

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Wilayah

Puskemas Mlati II yang terletak di Cebongan, Sumberadi, Mlati, Sleman mempunyai lingkup kerja yaitu tiga Kelurahan antara lain: Tlogoadi, Tirtoadi, dan Sumberadi. Puskesmas Mlati II mempunyai visi yaitu terwujudnya Puskesmas terdepan yang dikelola dengan manajemen profesional untuk mendukung tercapainya Sleman sehat. Misi dari Puskemas Mlati II ada empat yaitu memberi pelayanan kesehatan dasar yang bermutu, membina peran serta masyarakat untuk mandiri dibidang kesehatan, berperan dalam pembangunan berwawasan kesehatan, dan mengelola manajemen dan sistem informasi kesehatan secara profesional.

Bentuk pelayanan di Puskemas Mlati II yang dibagi menjadi bentuk pelayanan umum seperti: rawat inap, rawat jalan yang terdiri dari BPU untuk kasus-kasus seperti ISPA, Tipoid, Hipertensi, Gastritis, juga terdapat beberapa poliklinik antarlain: Poli gigi, KIA, KB, dan Unit Gawat Darurat serta pelayanan khusus seperti pelayanan kesehatan jiwa terdapat beberapa jenis pelayanan yaitu pengobatan rutin dan promosi kesehatan jiwa. Pengobatan rutin ini diberikan kepada pasien yang mengalami gangguan jiwa yang sudah diperiksa di RSJ Grasia atau di RSUD Sleman, sehingga pasien dapat melakukan kontrol rutin untuk obat-obatan yang ada di Puskesmas Mlati II.

Sumber daya yang mempunyai keahlian di bidang kesehatan jiwa terdapat satuperawat yang sudah mendapat pelatihan serta pendidikan terkait dengan keperawatan jiwa. Untuk membantu tugas perawat maka dibentuklah kader disetiap Kelurahan yang menjadi lingkup kerja Puskesmas Mlati II. Kader-kader Puskesmas untuk kesehatan jiwa ini dibekali dengan berbagai macam keahlian dalam hal promosi kesehatan. Sebelum melakukan promosi kesehatan para kader diberikan sebuah pelatihan yang dapat membantu mereka dalam menjalankan tugas untuk membentuk sebuah Desa Siaga Sehat Jiwa.

Promosi kesehatan yang dilakukan oleh Kader disetiap desa ini yang diharapkan dapat membantu memantau kondisi pasien gangguan jiwa dan mendeteksi dini tanda-tanda gangguan jiwa agar dapat langsung dirujuk ke Puskesmas Mlati II. Petugas kesehatan jiwa Puskesmas Mlati II juga melakukan kunjungan rumah untuk mengontrol pengobatan yang dilakukan oleh pasien gangguan jiwa, dan menemukan kasus pada pasien gangguan jiwa untuk memantau kondisi pasien serta melakukan *screening* kesehatan jiwa dimasing-masing Kelurahan. Kaderisasi juga menjadi estafet berkelanjutannya kader kesehatan jiwa dimasing-masing kelurahan agar membentuk Sleman yang sehat fisik dan juga jiwa.

B. Hasil

1. Karakteristik Responden dalam Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman

Tabel 1.3 Distribusi dan Frekuensi Karakteristik Responden berdasarkan Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman pada bulan April 2014 (n=25)

Karakteristik responden	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
1. Pekerjaan		
a. Petani	3	12,0%
b. Buruh	7	28,0%
c. PNS	2	8,0%
d. Wirausaha	4	16,0%
e. Lain-lain (IRT)	9	36,0%
2. Usia responden		
a. 20-30	1	4,0%
b. 30-60	17	68,0%
c. 60-65	7	28,0%
3. Pendidikan		
a. Tidak sekolah	5	20,0%
b. SD-SMP	12	48,0%
c. SMA/SMK	5	20,0%
d. D3/S1	3	12,0%
4. Status perkawinan		
a. Menikah	23	98,0%
b. Duda/janda	2	2,0%
5. Hubungan kekerabatan dengan klien		
a. Orang tua	14	56,0%
b. Saudara Kandung	5	20,0%
c. Keponakaan	3	12,0%
d. Lainnya	3	12,0%
6. Jenis kelamin		
a. Laki-laki	10	40,0%
b. Perempuan	15	60,0%

Sumber: data primer dan data sekunder

Berdasarkan tabel 1.3 bahwa karakteristik pekerjaan responden sebagian besar adalah lain-lain yaitu sebagai ibu rumah tangga yang berjumlah 9 orang (36,0%), karena paling banyak dari responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 15 orang (60,0%). Mayoritas dari usia responden berada di usia dewasa menengah yaitu berjumlah 17 orang (68,0%). Responden dalam penelitian ini mayoritas berpendidikan SD-SMP berjumlah 12 orang (48%), status pernikahan dari responden terdapat 23 (98,0%) orang yang sudah menikah. Hubungan kekerabatan responden dengan klien terbanyak adalah orangtua yang berjumlah 14 orang (56,0%).

