



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERILAKU SPIRITUAL KELUARGA DALAM MERAWAT  
ANGGOTA KELUARGA DENGAN HALUSINASI  
*A GROUNDED THEORY STUDY***

Tesis

**Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**Oleh:**

**HENI DWI WINDARWATI**

**0606037185**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA, 2008**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia



Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I

Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc.

Pembimbing II

Wiwin Wiarsih, SKp, MN.

# LEMBAR ANGGOTA PENGUJI TESIS

Jakarta, Juli 2008

Pembimbing I

Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc.

Pembimbing II

Wiwin Wiarsih, SKp., MN.

Anggota I

Sumiati, SKp., M.Kes

Anggota II

Novy Helena C.D., SKp., MSc

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008

Heni Dwi Windarwati

Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi, A  
*Grounded Theory Study*.

xi + 151 halaman + 10 lampiran

Abstrak

Perilaku spiritual memainkan peran penting dalam strategi koping bagi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Penelitian ini bertujuan untuk menghasilkan teori tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Desain penelitian yang digunakan yaitu *a grounded theory study* dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling*. Partisipan adalah 10 keluarga yang berperan sebagai *caregiver* utama dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Wawancara mendalam digunakan dalam pengumpulan data dengan bentuk pertanyaan semi terstruktur. Hasil wawancara direkam menggunakan *tape recorder*, kemudian dilakukan transkrip verbatim dan dianalisis dengan menggunakan metode Speziale dan Carpenter (2003). Etika penelitian diperhatikan dengan menghormati prinsip *beneficience, confidentiality, protection from discomfort*, dan sukarela. Keabsahan data dijamin dengan memenuhi prinsip reliabilitas, validitas internal, validitas eksternal, dan *construct validity*. Penelitian menghasilkan teori perilaku spiritual keluarga yang terdiri dari tiga elemen utama yaitu input, proses dan output. Elemen input terdiri atas stimulus fokal yaitu klien dengan halusinasi; stimulus kontekstual yaitu latar belakang budaya, intensitas stresor, jumlah stresor, pencapaian tujuan perawatan dan alasan merawat; serta stimulus residual yaitu persepsi keluarga tentang penyakit dan keyakinan diri. Elemen proses terdiri atas empat perilaku spiritual, respon dan makna perilaku spiritual. Empat tahapan perilaku spiritual meliputi *reframing, seeking information, seeking solution* dan *passive appraisal*. Respon perilaku spiritual terdiri atas evaluasi diri, perubahan sikap dan persepsi manfaat obat. Makna perilaku spiritual yang teridentifikasi meliputi perubahan sikap, harapan positif, introspeksi diri, rasionalisasi, dan adanya sumber pendukung. Elemen output menghasilkan lima kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga di rumah yaitu pemanfaatan sumber pendukung, peran dalam merawat, mengenali gejala, memberi perawatan di rumah, dan penggunaan strategi dalam merawat. Penelitian ini menyimpulkan bahwa teori yang dihasilkan dalam penelitian ini menyediakan pengetahuan tentang perilaku spiritual keluarga yang dapat digunakan dalam membangun *a research based practice*.

Kata kunci : perilaku spiritual, keluarga, halusinasi, *grounded theory*  
Daftar Pustaka: 93 ( 1977 - 2007)

**POST GRADUATE NURSING PROGRAM  
PSYCHIATRIC NURSING SPECIALIST PROGRAM  
FACULTY OF NURSING UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2008

Heni Dwi Windarwati

Families' Spiritual Behaviors in Caring For Hallucinated Family's Member: A Grounded Theory Study.

xi + 151 pages + 10 appendixes

**Abstract**

Spiritual behavior plays a significant role in coping strategy for a family whose member suffering from hallucination. The purpose of this study was to build a theory of families' spiritual behavior when caring for hallucinated family's member. A grounded theory study using a purposive sampling method was employed to this study. Ten families whose hallucinated family's member that considered as the main care givers participated in this study. The data were gathered through an in-depth interview technique using a semi structured questionnaires. The interview was taped recorded than verbatim transcribed and analyzed using the Speziale and Carpenter methods (2003). The participant were carefully protected under the ethical principles of beneficence, confidentiality, protection from discomfort and voluntary. The data validity was confirmed with the principles of reliability, internal validity, external validity and construct validity. A theory of spiritual behavior was revealed from this study. The theory had three main elements: input, process, and output. The input element consisted of focal stimulus, namely the client and hallucination; the contextual stimulus, cultural background, stressor intensity, a quantity of stressor, nursing goals achievement, and the reason to care; residual stimulus (family's perception on the diseases and self confidence). The element process included of four stages of spiritual behaviors, and the response and the meaning of the spiritual behaviors. The four stages of spiritual behaviors were namely reframing, seeking information, seeking solution, and passive appraisal. Moreover, the spiritual behaviours comprised of self evaluation, change of attitude, and perception of medical efficacy. It was also identified that the meaning of spiritual validation, and the existence of support system. At last, the output element generated 5 family's capabilities in taking care of the hallucinated family's member such as the care at home, and using strategies in caring. It is concluded that the teory developed from this study provides knowledge of the family's spiritual behaviours that is able to be applied in a research based practice.

**Keywords:** spiritual behavior, family, hallucination, grounded theory

**References:** 93 (1977 – 2007)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada kita sebagai hambanya, sehingga sampai saat ini kita masih bisa melaksanakan apa yang menjadi tanggung jawab sebagai perwujudan dari ibadah yang kita jalankan di muka bumi ini.

