan selalu berfikir positif terhadap masalah yang dihadapi. Keluarga memiliki pandangan yang kuat terhadap setiap kejadian dengan dihubungkan nilai-nilai positif dibalik setiap masalah yang dihadapi keluarga. Nilai-nilai ini menjadikan keluarga dan

mempelajari nilai-nilai positif berupa optimis, dan keyakinan yang kuat selama merawat penderita gangguan jiwa.

Keluarga dapat memahami dari setiap aspek positif maupun aspek negatif dari setiap masalah yang dihadapinya terutama dalam merawat penderita gangguan jiwa, sehingga keluarga mudah untuk merubah dan menemukan makna baru dalam proses penyembuhan penderita gangguan jiwa.

3) Pemecahan Masalah Secara Bersama-sama

Menurut Reiss (1981) pemecahan masalah secara bersama-sama dapat digambarkan sebagai situasi dimana keluarga dapat mendiskusikan masalah yang ada secara bersama-sama, dan mengupayakan solusi atau jalan keluar atas dasar logika serta mencapai suatu kesepakatan bersama. Ditambahkan oleh Figley (1989) mengidentifikasi solusi yang berorientasi pada pemecahan masalah sebagai sebuah tipe koping fungsional.

Semua partisipan menggunakan strategi koping ini sebagai salah satu strategi yang sering dilakukan oleh keluarga. Seperti ungkapan dari (P4).

"kami diskusi terus sama keluarga besar kalau anak saya ini kambuh lagi, cari solusi bagaimana baiknya. Kadang mereka membantu masalah hidup masyarakat kalau pas kami nggak punya

Diskusi bersama menunjukkan upaya pemecahan masalah bersama dengan musyawarah yang sering dilakukan keluarga. Sehingga keluarga dengan mudah mendapatkan bantuan dan mudah mendapatkan informasi yang penting terhadap pengambilan keputusan. Adanya faktor pendukung dari lingkungan keluarga besar (*extended family*) dapat menjadikan kekuatan keluarga dalam pemecahan bersama-sama, dimana klien tidak sendiri dalam menentukan keputusan, tetapi keputusan dihasilkan oleh seluruh komponen keluarga.

Ungkapan (P2) yang menunjukkan bahwa diskusi bersama keluarga menjadi strategi yang sering dilakukannya, sebagai berikut:

“ pada awal mbak saya ini sakit, semua keluarga ngumpul disini, kebetulan mbak saya ini paling tua jadi kami adik-adiknya diskusi bersama mencari pengobatan untuk menyembuhkan mbak. karena kebetulan di Puskesmas juga sudah ada obatnya, jadi kami putuskan untuk pengobatannya di puskesmas aja mbak lebih dekat, jadi kami nggak bingung-bingung lagi mikirin biaya.” (P2)

Salah satu manfaat dari adanya diskusi dalam pemecahan bersama-sama dalam keluarga adalah menurunnya tingkat kecemasan keluarga karena sumber informasi lebih lengkap,

4) Pengungkapan Bersama

Pengungkapan bersama yang dilakukan oleh keluarga merupakan suatu cara yang dapat dilakukan untuk membawa keluarga lebih dekat antara satu dengan yang lain, memelihara serta mengatasi stress dan pikiran, ikut serta dalam pengalaman keluarga dan aktivitas-aktivitas keuarga (Olson, et al. 1979).

Dalam membantu proses penyembuhan penderita gangguan jiwa, semua partisipan berupaya melakukan strategi koping pengungkapan bersama dengan menggali setiap perasaan pasien ketika pasien sedang melamun dan merasakan kebingungan sebagai tanda-tanda yang diyakini oleh keluarga akan mengalami kekambuhan penyakitnya. Sehingga yang dilakukan oleh partisipan dalam mengatasi masalah selain dengan selalu mengingatkan untuk minum obat, partisipan juga selalu mengajak berdialog menanyakan perasaannya serta memberikan support dalam bentuk nasihat. Seperti yang diungkapkan oleh (P1):

“kalau ibu nya ini agak bingung-bingung sering melamun, saya coba selalu tanya apa yang dipikirkannya, dari sana saya jadi tahu mbak apa yang ibu nya ini rasakan. terus saya coba kasih masukan mbak, jangan sering melamun, buat kerja apa aja. Yang penting jangan melamun lah mbak.” (P1)

Ungkapan (P1) diatas sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Figley (1989) yaitu bahwa sebuah hubungan rahasia khusus antar pasangan dimana individu berbicara secara intim tentang

mereka sendiri dan persoalan-persoalan mereka terbukti penting bagi kesehatan psikologis pada saat stress. Pengungkapan perasaan dan persoalan-persoalan sangat menguntungkan dan mengurangi ketegangan-ketegangan keluarga. Sehingga terjalin ikatan keluarga yang kuat dan sangat membantu ketika keluarga mengalami trauma karena anggota keluarga sangat membutuhkan dukungan.

Disamping itu, pengungkapan bersama dapat juga dilakukan dengan mengikuti kegiatan-kegiatan dalam waktu luang. Seperti yang diungkapkan oleh (P2) berikut ini:

“saya sering nasehatin mbak saya ini, kalau mau sembuh jangan sering melamun, tapi cari aktivitas dirumah. Terus itu yang kasih pakan ternak setiap hari ya mbak saya ini. Saya sering juga ngajak mbak ipar saya nonton kuda lumping disini kalau pas ada, kebetulan dulu sebelum sakit dia hobi nonton itu” (P2)

Keterlibatan keluarga dan ritual-ritual keluarga yang bermakna dan bernilai bagi keluarga merupakan cara lain bagi keluarga dalam pengungkapan bersama. Ritual-ritual dalam keluarga merupakan proses sosial yang terjadi dan berulang-ulang dalam lingkungan keluarga (Hartman dan Laird, 1983). Dalam hal ini pasien merasakan adanya dukungan untuk sembuh dari lingkungan keluarga, dengan tidak mengucilkan dan membuang nya menjadikan pasien merasa diterima dalam lingkungan

b. Strategi Koping Keluarga Eksternal

Hasil penelitian strategi koping keluarga yang sering digunakan oleh anggota keluarga merupakan upaya positif keluarga dalam mencari bantuan dari lingkungan sekitarnya.

a. Mencari Dukungan Spiritual

Mencari dukungan spiritual keluarga dapat dilakukan dengan melakukan pendekatan kepada Tuhan melalui sholat seperti yang di ungkapkan (P1).