2. Persepsi Keluarga terhadap Stigma Masyarakat pada Anggota Keluarga

Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman

Tabel 1.4. Distribusi Frekuensi berdasarkan Persepsi Keluarga terhadap Stigma Masyarakat pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman pada bulan April 2014 (n=25)

Variabel Stigma Masyarakat	Frekuensi(f)	Presentasi(%)
Sedang	8	32,0%
Tinggi	17	68,0%

Berdasarkan data yang didapatkan dan dipaparkan dalam tabel diatas menunjukkan bahwa stigma masyarakat atau pandangan negatif terhadap anggota keluarga gangguan jiwa cenderung tinggi yang berjumlah 17 orang (68%).

3. Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman

Tabel 1.5. Distribusi Frekuensi berdasarkan Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman bulan April 2014 (n=25)

Variabel Perilaku Perawatan Keluarga	Frekuensi(f)	Presentasi(%)
Cukup	12	48,0%
Baik	13	52,0%

Berdasarkan data yang didapatkan dan dipaparkan dalam tabel 1.5. bahwa perilaku perawatan keluarga yang diberikan pada anggota keluarga gangguan jiwa oleh responden sudah baik yaitu 52,0 % atau diterapkan oleh 13 responden.

4. Hubungan Persepsi Keluarga terhadap Stigma Masyarakat dengan Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman

Tabel 1.6. Distribusi Frekuensi Hubungan Persepsi Keluarga terhadap Stigma Masyarakat dengan Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman pada bulan April 2014 (n=25)

Perilaku Perawatan Keluarga	Stigma Masyarakat				<i>p value</i>
	Sedang		Tinggi		
	(f)	(%)	(f)	(%)	
Cukup	3	25,0%	9	75,0%	0,069
Baik	5	38,5%	8	61,5%	

Berdasarkan data yang didapatkan dan dijabarkan dari tabel 1.6. bahwa responden memberikan perilaku perawatan yang baik pada anggota keluarga gangguan jiwa walaupun terdapat stigma yang sedang pada masyarakat adalah sebanyak 5 responden (38,5%). Sedangkan untuk stigma yang tinggi pada masyarakat responden yang memberikan perilaku perawatan yang cukup pada anggota keluarga gangguan jiwa walaupun terdapat stigma yang tinggi berjumlah 9 responden (75,0%).

Hasil uji analisis dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji *Spearman-rank* untuk mengetahui hubungan antara persepsi keluarga terhadap stigma masyarakat dengan perilaku perawatan pada anggota keluarga gangguan jiwa. Pada tabel 1.4 menunjukkan bahwa *p* value ($\text{sig}=0,074$), dan untuk nilai $Z = 0.069$, > 005 adalah maka diambil kesimpulan bahwa H_0 diterima yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara stigma masyarakat dengan perilaku perawatan keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman.

C. Pembahasan

1. Karakteristik Responden dalam Perilaku Perawatan pada Anggota

Keluarga Gangguan Jiwa

Berdasarkan analisis dari data yang didapatkan karakteristik responden dalam perilaku perawatan berdasarkan jenis kelamin mayoritas adalah perempuan. Hal tersebut menunjukkan bahwa seorang perempuan

lebih aktif dalam memberikan perawatan untuk anggota keluarganya yang sedang sakit dan lebih mengkhawatirkan kesehatan anggota keluarganya (Nuraenah, 2012). Perempuan mempunyai pengaruh dalam penilaian kesehatan dan tanggung jawab dalam peran kesehatan serta mencari informasi tentang kesehatan sehingga perawatan akan kesehatan anggota keluarganya dapat lebih maksimal.

Berdasarkan usia didominasi oleh usia 30-60 tahun, menurut klasifikasi tahap perkembangan Erikson, usia tersebut berada dalam rentang usia dewasa menengah. Usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun dan semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seorang akan lebih dewasa dan akan dipercaya (Nursalam, 2008). Usia pada rentang dewasa menengah mempunyai kematangan dalam pengalaman, mampu mengambil keputusan, dan mampu untuk memberikan dukungan pada anggota keluarga yang sedang sakit.