Penyusunan hasil penelitian kualitatif berjudul *Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi, A Grounded Theory Study* ini bertujuan untuk media internalisasi mahasiswa dalam memahami ilmu keperawatan dari dimensi spiritual yang dapat dimanfaatkan sebagai dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan terkait dan praktik keperawatan.

Pada Kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada

1. Ibu Dewi Irawati, MA. Phd. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Krisna Yeti, SKp., M.App. Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc. selaku Ketua Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus Pembimbing 1 Penyusunan tesis
4. Ibu Wiwin Wiarsih, SKp., MN. selaku Pembimbing II penyusunan tesis
5. Ibu Herni Susanti, SKp., MN. selaku asisten pembimbing penyusunan tesis sekaligus pengajar kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

6. Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc. selaku pengajar Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
7. Ibu Novy Helena C.D., SKp., MSc. selaku pengajar Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
8. Dinas Kesehatan kota Bogor dan wilayah kelurahan Sindang Barang
9. Seluruh informan yang telah terlibat dalam penelitian ini
10. Seluruh pengajar program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
11. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
12. Rekan-rekan Program Pascasarjana Kekhususan Jiwa Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2006
13. Ibu, bapak dan mertuaku yang selalu memberi dukungan dan doa buatku
14. Suamiku tercinta "Muzamil Kurniawan" dan permata hatiku terkasih "Shatara Belva Maritza" yang selalu memberikan cinta dan kesabaran dalam menemani dan mendukung langkahku
15. Mas eko, mbak diah dan keponakanku tersayang Naila serta adik iparku Retno Yang telah memberikan bimbingan, bantuan dan dukungan dalam penyusunan hasil penelitian ini sehingga dapat selesai tepat waktu.

Akhir kata terima kasih pada semuanya dan kami sadar bahwa hasil penelitian ini masih perlu penyempurnaan lebih lanjut, maka kami berharap masukan, koreksi dan kritik membangun demi kesempurnaan hasil penelitian ini.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar Anggota Penguji Tesis.....	iii
Abstrak Bahasa Indonesia .....	iv
Abstrak Bahasa Inggris .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Lampiran.....	xi
<b>BAB I: PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>B. Rumusan Masalah.....</b>	<b>6</b>
<b>C. Tujuan Penelitian.....</b>	<b>7</b>
a. Tujuan Umum Penelitian.....	7
b. Tujuan Khusus Penelitian.....	7
<b>D. Manfaat Penelitian.....</b>	<b>8</b>
<b>BAB II: TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
<b>A. Halusinasi.....</b>	<b>10</b>
<b>B. Spiritual.....</b>	<b>12</b>
<b>C. Perilaku Spiritual Keluarga Merawat Klien dengan Halusinasi.....</b>	<b>17</b>
<b>D. Landasan Teoritis Intervensi Keperawatan Jiwa .....</b>	<b>25</b>
<b>E. Implikasi Keperawatan Jiwa.....</b>	<b>35</b>
<b>F Kerangka Pikir Penelitian .....</b>	<b>35</b>



<b>BAB III: METODE PENELITIAN.....</b>	<b>37</b>
<b>A. Desain Penelitian .....</b>	<b>37</b>
<b>B. Populasi dan Sampel .....</b>	<b>38</b>
1. Populasi.....	38
2. Sampel.....	38
<b>C. Proses Pengumpulan Data.....</b>	<b>41</b>
1. Tahap Persiapan .....	42
2. Tahap Pelaksanaan.....	47
3. Tahap Penutup.....	49
<b>D. Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>49</b>
1. Tempat Penelitian .....	49
2. Waktu Penelitian.....	50
<b>E. Etika Penelitian .....</b>	<b>51</b>
<b>F. Analisa Data .....</b>	<b>52</b>
<b>G. Keabsahan .....</b>	<b>55</b>
<b>BAB IV: HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>59</b>
<b>A. Gambaran Karakteristik Informan .....</b>	<b>59</b>
<b>B. Penyusunan Konsep .....</b>	<b>60</b>
<b>C. Model Teori Perilaku Spiritual.....</b>	<b>95</b>
<b>BAB V: PEMBAHASAN.....</b>	<b>106</b>
<b>A. Pembahasan Hasil Penelitian.....</b>	<b>106</b>
<b>B. Keterbatasan Penelitian.....</b>	<b>132</b>
<b>C. Implikasi Hasil Penelitian .....</b>	<b>134</b>
<b>BAB VI: SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>141</b>
<b>A. Simpulan .....</b>	<b>141</b>
<b>B. Saran.....</b>	<b>142</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>145</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Perilaku Spiritual pada Laki-Laki Penderita Kanker Prostat	24
Gambar 2.2	Kerangka Pikir	36
Gambar 4.1	Model Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi	98
Gambar 4.2	Model Konseptual Adaptasi Roy	101
Gambar 4.3	Model Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi dengan mengadopsi Model Konseptual Adaptasi Roy	103

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Ijin Penelitian
- Lampiran 2 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Informan
- Lampiran 4 Instrumen Wawancara Semi-Terstruktur
- Lampiran 5 Instrumen *Field Note*
- Lampiran 6 Instrumen *Self Report*
- Lampiran 7 Karakteristik Informan
- Lampiran 8 Contoh Transkrip Wawancara
- Lampiran 9 Kisi-Tema
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Insiden masalah kesehatan jiwa di Indonesia meningkat sangat tajam. Di Indonesia diperkirakan satu sampai dua penduduk atau sekitar dua sampai empat juta jiwa akan mengalami gangguan jiwa. Hasil Survei Kesehatan Mental Rumah Tangga (SKMRT) tahun 1995 menyebutkan prevalensi gangguan jiwa per 1000 anggota keluarga pada usia 5-14 tahun sebanyak 104 orang, sedangkan usia diatas 15 tahun sebanyak 140. Fakta ini didukung oleh data yang mengidentifikasi bahwa sekitar 12-16 persen atau 26 juta dari total populasi Indonesia mengalami gejala-gejala gangguan jiwa (Maramis, 2006). Himpitan beban ekonomi yang semakin berat ditengarai menjadi penyebab utama meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa (Sukandar, 2005).