“ saya sudah mencari kemana-mana waktu ibu pergi dari rumah dan saya bawa sholat tahajud mbak tiap malam, zikir, berdoa sama Allah , Alhamdulillah setelah 3 hari ibu pulang dengan sendiri setelah itu mbak saya yakin Allah itu akan nolong orang-orang yang susah” . (P1)

Zikir dan bacaan dalam sholat membuat hati seseorang menjadi tenang, sesuai dengan riset Hawari menyimpulkan bahwa keadaan psikologis yang tenang serta motivasi hidup yang tinggi memiliki kontribusi sampai 50% untuk mendukung kesembuhan pasien yang sakit. Kepercayaan terhadap Tuhan dan berdoa diidentifikasi oleh anggota keluarga sebagai cara yang paling penting bagi keluarga mengatasi suatu stressor (Friedman 1985). Ditambahkan lagi oleh Faran et.all (1989) menyatakan bahwa spiritualitas merupakan komitmen tertinggi individu. Masih dalam pandangan Hawari (1999) mengatakan bahwa shalat mengandung

kekuatan spiritual yang membekitkan rasa percaya diri dan

optimism. Ungkapan (P1) didukung pula oleh ungkapan (P5) sebagai berikut :

“Kami cuma bisa berdoa mbak sama gusti Allah...pasrah dan sabar ajalah mbak....” (P1)

Sabar dan kepasrahan diyakini merupakan salah satu bentuk motivasi dan kekuatan yang dapat dilakukan oleh keluarga ketika menghadapi suatu masalah. Secara psikologis, pengaruh spiritualitas dapat membuat seseorang lebih mampu mengontrol emosinya dengan bersabar. Terbukti oleh (P4) dalam melakukan perawatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa selama 20 tahun lamanya. Seperti ungkapannya sebagai berikut:

“...kuncinya berdoa mbak, sabar dan pasrah sama Gusti Allah. Kami yakin kok mbak, 20 tahun bukan waktu yang lama merawatnya buktinya kami bisa menjalaninya.” (P4)

Cahyadi (1997) mengatakan bahwa sabar merupakan sikap mulia yang diajarkan oleh agama Islam karena diyakini dengan bersabar manusia akan semakin bertambah bersyukur dengan setiap keadaan dan menjadikan mereka kuat dalam menghadapi masalah yang dihadapinya.

b. Mencari Dukungan Sosial

Mencari dukungan sosial yaitu mencari bantuan dari lingkungan sekitarnya, dengan keluarga besar, tokoh masyarakat dan pemerintah sekitar. Seperti ungkapan (P1) dapat bantuan dari nedukuban dan RT sekitar, seperti ungkapan berikut ini :

“ ya mbak....saya cari bantuan dari pedukuhan desa disini dikasih surat pengantar buat ASKES untuk tebus obat, trus dapat bantuan dari bapak RT juga”. (P1)

Menurut Caplan (1974) salah satu sumber dukungan social adanya kouw professional yang bekerja diluar bidang kesehatan, jaringan social dipandang sebagai kelompok yang memberikan jumlah terbanyak pada saat dibutuhkan.

Dukungan social juga dapat diberikan melalui keluarga besar. Seperti ungkapan (P2 dan P5) berikut ini :

“ Ada keluarga adeknya suami saya kebetulan kerja di Pakem, ia yang member arahan ini harus bagaimana dan dibawa kemana...dari sana kami dapat bantuan jadi kami tidak perlu bingung lagi...” (P5).

Salah satu peran keluarga besar adalah membantu keluarga untuk mengkomunikasikan kesulitan-kesulitan pribadi secara bebas, serta keluarga dapat mengungkapkan masalah-masalahnya sehingga mudah diberikan nasehat-nasehat dan bimbingan pribadi (friedman 1985).

D. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian kualitatif ada berbagai macam cara dalam pengambilan data selain dengan tehnik *indeepth interview* ada juga dengan menggunakan tehnik FGD (*focus group discussion*) atau wawancara kelompok focus yang terdiri dari beberapa orang. Tetapi dalam penelitian ini, peneliti hanya menggunakan tehnik *indeepth interview* atau wawancara mendalam saja tidak dilanjutkan dengan wawancara kelompok

fokus sehingga peneliti tidak bisa memperoleh latar belakang informasi partisipan secara umum tentang suatu topik yang diperhatikan, dan tehnik FGD juga bisa mendorong partisipan untuk menemukan ide dan gagasan baru yang kreatif dari partisipan, tetapi peneliti tidak melakukan hal itu sehingga tidak bisa menggali informasi secara mendalam. Dalam pelaksanaan wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti masih terdapat keterbatasan peneliti yaitu kurangnya kemampuan dan keterampilan peneliti dalam berkomunikasi dengan menggunakan bahasa jawa, selain itu kurangnya keahlian peneliti dalam pelaksanaan *interviewing*, sehingga masih banyak pertanyaan-pertanyaan yang bersifat mendalam belum dapat ditanyakan.