Berdasarkan status perkawinan responden sudah menikah, dengan status responden yang sudah menikah yang tinggal dibeda rumah, dan ditambah oleh pekerjaan yang dilakukan oleh keluarga akan membuat seorang dalam anggota keluarga tersebut mempunyai kesibukan dan mengalami kesulitan untuk mengatur dan mengawasi anggota keluarga yang ada dirumah (Nuraneah, 2012). Status pernikahan yang dimiliki responden sebagian besar sudah menikah dan mempunyai anak atau

saudara yang memiliki gangguan jiwa tidak akan membuat mereka mengalami kesulitan untuk tetap mengawasi dan memberikan perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

Berdasarkan tingkat pendidikan mayoritas responden sudah menempuh jenjang pendidikan pada SD sampai SMP. Pendidikan adalah proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, keluarga atau masyarakat, yang dapat mempengaruhi tingkat intelegensi seseorang (Notoadmojo, 2007). Dengan pendidikan yang baik akan membuat sebuah keluarga dapat mengetahui dan menyadari keadaan diri penderita, mengambil keputusan untuk menentukan bagaimana sikap yang sebaiknya diambil agar terhindar dari hal-hal yang tidak diinginkan.

Distribusi pekerjaan responden yang memberikan perilaku perawatan mayoritas adalah ibu rumah tangga. Pekerjaan responden mempengaruhi intensitas dan kualitas perawatan yang diberikan kepada anggota keluarga (Nuraenah, 2012). Pekerjaan sebagai ibu rumah tangga akan lebih berfokus paada memberikan perawatan karena mempunyai banyak waktu luang dibanding dengan yang berkerja. Sehingga nantinya perawatan kesehatan akan lebih berkualitas.

Berdasarkan hubungan responden dengan klien gangguan jiwa mayoritas adalah orang tua. Dukungan internal datang dari keluarga inti

seperti orang tua, dan saudara kandung, selain dukungan internal, keluarga juga memberikan dukungan instrumental dan dukungan emosional dalam melakukan perawatan kesehatan (Friendman,2010). Keluarga akan melakukan pelayanan kesehatan dalam menjalankan fungsi keluarga untuk memberi perawatan anggota keluarga yang sedang sakit.

2. Persepsi Keluarga terhadap Stigma Masyarakat pada Anggota Keluarga yang mengalami Gangguan Jiwa

Berdasarkan analisis dari stigma masyarakat pada anggota gangguan jiwa yang dipersepsikan oleh keluarga mayoritas stigma masyarakat pada gangguan jiwa adalah tinggi yaitu 68%, . Aspek yang paling dominan yang didapatkan dari stigma masyarakat tinggi yang dipersepsikan oleh keluarga adalah sebanyak 75% dari segi sikap yang diberikan dari masyarakat yang berupa diskriminasi, menjudge, dan merendahkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Stigma dapat didefinisikan sebagai suatu proses dinamis yang terbangun dari suatu persepsi dari individu atau masyarakat yang terbentuk dari suatu persepsi yang sudah ada sebelumnya yang menimbulkan suatu pelanggaran terhadap sikap, kepercayaan dan nilai (Tri,2010), sehingga dapat menyebabkan prasangka pemikiran, perilaku atau tindakan untuk pihak pemerintah, masyarakat, pelayanan kesehatan, pemberi kerja, bahkan keluarga sendiri (Castro,2005).

Stigma masyarakat pada gangguan jiwa sebagai sebuah problem yang berdasarkan temuan empiris dan bukti kualitatif menunjukkan bahwa stigma terhadap penyakit mental tetap merajalela di banyak negara dan budaya. Stigma masyarakat merupakan suatu hambatan yang signifikan untuk para penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan yang berhasil, mengurangi peluang dalam hidup, mendapatkan efek yang buruk dari penyakit mental yang mereka derita, dan tidak mendapatkan haknya sebagai seorang manusia (Zeev, *et.all.* 2010)

Stigma yang tinggi dimasyarakat membuat seorang klien dengan gangguan jiwa akan mengalami banyak bentuk diskriminasi yang diberikan dari masyarakat. Menurut Hawari (2001) dalam kaitannya pada penderita skizofrenia, stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita Skizofrenia, hal ini merupakan aib bagi keluarga. Selama bertahun-tahun, banyak bentuk diskriminasi secara bertahap turun temurun dalam masyarakat kita. Penyakit mental masih menghasilkan kesalahpahaman, prasangka, kebingungan, dan ketakutan.

Stigma masyarakat yang tinggi disebabkan karena masih ada pandangan yang negatif pada penderita gangguan jiwa, selain itu juga masyarakat kurang akan pengetahuan serta cenderung tidak mau tahu tentang penyakit gangguan jiwa serta tentang proses perjalanan penyakit pada gangguan jiwa itu sendiri. Stigma di masyarakat akan menyebabkan

seorang dengan gangguan jiwa tidak mempunyai keinginan untuk hidup bersama, bersosialisasi, atau memperkerjakan orang dengan gangguan jiwa (Hoesain, 2008).

Stigma yang tinggi akan membuat masyarakat menjauhi dan melakukan perbedaan sikap dan pandangan kepada seorang dengan gangguan jiwa. Hal tersebut diungkapkan oleh Gunawan (2014) bahwa di Indonesia, banyak penderita gangguan jiwa yang pulih dan kembali hidup normal di masyarakat. Hanya saja, karena adanya diskriminasi oleh masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa, mereka tidak mau mengakuinya dan menyembunyikan rapat rapat hal tersebut. Mereka takut akan efek yang akan timbul seperti *labeling* maupun diskriminasi yang akan mereka dapatkan.