Tahun 2004 angka gangguan jiwa orang dewasa 18,5% dari jumlah penduduk (Media Indonesia, 2005). Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Media Indonesia, satu dari lima orang dewasa mengalami gangguan jiwa atau satu dari anggota keluarga mengalami gejala-gejala gangguan jiwa (Media Indonesia, 2005). Departemen Kesehatan (2005) menyebutkan 20% penduduk dewasa Indonesia saat ini menderita gangguan jiwa.

Penelitian terakhir di Jawa Barat tahun 2002 (*point prevalence-unpublished*) ditemukan 36% pasien yang berobat ke Puskesmas mengalami gangguan kesehatan jiwa (Hidayat, 2007). Di Jawa Barat sebanyak 27% dari jumlah penduduk terindikasi mengalami gangguan jiwa dari tingkat rendah sampai tinggi (Dep.Kes, 2005). Dengan perhitungan jumlah penduduk Jawa Barat saat ini yang mencapai 40 juta, maka sekitar 12 juta diantaranya pernah mengalami gangguan jiwa. Jika kita analisa angka gangguan jiwa di Jawa Barat melampaui jumlah gangguan jiwa secara nasional.

Hasil pelaksanaan kegiatan praktek residensi dan aplikasi spesialis jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dilakukan sejak tahun 2006-2007 di wilayah Kelurahan Sindang Barang Kabupaten Bogor, Jawa Barat mengidentifikasi kasus gangguan jiwa komunitas sebanyak 83 jiwa dan kasus psikososial sebanyak 685 jiwa dari 2509 jiwa yang ada. Dengan kata lain angka prevalensi gangguan jiwa di Kelurahan Sindang Barang adalah sekitar 31%. Dari data baik secara nasional maupun regional tersebut menunjukkan bahwa kasus gangguan jiwa di Indonesia berkisar antara 20-35% atau dari 10 orang, 2 sampai 3 orang akan teridentifikasi mengalami gangguan jiwa. Salah satu kasus gangguan jiwa yang banyak ditemukan di Kelurahan Sindang Barang Bogor adalah halusinasi.

Gejala gangguan halusinasi ini sering ditunjukkan dengan adanya perubahan perilaku seperti sering tertawa sendiri, mendengar sesuatu, dan berbicara sendiri. Perubahan lain yang terjadi adalah penurunan kemampuan memecahkan masalah,

orientasi waktu, tempat dan orang, gelisah serta perubahan fungsi sensoris (Stuart & Laraia, 2005; NANDA, 2005).

Adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi akan menjadi stresor tersendiri bagi setiap anggota keluarga dan keluarga sebagai suatu sistem. Hal ini diperberat masih banyaknya stigma yang berkembang di masyarakat terhadap individu yang mengalami halusinasi. Penurunan kemampuan terutama kognitif dan psikomotor pada klien dengan halusinasi juga merupakan konsekuensi yang harus dihadapi oleh keluarga sebagai beban, keputusan dan stresor yang berat dalam membantu mengontrol perilaku halusinasi yang ditunjukkan oleh klien. Tingkat keberhasilan klien dalam mengontrol halusinasi yang rendah menyebabkan setiap anggota keluarga akan dihadapkan kepada kemampuan dan konsekuensi dalam merespons semua stresor yang terjadi, karena keluarga merupakan salah satu sumber sistem pendukung bagi klien (Stuart & Laraia, 2005). Semua pilihan tersebut tergantung pada mekanisme koping individu, kemampuan untuk berubah dan keterampilan yang dimiliki anggota keluarga untuk mempertahankan keseimbangan hidup.

Dampak halusinasi bagi keluarga sangat luas. Maramis (2006) menyebutkan bahwa halusinasi dapat menyebabkan beban gangguan yang bersifat kronis atau hilangnya waktu produktif terhadap keluarga yang merawat. Menurut Mavin dan Stephen (2002) dampak lain halusinasi terhadap keluarga adalah tingkat ketergantungan dan relaps yang tinggi. Brandy dan McCain (2004) menjelaskan bahwa halusinasi dapat menyebabkan keluarga dihadapkan pada rasa bosan, ketakutan, dan rasa malu. Dampak lain yang dapat diidentifikasi adalah perasaan tidak berdaya dan stres berat

dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Gangguan emosional, sosial dan finansial merupakan konsekuensi yang harus dihadapi oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Hasil studi Bank Dunia (2001) menunjukkan, *global burden of disease* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1 persen jauh lebih tinggi dari tuberkulosis (7,2 %), kanker (5,8 %), dan penyakit jantung (4,4%) (Siswono, 2001). Berbagai dampak negatif yang dihadapi oleh keluarga akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat termasuk didalamnya perilaku spiritual keluarga dalam rangka mempertahankan keseimbangan hidup.

Keseimbangan hidup dapat diartikan sebagai interaksi antara variabel fisik, psikologis, sosial dan spiritual di setiap kehidupan kita untuk menjaga perasaan yang sehat dan keyakinan dalam kehidupan yang sehat (Carson, 2000). Keseimbangan hidup dalam keluarga tidak dapat dilepaskan dari lima peran keluarga dalam mencapai kesehatan keluarga yaitu bertanggung jawab terhadap kebutuhan setiap anggota keluarga, kemampuan coping dalam menghadapi permasalahan dan stresor kehidupan, kemampuan menyelesaikan tugas keluarga dengan pembagian beban tugas yang sama, mendorong interaksi setiap anggota keluarga dan dalam masyarakat dan mendukung pelaksanaan kesehatan anggota keluarga secara positif (Anderson & Tomlinson, 1992 dalam Mohr, 2006).

Salah satu komponen penting dari keseimbangan hidup adalah dimensi spiritual. Makna spiritual dapat dijelaskan secara luas yaitu melalui pendekatan horisontal dan vertikal (Dobratz, 2005). Komponen vertikal lebih digambarkan sebagai hubungan antara manusia dengan sesuatu yang ada diluar manusia yaitu Tuhan atau kekuatan

yang maha tinggi. Komponen horisontal lebih menekankan pada hubungan antar sesama manusia. NANDA (2005) memiliki kesamaan dalam menjelaskan makna spiritual dengan pendekatan horisontal dan vertikal. Perbedaan terletak pada komponen horisontal dimana NANDA bukan hanya hubungan dengan sesama manusia tetapi juga menekankan pada hubungan dengan alam dan kreatifitas.

Beberapa penelitian tentang dimensi spiritual telah dilakukan. Ahmadi (2006) meneliti tentang budaya, religi dan coping spiritual pada pasien yang mengalami kanker. Salah satu hasil penelitian yang dilakukan oleh Ahmadi (2006) menjelaskan bahwa seseorang yang mengalami stresor yang berat akan mencari kenyamanan dan kekuatan dari Tuhan dan memberikan cinta kepada sesama. Penelitian lain tentang spiritual dan pemilihan treatment pada wanita Asia Timur dan Selatan yang menderita gangguan jiwa berat menyebutkan bahwa proses pemilihan spiritual terdiri atas tiga tahapan yaitu pertama, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap stresor; kedua, mengeksplorasi sumber dan strategi spiritual serta ketiga, hidup dengan pilihannya (Chiu, et al., 2005). Sullivan dan Walton (2004) mengidentifikasi perilaku spiritual individu yang mengalami kanker prostat yang terdiri atas empat fase. Fase pertama adalah menemukan kanker yaitu partisipan syok ketika didiagnosa mengalami kanker. Fase kedua memilih perawatan. Fase ketiga adalah membina rasa percaya. Fase keempat adalah hidup dengan kanker dari waktu ke waktu.

Namun peneliti belum menemukan hasil penelitian yang membahas tentang perilaku spiritual pada keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa khususnya



halusinasi. Hal tersebut didukung oleh Swinton (2001) yang menyatakan bahwa spiritual merupakan salah satu dimensi yang sering diabaikan dalam asuhan keperawatan jiwa holistik. Fakta tentang kurangnya penelitian yang membahas tentang aspek spiritual terhadap keluarga sebagai sistem pendukung anggota keluarga yang mengalami halusinasi merupakan tantangan bagi perawat spesialis jiwa untuk mengembangkan dasar teoritis dalam memberikan pelayanan keperawatan yang adekuat sampai pada tingkatan keluarga dan masyarakat

Studi tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi akan menggali tentang perilaku dan interaksi manusia baik dalam bentuk verbal dan non verbal. Subjektifitas informan akan dihargai sebagai data yang perlu untuk diinterpretasikan secara mendalam. Berdasarkan hal tersebut studi kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* digunakan untuk memahami perilaku spiritual keluarga. Perilaku spiritual keluarga merupakan salah satu bentuk pola perilaku yang didasarkan pada proses sosial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Studi *grounded theory* ini bertujuan untuk mengembangkan teori dengan memahami bagaimana perilaku spiritual keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi, dan menjelaskan bagaimana pengaruhnya terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

## **B. Rumusan Masalah**

Klien dengan halusinasi memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Dampak tingkat ketergantungan klien dengan halusinasi terutama pada halusinasi kronis yang tinggi akan mempengaruhi sistem keluarga. Keluarga akan dihadapkan

pada rasa bosan dan keputusasaan akibat tingkat keberhasilan keluarga yang rendah dalam membantu klien mengontrol halusinasi dan menghadapi relaps yang tinggi. Dampak negatif ini akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi termasuk perilaku spiritual keluarga.

Perilaku spiritual memainkan peran penting bagi keluarga dalam memberikan perawatan kepada klien dengan halusinasi di rumah. Namun belum ada penelitian spesifik mengarah penjelasan yang mendalam tentang teori bagaimana perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah sebagai dasar bagi perawat dalam mengembangkan intervensi keperawatan jiwa komunitas yang holistik. Oleh karena itu dalam penelitian ini, dikemukakan pertanyaan penelitian **“Bagaimanakah perilaku spiritual keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di rumah”**.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan teori tentang bagaimana perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah di Kabupaten Bogor.