Stigma masyarakat yang tinggi memunculkan berbagai bentuk perilaku yang didapatkan oleh klien dengan gangguan jiwa yang tentunya nanti akan berdampak pada klien itu sendiri, maupun pada keluarga. Bentuk stigma masyarakat antarlain *prejustice*, dan *stereotype*. *Prejustice* menyebabkan respon afektif dan kognitif yang dapat menyebabkan terjadinya diskriminasi dari reaksi perilaku dari masyarakat tentang gangguan jiwa, sedangkan untuk *stereotype* adalah sebuah kepercayaan tindakan *prejustice* yang dapat menyebabkan evaluasi negatif pada orang dengan gangguan jiwa (Corrigan, *et al*, 2009).

Diskriminasi dapat terjadi pada seorang dengan gangguan jiwa berasal dari karakteristik kelompok sosial yang berada di masyarakat, prasangka-prasangka yang disebabkan adanya perbedaan dari sikap dan perilaku dari para penderita gangguan jiwa, menyebabkan masyarakat mempunyai konotasi yang menghukum dan bersikap tidak adil pada penderita gangguan jiwa (Hingsaw, 2006). Diskriminasi dapat menyebabkan adanya ketidakefektifan dalam akses perawatan yang responsif bahkan saat mencari pengobatan dengan keterbatasan dana yang merupakan akibat langsung stigma masyarakat (Jorm,*et.all*, 2006).

Dampak dari stigma yang tinggi di masyarakat selain adanya sikap diskriminasi, *sterotip*, dan *prejustice* stigma juga dapat mempunyai dampak pada keluarga serta individu penderita gangguan jiwa itu sendiri stigmatisasi pada orang yang mengalami gangguan jiwa dapat berdampak pada penanganan gangguan jiwa yang kurang tepat. Penanganan yang kurang tepat dilakukan oleh para paranormal karena menganggap bahwa penyakit gangguan jiwa ini disebabkan akibat dari kutukan atau perbuatan roh-roh jahat, sehingga saat penderita gangguan jiwa dibawa rumah sakit jiwa dalam gangguan jiwa yang berat (Kartini, 2003).

Dampak pada individu khususnya di dalam kehidupan sehari-hari yang mereka dapatkan setelah mereka membaik dari kondisi gangguan jiwanya, akan mengalami kesulitan untuk mencari pekerjaan sebagai wujud dari proses diskriminasi yang dilakukan oleh masyarakat.

Stigmanisasi yang dialami oleh penderita gangguan jiwa juga dilakukan oleh para pemberi kerja, beberapa manager memiliki sedikit pengetahuan tentang penyakit mental atau sebuah program ekuitas karyawan ditempat kerja mereka (Stuart, 2006).

Individu dengan gangguan jiwa yang sudah membaik kondisinya, tentunya sudah mampu kembali dalam rutinitasnya untuk melakukan fungsi dalam kehidupan sosialnya khususnya dalam hal pekerjaan. Beberapa pengusaha menganggap penderita gangguan jiwa tidak mampu untuk bekerja secara produktif, namun hal ini dapat berkurang apabila pengusaha bersedia untuk beradaptasi dan memfasilitasi karyawan yang mempunyai gangguan jiwa (Health Canada, 2002).

Dampak stigma pada keluarga, apabila terdapat anggota keluarga gangguan jiwa juga cenderung lebih menyembunyikan keadaan mereka. Keluarga tidak mencari pengobatan untuk menyembuhkan anggota keluarga gangguan jiwa hal itu disebabkan karena keluarga mereka malu keberadaan penyakit mental dan khawatir bahwa mereka mungkin menghadapi diskriminasi dan prasangka yang signifikan dari tetangga, teman, dan penyedia layanan kesehatan bahkan jiwa jika diagnosis mereka diketahui (Hinshaw, 2005).

Stigma masyarakat yang tinggi akan memunculkan efek-efek negatif dan akan berdampak pada proses kesembuhan dari penderita gangguan jiwa. Diskriminasi, *stereotype*, *labeling* merupakan sebuah

respon emosional dan perilaku yang ditunjukkan oleh masyarakat akibat stigma yang muncul. Masyarakat percaya akan persepsi dan budaya mereka dalam memandang penderita gangguan jiwa, adalah seorang yang melakukan kesalahan yang berakibat pada kutukan dan roh-roh jahat seperti jin, setan yang dapat ditularkan ke keluarga dan merupakan penyakit yang berbahaya.