#### **2. Tujuan Khusus Penelitian**

Tujuan khusus penelitian ini adalah

- a. teridentifikasinya teori atau kategori perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah; proses perilaku spiritual yang terjadi meliputi: tahapan perilaku spiritual, respon perilaku spiritual yang biasa digunakan oleh keluarga dalam menghadapi anggota keluarga dengan halusinasi, dan makna perilaku spiritual yang biasa dirasakan dalam menghadapi anggota keluarga dengan halusinasi;
- b. teridentifikasinya konsep tentang faktor-faktor lain yang berkontribusi terhadap perilaku spiritual keluarga;
- c. teridentifikasinya konsep tentang bagaimana pengaruh perilaku spiritual terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

### **C. Manfaat Penelitian**

#### **1. Perkembangan Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa**

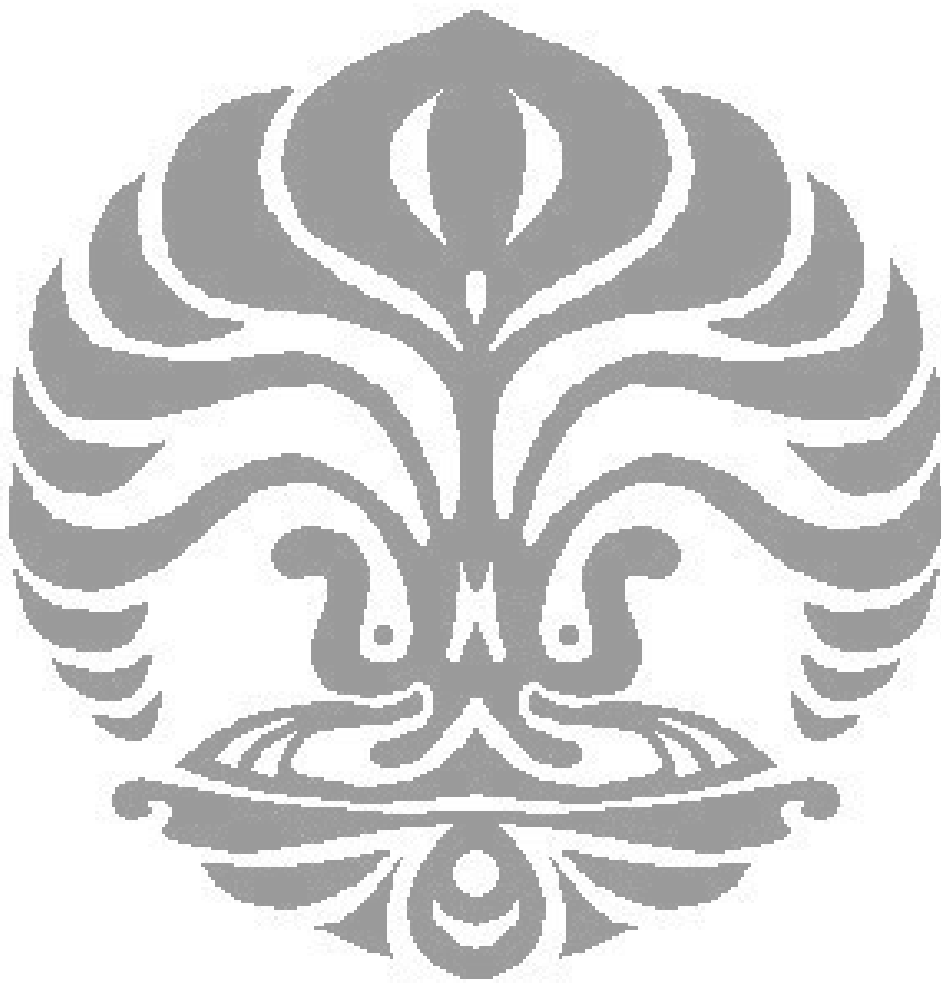
Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai dasar pengembangan model keperawatan jiwa keluarga dengan menghasilkan konsep perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Pada penelitian ini akan diperoleh gambaran teori tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah. Konsep tersebut dapat menjadi salah satu masukan guna pengembangan model keperawatan jiwa komunitas yang sesuai dengan situasi dan kondisi di Indonesia.

## **2. Perkembangan Pelayanan keperawatan**

Konsep yang dihasilkan akan mendasari pengembangan model intervensi keperawatan jiwa komunitas terutama dalam dimensi spiritual. Pemahaman tentang teori perilaku spiritual melandasi penyusunan asuhan keperawatan jiwa keluarga dan pengembangan terapi-terapi spesialis jiwa keluarga khususnya dimensi spiritual

## **3. Perkembangan Riset Keperawatan**

Manfaat lain penelitian ini adalah sebagai dasar pengembangan riset keperawatan. Studi ini akan menghasilkan wawasan tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi sebagai dasar pengembangan terapi-terapi spesialis keperawatan jiwa di tatanan keluarga dan komunitas. Pengembangan riset keperawatan yang dilakukan akan meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dan memenuhi kebutuhan spiritual terhadap keluarga yang merawat klien dengan halusinasi.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Halusinasi

Halusinasi digambarkan sebagai suatu gangguan yang dialami oleh klien yang ditandai dengan perubahan sensori persepsi terhadap suatu rangsangan yang tidak nyata dari lingkungan (Carson, 2000). NANDA (2005) menggambarkan karakteristik individu yang mengalami halusinasi meliputi konsentrasi buruk; adanya distorsi pendengaran; perubahan respon terhadap stimulus; gelisah; melaporkan atau menunjukkan perubahan sensori; iritabiliti; disorientasi waktu, tempat, dan orang; perubahan kemampuan pemecahan masalah; perubahan perilaku; serta perubahan pola komunikasi.

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan tujuh tipe halusinasi yaitu: (1) halusinasi pendengaran, klien seolah-olah mendengar suara yang sebenarnya tidak ada; (2) halusinasi visual, adalah stimulus penglihatan yang menyebabkan klien seolah-olah melihat sesuatu yang pada kenyataannya tidak ada; (3) halusinasi penciuman, dikarakteristikan klien mencium bau busuk dan bau anyir seperti bau darah; (4) halusinasi pengecapan, seakan-akan klien merasakan sesuatu seperti rasa darah; (5) halusinasi taktil, pengalaman nyeri dan ketidaknyamanan tanpa adanya stimulus; (6) halusinasi sinestetik, dikarakteristikan dengan ungkapan klien yang menyatakan merasakan kerja fungsi tubuh seperti darah yang mengalir dalam tubuh atau perjalanan makanan dalam rongga pencernaan; dan (7) halusinasi kinestetik, adalah

perasaan klien yang merasakan pergerakan alam meskipun pergerakan tersebut tidak ada. Dari tujuh tipe halusinasi tersebut halusinasi yang sering muncul adalah halusinasi pendengaran (Varcarolis, 2000). Pendapat Varcarolis (2000) diperkuat oleh temuan data di Rumah Sakit Jiwa Bogor dan Kelurahan Sindang Barang dimana peneliti paling banyak menemukan halusinasi pendengaran dan penglihatan.

Proses halusinasi terjadi dalam empat tahapan (Stuart & Laraia, 2005). Tahap pertama dirasakan oleh klien sebagai pengalaman yang memberi rasa nyaman. Perilaku yang sering ditampilkan pada tahap pertama halusinasi ini adalah tersenyum/ tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respons verbal lambat, diam dan berkonsentrasi. Tahap kedua disebut menyalahkan. Pada tahap ini dikarakteristikan sebagai pengalaman sensori yang menakutkan, mulai kehilangan kontrol, merasa dilecehkan oleh pengalaman sensori dan menarik diri. Tahap ketiga adalah mengontrol. Perilaku yang ditampilkan pada tahap ini adalah perintah halusinasi dituruti, sulit berhubungan dengan orang lain, dan rentang perhatian hanya beberapa detik. Tahap terakhir atau keempat adalah menguasai. Perilaku yang sering dimunculkan pada tahap ini adalah perilaku panik, perilaku mencederai diri atau orang lain dan potensial bunuh diri. Dari keempat tahapan tersebut jika kita analisa lebih jauh dari segi akibat yang ditimbulkan, tahap ketiga dan keempat merupakan tahapan yang dapat menimbulkan kecemasan tinggi bagi keluarga yang merawat.

Klien dengan halusinasi memiliki kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Individu akan mengalami ketidakmampuan mengambil keputusan dalam

kehidupannya. Klien menjadi sering bingung terhadap kondisi yang dihadapi sehingga dapat berpengaruh terhadap kualitas kehidupan individu. Individu dengan tahapan akhir halusinasi akan mengalami ketergantungan total dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan memerlukan cinta yang besar dari keluarga (Lukenset, et al., 1999).

Ketergantungan total anggota keluarga yang mengalami halusinasi akan berdampak kepada keluarga sebagai pemberi perawatan di rumah. Keluarga akan dihadapkan pada rasa bosan dan putus asa karena merawat klien dengan tingkatan relaps yang tinggi (Barker, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Saunder (1999) mengidentifikasi adanya distres psikologis pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi yang merupakan faktor penting dalam tingkat keberfungsian sistem keluarga. Teschinsky (2000) menjelaskan bahwa keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi akan mengalami reaksi emosi terhadap gangguan dan stigma sosial yang ditimbulkan karena halusinasi. Konsekuensi lain yang dapat dirasakan keluarga adalah isolasi sosial akibat stigma terhadap penderita halusinasi, frustrasi dan beban finansial terutama dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan jiwa. Dampak lain yang tidak kalah penting adalah ketegangan hidup yang berkontribusi menyebabkan distres spiritual yang diakibatkan keputusan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi (Stuart & Laraia, 2005).

## **B. Spiritual**

Manusia sebagai makhluk yang utuh atau holistik memiliki kebutuhan yang kompleks yaitu kebutuhan biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual. Spiritual



digambarkan sebagai pengalaman seseorang atau keyakinan seseorang, dan merupakan bagian dari kekuatan yang ada pada diri seseorang dalam memaknai kehidupannya. Spiritual juga digambarkan sebagai pencarian individu untuk mencari makna (Bown & Williams, 1993). Dyson, Cobb, dan Forman (1997) menyatakan bahwa spiritual menggabungkan perasaan dari hubungan dengan dirinya sendiri, dengan orang lain dan dengan kekuatan yang lebih tinggi. Pengertian lain tentang spiritual sering dihubungkan dengan keyakinan terhadap kekuatan yang lebih besar dari diri manusia, sistem etik, tujuan hidup, kemampuan memaafkan, bersyukur dalam kehidupan, kemampuan untuk menemukan makna penderitaan, percaya pada Tuhan dan keyakinan (Emmons, 1999; Hatch, Burg, Naberhaus, & Hellmich, 1998). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, spiritual diartikan sebagai sesuatu yang berhubungan dengan atau bersifat kejiwaan (rohani, batin) (Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional, 2008). Dengan demikian dapat kita simpulkan bahwa spiritual merupakan upaya seseorang untuk memaknai setiap kejadian dalam kehidupannya yang ditunjukkan dalam hubungan secara batiniah dengan Tuhan, sesama manusia, lingkungan, alam dan penggunaan kreatifitas diri. Secara sederhana dapat kita simpulkan bahwa spiritual adalah kegiatan rohani atau religius seseorang baik berhubungan dengan Tuhan, manusia, lingkungan, alam dan semangat hidup dalam rangka memaknai kehidupannya.