Dampak dari stigma ini akan membuat penderita gangguan jiwa akan sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal, sulit dalam mendapatkan informasi baik itu tentang proses pengobatan, maupun terkait dengan kehidupan sosial, kesulitan dalam mencari pekerjaan, dan tidak mendapatkan haknya sebagai warga negara seperti hak untuk mengasuh anak, hidup bebas, dan mendapatkan perlakuan yang pantas dari masyarakat. Dampak yang timbul adalah akibat adanya *labeling* pada penderita bahwa mereka sudah tidak mampu sembuh dan hidup normal layaknya manusia pada umumnya.

Masyarakat yang seharusnya dapat menjadi sebuah *social support system* untuk penderita gangguan jiwa dan keluarga, akibat adanya stigma masyarakat yang tinggi, hal tersebut akan mampu menjadi faktor pemicu kekambuhan dari gangguan jiwa karena penderita gangguan jiwa terisolir dari kehidupan sosial masyarakat. Penderita gangguan jiwa membutuhkan peran masyarakat untuk memberikan dukungan agar mampu kembali bersosialisasi dalam kehidupan masyarakat, sehingga penderita gangguan

jiwa mampu pulih dan masyarakat bisa memberikan harapan, kehangatan serta persaudaraan.

3. Perilaku Perawatan Keluarga pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa

Hasil dari analisis penelitian tentang perilaku perawatan keluarga pada anggota keluarga gangguan jiwa, secara umum keluarga mempunyai kualitas perawatan keluarga yang baik. Walaupun dari responden belum memberikan seluruh komponen dalam perilaku perawatan tapi mereka sudah memberikannya sesuai dengan intensitas dan kualitas yang cukup sehingga anggota keluarga dengan gangguan jiwa sudah dapat membaik dari kondisi gangguan jiwanya. Khususnya didalam aspek dukungan emosional sebanyak 76 % responden sudah memberikannya pada anggota keluarga gangguan jiwa.

Keluarga sudah mampu melaksanakan fungsi perawatan keluarga antara lain: mengenal masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan mengenai tindakan yang tepat, merawat anggota keluarga yang mengalami sakit, memodifikasi lingkungan fisik, memberikan pengobatan, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada disekitar lingkungan keluarga. Selain itu terdapat faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan kepada anggota keluarga yang sedang sakit dalam pembahasan ini adalah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu praktek gaya hidup seperti pola diet, tidur dan istirahat,

kebiasaan penggunaan obat, perawatan diri, praktek lingkungan seperti praktek kebersihan diri, dan praktek preventif (Friedman,2010).

Jenis perilaku perawatan pada anggota keluarga gangguan jiwa antara lain pengobatan, pemberian nutrisi yang baik, dukungan keluarga, memenuhi kebutuhan sehari-hari (*activity daily living*), dan mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif (Videback, 2008). Perawatan keluarga adalah tingkat perawatan yang ada dimasyarakat yang difokuskan kepada keluarga sebagai unit satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya mencegah penyakit (Friedman,2010).

Hasil penelitian ini bahwa mayoritas keluarga menunjukkan perilaku perawatan keluarga yang baik, hal tersebut sama seperti penelitian yang dilakukan oleh Nuraenah (2012) bahwa dukungan keluarga yang baik dalam pemberian perawatan keluarga mampu mengurangi beban keluarga dalam memberikan perilaku perawatan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sehingga dapat membantu proses penyembuhan pada anggota keluarga gangguan jiwa.

Perilaku perawatan selain memberikan dukungan keluarga, responden dalam penelitian ini juga memberikan pengobatan. Pemberian pengobatan yang rutin juga dapat mengurangi efek kekambuhan, menurut Hadad (2010), ketidakpatuhan pengobatan antipsikotik merupakan faktor resiko yang terjadi pada gangguan jiwa, sehingga diharapkan perawat

mampu untuk meningkatkan pengetahuan keluarga agar mampu mengenali faktor pencetus dari kekambuhan gangguan jiwa. Peningkatan pengetahuan gangguan jiwa mengenai pemberian pengobatan yang rutin dan faktor pencetus dari kekambuhan gangguan jiwa dapat menggunakan media atau metode pendidikan kesehatan (Agung, 2010).

Nutrisi yang diberikan dari keluarga pada anggota keluarga gangguan jiwa juga dapat mempengaruhi proses kesembuhan dan dapat mengurangi gejala *relaps*, dengan memberikan makanan yang mengandung zinc, asam folat, serta vitamin B₆ dan B₁₂ yang terdapat makanan seperti ikan, sayur-sayuran serta susu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Shaheen dan Karen (2008) terdapat pengurangan jumlah pasien gangguan jiwa sebanyak 22,3 % selama 1 tahun di Los Angles setelah mendapatkan perawatan baik dari segi pengobatan dan meningkatkan nutrisi pada pasien gangguan jiwa, selain itu pasien juga mengalami pengurangan dosis obat.