Perkembangan spiritual seseorang menurut Westerhoff (1998) dibagi dalam empat tingkatan berdasarkan kategori umur, yaitu

## 1. Usia Anak-Anak

Usia anak-anak merupakan tahap perkembangan kepercayaan berdasarkan pengalaman. Perilaku yang didapat antara lain adalah adanya pengalaman dari interaksi dengan orang lain dengan keyakinan atau kepercayaan yang dianut. Pada masa ini, anak belum mempunyai pemahaman salah atau benar. Kepercayaan atau keyakinan yang ada pada masa ini hanya mengikuti atau meniru orang lain. Contoh, seorang anak perempuan yang meniru menggunakan mukena ketika ibu melaksanakan sholat atau berdoa sebelum makan dan tidur. Pada masa anak-anak kegiatan keagamaan dilakukan tanpa bermakna buat dirinya, anak-anak hanya melakukan karena mencontoh perilaku orang di sekitarnya. Anak pada tahapan ini mulai bertanya tentang pencipta, arti berdoa dan mencari jawaban tentang kegiatan keagamaan yang dilakukan.

## 2. Usia Remaja Akhir

Usia remaja akhir merupakan tahap perkembangan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif dalam kegiatan keagamaan. Pengalaman membuat remaja semakin merasa memiliki dan berarti dengan keyakinannya. Perkembangan spiritual pada masa ini sudah mulai pada keinginan pada pencapaian kebutuhan spiritual seperti berdoa dan sholat untuk mendapatkan pertolongan melalui keyakinan atau kepercayaannya. Contoh kegiatan yang sering dilakukan pada tahapan ini adalah perkumpulan remaja masjid, perkumpulan kegiatan gereja dan lain sebagainya.

### 3. Usia Dewasa Awal

Usia dewasa awal merupakan masa pencarian kepercayaan dini, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang tepat untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional dan keyakinan atau kepercayaan terus dikaitkan dengan rasional. Segala pertanyaan tentang kepercayaan harus dapat dijawab secara rasional. Kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini adalah penelusuran kebenaran salah satunya dengan membedah pemahaman kitab suci untuk mendapatkan kebenaran yang rasional. Seseorang pada tahapan ini mencari keyakinan yang mampu memberikan makna dalam kehidupannya. Perubahan keyakinan sangat mungkin terjadi pada tahapan ini karena tahapan ini merupakan tahapan pencarian identitas spiritual. Pencarian kebenaran spiritual untuk memaknai kehidupan berkontribusi terhadap pembentukan jati diri seseorang.

### 4. Usia Dewasa Menengah

Usia dewasa menengah merupakan tingkatan kepercayaan dari diri sendiri. Perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti dan memahami kepercayaan dirinya. Pada tahapan ini seseorang tidak akan mudah berganti keyakinan. Deviasi pada tahapan ini adalah mudahnya seseorang berganti keyakinan akibat ketidakmampuan seseorang memahami makna keyakinan bagi dirinya sendiri.

Kelebihan perkembangan spiritual menurut Westerhoff (1998) adalah telah membagi tahapan perkembangan berdasarkan usia; yaitu: usia anak-anak, remaja akhir, dewasa awal dan dewasa menengah; dan menjelaskan pencapaian pada masing-masing tahapan. Namun sayangnya Westerhoff tidak mengidentifikasi rentang usia pada setiap tahapan perkembangan. Kelemahan lain yang ditemukan adalah pembagian tahapan usia yang tidak menyebutkan usia remaja dan dewasa akhir. Selain itu Westerhoff hanya menekankan spiritual pada dimensi vertikal yaitu hubungan dengan Tuhan dan kurang mengulas dimensi horisontal yang menekankan pada hubungan antar manusia, alam, dan kreativitas.

Semua tahapan perkembangan spiritual berdasarkan kategori usia yang disampaikan oleh Westerhoff (1998) mutlak terjadi empat tahap pada setiap manusia. Namun pencapaian setiap tahapan bersifat individual, artinya bahwa banyak faktor yang mempengaruhi perkembangan spiritual seseorang tersebut. Contohnya, pada usia anak-anak seorang individu tidak mendapatkan contoh perilaku spiritual dari orang-orang di sekitarnya seperti berdoa atau menjalankan ibadah, tidak berarti bahwa orang tersebut pada tahapan perkembangan spiritual berikutnya akan mengalami deviasi. Sebaliknya ketika seseorang pada tahap usia anak-anak mendapatkan pengalaman spiritual yang baik dari orang-orang di sekitarnya tidak menjamin perkembangan spiritual orang tersebut akan menjadi sangat optimal. Deviasi pada setiap tahapan tidak akan mutlak menyebabkan seseorang mengalami distress spiritual. Namun demikian tahapan perkembangan spiritual tersebut dapat menjadi pedoman bagi seorang perawat untuk menganalisa terjadinya distress spiritual

dihubungkan dengan tingkat perkembangan tanpa mengabaikan faktor-faktor lain yang berkontribusi terhadap terjadinya distress spiritual.

Perkembangan spiritual individu digambarkan melalui karakteristik spiritual. Karakteristik spiritual menurut Hamid (1999) meliputi hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam, hubungan dengan orang lain dan hubungan dengan keTuhanan. Hubungan dengan diri sendiri digambarkan sebagai pemahaman terhadap diri sendiri dan sikap percaya, ketenangan pikiran dan keselarasan dalam diri sendiri. Hubungan dengan alam lebih menekankan pada keselarasan dalam mengetahui dan berkomunikasi dengan alam sebagai contoh merawat alam agar tidak tercemar. Hubungan dengan orang lain dijelaskan dengan keharmonisan hidup dalam berbagi waktu, mengasuh anak, orang tua dan orang sakit serta meyakini kehidupan dan kematian. Konflik sering juga dikarakteristikan dalam hubungan dengan orang lain. Pada hubungan dengan KeTuhanan lebih menekankan pada kegiatan sembayang/ berdoa, perlengkapan keagamaan dan bersatu dengan alam. NANDA (2005) menambahkan kreativitas sebagai bagian dari karakteristik spiritual. Kreativitas yang dimaksud adalah menggali kemampuan diri, mengembangkan bakat dan memupuk semangat untuk mencapai kesuksesan hidup.