Keluarga mampu mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif dengan menggunakan terapi perilaku seperti yang diungkapkan oleh Dwi Heppy, *et all.*(2013) dalam penelitiannya bahwa terapi perilaku yang diberikan oleh keluarga pada anggota keluarga gangguan jiwa mampu meningkatkan respon stressor yang positif dan klien dengan gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri pada klien dengan diagnosa medis skizofrenia yang menderita sakit kurang dari 10 tahun, sedangkan

untuk klien dengan skizofrenia yang lebih dari 10 tahun bisa diberikan kombinasi terapi suportif dan swabantu oleh perawat dan keluarga.

Perilaku perawatan keluarga gangguan jiwa tidak hanya memberikan pengobatan dan dukungan akan tetapi juga mempunyai tugas perawatan untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif, serta membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari (*activity daily living*). Keluarga yang mempunyai anggota keluarga gangguan jiwa sudah mempunyai pengalaman dalam perawatan sehingga keluarga mampu memberikan perawatan yang baik pada anggota keluarga, selain itu keluarga juga sudah diberikan pemahaman tentang terapi psikoedukasi pada keluarga.

Perilaku perawatan keluarga yang baik akan membantu anggota keluarga gangguan jiwa untuk sembuh dan pulih dari kondisi gangguan jiwa. Keluarga yang lengkap dan fungsional serta mampu untuk membentuk homeostatis akan dapat meningkatkan ketahanan para anggota keluarga dari gangguan mental dan ketidakstabilan emosi. Dengan iklim yang kondusif, keluarga mampu memberikan perhatian dan perawatan khusus pada anggota keluarga gangguan jiwa.

Keluarga mempunyai fungsi strategi dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidup pada anggota keluarga gangguan jiwa untuk kembali dalam kegiatan sosialnya. Keluarga juga membuat anggota keluarganya untuk lebih termotivasi dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi diri. Dengan keluarga mampu memberikan

dukungan keluarga, pengobatan, nutrisi yang dapat menunjang kesembuhan anggota keluarga gangguan jiwa, membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari, dan merubah perilaku menjadi adaptif maka akan membuat anggota keluarga mampu pulih dari kondisinya.

Perilaku perawatan yang diberikan oleh responden sudah baik, hanya saja belum mencakup semua perilaku perawatan yang harus dipenuhi dan diberikan kepada anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Perawatan yang sudah dipenuhi oleh responden kepada anggota keluarga dengan gangguan jiwa antara lain memberikan pengobatan, memberikan dukungan keluarga baik dukungan emosional, dukungan instrumental, dukungan penilaian, dan dukungan informasional serta memberikan nutrisi yang baik dan membantu memenuhi kebutuhan *adl* akan tetapi untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif belum diterapkan.

4. Hubungan Persepsi Keluarga terhadap Stigma Masyarakat dengan Perilaku Perawatan pada Anggota Keluarga Gangguan Jiwa

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan *spearman-rank* didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara persepsi keluarga terhadap stigma masyarakat dengan perilaku perawatan pada anggota keluarga gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II Kabupaten Sleman.

Berdasarkan analisis bahwa stigma tinggi dimasyarakat yang dipersepsikan oleh keluarga tidak mempengaruhi perawatan yang komperhensif yang diberikan keluarga pada anggota keluarga gangguan

jiwa. Hal tersebut dapat disebabkan karena adanya ketahanan keluarga dan manajemen stress yang baik oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa. Ketahanan keluarga adalah kemampuan keluarga dalam mengelola sumberdaya dan masalah keluarga yang dihadapinya, dalam menghadapi masalah kondisi anggota keluarga gangguan jiwa pada ketahanan psikologis (Euis & Qary, 2005).

Selain terdapat ketahanan keluarga, keluarga cenderung tidak mempedulikan akan stigma yang ada dimasyarakat, yang keluarga ingin lakukan adalah kesembuhan dari anggota keluarga gangguan jiwa. Keluarga melakukan apapun yang akan membuat kondisi anggota keluarga gangguan jiwa lebih baik, baik dari pengobatan, memberikan dukungan keluarga pada anggota keluarga gangguan jiwa, memenuhi *adl*, memenuhi kebutuhan nutrisi.

Manajemen stress dapat terjadi saat adanya hal-hal yang terjadi dalam keluarga dan diantaranya merupakan sumber stress bagi keluarga. Sumber stress atau *stressor* ini adalah masalah keluarga, perkawinan, keuangan, perubahan kondisi kesehatan anggota keluarga, kekerasan dan kehilangan. Saat keluarga mampu mereorientasikan proses perubahan yang terjadi dalam keluarga yang meliputi pembagian peran, komunikasi dan upaya pencarian dukungan. Keluarga dengan manajemen stress dan ketahanan yang baik akan mempunyai koping yang adaptif dalam menghadapi masalah (Euis & Qary,2005).

Menurut Zeev, *et.all* (2010), stigma masyarakat merugikan para penderita gangguan jiwa dengan berbagai macam sikap seperti diskriminasi, stereotip, prasangka negatif yang secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi kehidupan penderita gangguan jiwa baik dari sosial, pekerjaan, dan penyewaan rumah. Masyarakat juga menganggap penyebab dari gangguan jiwa ini adalah ketidaktepatan pola asuh yang diterapkan pada orang tua ke anak (Hinsaw, 2005). Keluarga dengan gangguan jiwa cenderung menyembunyikan kondisi anggota keluarga sehingga pengobatan yang diberikan tidak membuat kondisi anggota keluarga gangguan jiwa menjadi lebih stabil akan pengobatan yang responsif.

Adapun hal yang mempengaruhi hasil penelitian ini adalah karena adanya faktor pengganggu seperti faktor budaya dan *labeling* pada masyarakat tentang stigma pada gangguan jiwa yang tidak dikendalikan peneliti. Stigma yang tinggi dipengaruhi oleh adanya persepsi yang kurang tepat serta pengaruh budaya yang begitu melekat pada sebuah masyarakat. Budaya akan mempengaruhi sikap, kepercayaan, cara berpikir, berperilaku terhadap sesuatu hal, sehingga akan sulit untuk mengubah sikap, dan kepercayaan masyarakat apabila sudah terkait dengan budaya, dalam memandang seorang dengan gangguan jiwa. (Hoesain, 2008).

Menurut Gunawan (2014) bahwa pemulihan gangguan jiwa dapat melalui kebudayaan dan kepercayaan yang ada dimasyarakatnya, apabila

penderita tinggal dilingkungan yang berbeda budaya dalam memandang seorang dengan gangguan jiwa maka penderita akan mengalami kesulitan untuk pulih karena dalam fase pemulihan, penderita gangguan jiwa perlu tetap menjaga agar tidak kembali kambuh, antara lain dengan menghindari rangsangan yang mengganggu, yang sering berbeda antara satu orang dengan lainnya. Penderita juga perlu terus meningkatkan daya tahan kejiwaannya dan meningkatkan kemampuan berpikirnya, kemampuan bergaul, dan kemampuan bekerja.

Stigma tidak hanya dialami oleh penderita dari masyarakat di Indonesia tetapi juga dibelahan dunia lain, namun bentuk manifestasinya sangat beragam tergantung pada budaya setempat. Menurut Weiss et al (2001), membandingkan antara stigma sosial pada gangguan mental di masyarakat tradisional di Bangalore, India, dan di masyarakat modern di London. Penelitian ini menunjukkan bahwa pada masyarakat Bangalore, stigmatisasi memiliki kaitan erat dengan hilangnya harga diri, terganggunya status sosial, dan kesulitan untuk mendapatkan pasangan dalam pernikahan.

Budaya mempengaruhi etiologi penyakit, bahwa kepercayaan pada sistem masyarakat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh campur tangan makhluk-makhluk halus, jin, setan, atau roh tertentu. Pemberian pengobatan pada penderita gangguan jiwa dengan stigma bahwa mereka mengalami penyakit yang berhubungan dengan supranatural yaitu mereka

akan segera diberi pengobatan dengan memanggil dukun atau kyai yang dapat mengusir roh jahat dari tubuh si penderita. Dampak yang ditimbulkan adalah bahwa gangguan jiwa yang terjadi pada penderita tersebut akan semakin parah tanpa pertolongan segera psikiater ataupun psikiatri (Thornicroft,2008).

Terdapat perilaku yang tidak mampu diterima oleh masyarakat pada klien dengan gangguan jiwa, karena hal tersebut tidak sesuai dengan budaya yang selama ini mereka anut dan menunjukkan adanya perilaku yang tidak normal. Menurut Matsumoto (2004), perilaku abnormal dalam pandangan psikologi lintas budaya, perilaku masyarakat yang mempercayai bahwa sebab gangguan jiwa adalah dari roh-roh jahat, jin, dan makhluk lainnya berkaitan erat dengan faktor sosio kultural yang meliputi kepercayaan, tradisi, dan serta nilai atau norma yang berlaku pada suatu masyarakat atau budaya tertentu sebagai suatu sifat khas budaya.

Budaya memberikan *sterotype* ditempat mereka tinggal yang dapat menyebabkan kosekuensi yang negatif pada stigma gangguan jiwa yang spesifik yang dimodifikasi pada pelabelingan seseorang, adanya ancaman *streotype*, dan kesadaran akan adanya stigma (Abdullah & Brown, 2011). Selain mempengaruhi masyarakat, budaya juga mempengaruhi perlakuan perawatan yang diberikan tim kesehatan profesional. Menurut Bailey *et.all* (2011) banyak para pemberi pelayanan perawatan profesional memberikan

stigma, tidak memberikan perawatan medis dan komunikasi yang bisa membuat keadaan dari penderita gangguan jiwa semakin baik.

Alasan dari stigmamanisasi adalah konsisten dari kebudayaan dan pandangan stigma oleh individu yang tinggal bersama penderita gangguan jiwa. Stigma yang muncul menunjukkan adanya hubungan antara kecemasan dan gangguan mood pada seorang yang mengalami keterbatasan, survey menunjukkan dari 16 responden 22,1 % dari 16 negara maju seperti Timur Tengah, Amerika, Eropa, Asia dan dari 11,7 % mendapatkan perlakuan yang memalukan dan diskriminasi pada penderita gangguan jiwa (Alonso *et. all*, 2008).

Labeling merupakan variabel pengganggu yang tidak dapat dikendalikan oleh peneliti. Labeling yang ada dimasyarakat pada klien dengan gangguan jiwa akan membuat berbagai wujud reaksi baik dari perilaku maupun dari emosional. Labeling merupakan suatu perspektif yang lekat pada diri seorang penderita gangguan jiwa yang muncul akibat dari diagnosis yang dia dapatkan, akibat dari penampilannya yang dapat menimbulkan stigma (Corigan,2007).

Labeling pada penderita gangguan jiwa tidak hanya didapatkan dari masyarakat akan tetapi dari pemberi pelayanan kesehatan, pemberi kerja, dan penyewa rumah. Seorang penderita gangguan jiwa yang mendapatkan labeling akan mengalami kesulitan akses dalam perawatan yang optimal

(Druss, *et. all*, 2000). Selain sulit dalam menadapatkan akses perawatan yang optimal, penderita gangguan jiwa juga mendapatkan efek negatif dalam konsep dirinya. Konsep diri adalah segala sesuatu yang diketahui individu tentang dirinya sendiri yang akan membuat persepsi siapa dirinya (Gazzaniaga, *et.all*, 2010).

Konsep diri pada penderita gangguan jiwa dapat terjadi akibat adanya kewaspadaan dalam masyarakat yang muncul akibat stigma sosial yang terjadi, selain itu juga terdapat streotype dan juga diskriminasi, sehingga seseorang dengan gangguan jiwa akan merasa kurang nyaman, dan lebih tertutup pada interaksi sosial akibat adanya labeling yang merupakan salah satu unsur dari stigma tersebut. Labeling juga hadir akibat dari proses koping yang tidak adaptive, akibat dari reaksi negatif yang muncul yang akan berdampak buruk untuk efisiensi diri (Link et all, 2001).

Adanya stigma masyarakat yang tinggi tidak mempengaruhi untuk keluarga memberikan perilaku perawatan yang baik. Dampak dari stigma memang salah satunya adalah kepada keluarga yang menyebabkan mereka tidak mau mencari pertolongan untuk mengobati anggota keluarganya, akan tetapi karena koping yang sudah adaptif dari keluarga dengan menerima keadaan dari anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, hal tersebut bukan menjadi sebuah alasan untuk membuat keadaan anggota keluarga untuk sembuh.

Keluarga tidak mempedulikan pada stigma yang ada dimasyarakat

walaupun keluarga tersebut mendapatkan perlakuan yang diskrimantif dan mendapatkan *labeling* bahwa mereka lah penyebab dari anggota keluarga mengalami gangguan jiwa. Keluarga hanya menginginkan kesembuhan dari anggota keluarga untuk sembuh dengan memberikan perilaku perawatan yang komprehensif kepada mereka baik dalam segi pengobatan, memberikan dukungan instrumental, spiritual, finansial, emosional, dan penilaian, membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari serta memenuhi kebutuhan nutrisi pada anggota keluarga gangguan jiwa.

D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian

Kekuatan dalam penelitian ini adalah belum pernah dilakukan, sehingga dapat diuji untuk keaslian dari penelitian yang diadakan, terkait dengan stigma masyarakat pada gangguan jiwa dan perilaku perawatan khususnya di Wilayah Kerja Puskesmas Mlati II. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini sudah diuji dan mempunyai nilai kesahihan dan keandalan yang cukup untuk mengukur stigma pada masyarakat dan perilaku perawatan pada anggota keluarga gangguan jiwa sebelum kuisioner dibagikan kepada responden. Penggunaan teknik sampling yaitu *total sampling* juga menjadikan kekuatan dalam penelitian ini, dikarenakan semua responden dapat dianalisis dari stigma masyarakat dan perilaku perawatan yang diberikan pada anggota keluarga gangguan jiwa.

Kelemahan dalam penelitian ini adanya faktor penganggu yang tidak dapat dikendalikan oleh peneliti, yang dimana salah satunya adalah komponen

dari stigma yang ada di masyarakat itu sendiri. Saat proses pengumpulan data peneliti juga mengalami kesulitan diakibatkan jumlah sampel yang tidak representatif serta tidak sesuai dengan data yang diberikan oleh pihak Puskesmas Mlati II.