### **C. Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi**

Halusinasi merupakan suatu keadaan dimana gejalanya sulit untuk dihilangkan dan mempunyai tingkat relaps yang cukup tinggi (Barker, 2003). Intervensi keperawatan yang dikembangkan lebih diarahkan kepada kemampuan klien dalam mengontrol halusinasi bukan untuk menghilangkan halusinasi. Posisi keluarga sebagai sistem

pendukung bagi klien mempunyai tanggung jawab dalam pengambilan keputusan untuk mengoptimalkan penurunan fungsi dan reaksi emosional seperti marah, tersenyum dan ketakutan yang tidak lazim dialami oleh klien dengan halusinasi (Barker, 2003). Disfungsi yang dialami oleh klien halusinasi akan menciptakan stres internal dan tekanan eksternal pada anggota keluarga (Epstein, 1993). Dampak lain yang dirasakan oleh anggota keluarga adalah kecemasan akibat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Kecemasan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah banyak terjadi akibat ketidakmampuan keluarga membantu mengontrol halusinasi sehingga klien melakukan perintah halusinasi yang sering membahayakan diri sendiri dan orang-orang di sekitarnya. Kecemasan keluarga tersebut menyebabkan ketidaknyamanan emosi dan spiritual, merasa tertekan, dan menimbulkan perasaan negatif (Boudreaux, O'Hea & Chauk, 2002). Dampak kecemasan keluarga akan mempengaruhi perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi.

Salah satu dimensi perilaku yang dipengaruhi dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah dimensi perilaku spiritual. Sumber dukungan spiritual dalam mencapai kenyamanan dan rasa cinta adalah keharmonisan hubungan dengan keluarga, teman dan komunitas (Walton, 1996). Hamid (1999) menambahkan bahwa dimensi spiritual berupaya mempertahankan keharmonisan, berjuang untuk mendapatkan kekuatan ketika seseorang mengalami stres emosional.

Dimensi spiritual bukan merupakan bagian yang terpisah dalam kehidupan manusia. Oleh karena itu keperawatan holistik bertanggung jawab mencegah pengabaian dimensi spiritual dari dimensi biologis, psikologis dan sosial (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002). Profesi keperawatan menyadari bahwa aspek spiritual merupakan aspek penting dalam memenuhi kebutuhan holistik klien (Press, 2003). Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa baik kepada klien, keluarga, kelompok dan komunitas, secara holistik, perlu memperhatikan kebutuhan spiritual melalui pemahaman perilaku spiritual khususnya keluarga saat merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah.

Perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah merujuk pada strategi koping keluarga. Taylor (1991) menggambarkan koping sebagai suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber-sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi penuh stres. Koping merujuk pada tingkah laku dan kognitif seseorang dalam usaha untuk mengatur, mengurangi atau mentoleransi stressor dan akibatnya. Koping menurut Gail Stuart (1983) adalah upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri.

Koping mempunyai dua fungsi utama. Fungsi pertama koping adalah mengatasi masalah yang menyebabkan stres (*problem-focused coping*). Fungsi kedua adalah mengatasi emosi yang timbul dari masalah (*emotion-focused coping*). Kedua fungsi

tersebut lebih menekankan pada hasil yang akan dicapai yaitu mengatasi masalah atau mengatasi emosi.

Menurut McCubbin, Olson dan Larsen (1991) ada dua mekanisme koping yaitu konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping yang konstruktif, meliputi: mencari dukungan sosial, mengkaji ulang stres, mencari dukungan spiritual dan menggerakkan keluarga untuk mencari atau menerima bantuan. Mekanisme koping yang destruktif berupa penampilan secara pasif. Mekanisme koping ini melindungi ego dari meningkatnya keadaan cemas. Dengan demikian Mc Cubbin, Olson dan Larsen lebih menekankan pada orientasi proses dibandingkan pada hasil yang dicapai.

Proses koping digunakan untuk mengatasi gangguan dalam lingkungan spiritual seseorang, melalui evaluasi terhadap stresor dan penggunaan strategi pertahanan (Lazarus, et al., 1985). Koping spiritual adalah pencarian makna stres yang dihubungkan dengan sesuatu yang dianggap suci (Pargament, 1997 dalam Sara, et al., 2002). Penggunaan koping spiritual difokuskan pada bagaimana seorang individu menggunakan spiritual untuk memahami dan berhubungan dengan stresor. Proses koping ini sesuai dengan teori yang disampaikan oleh McCubbin, Olson dan Larsen (1991) yang lebih menekankan pada proses ketika seseorang berhubungan dengan stresor.

Koping spiritual individu meliputi perilaku spiritual seperti: berdoa, kehadiran pelayanan religius dan mencari relasi spiritual (Ellison & Lewin, 1998; Koenig &



Larson, 1998; Pargament, et al. 1998). McNally (2004) mengidentifikasi perilaku spiritual yang meliputi: keyakinan terhadap keadilan dan cinta Tuhan, *partnership* dengan Tuhan, melakukan ritual religius dan mencari dukungan spiritual melalui keanggotaan dalam kelompok religius, dan penolakan serta menghindar dari kelompok religius.

Tepper, et al. (2001) menjelaskan ada lima strategi yang dapat digunakan dalam dimensi spiritual yaitu berdoa, menghadiri pelayanan spiritual, melakukan ibadah, membaca kitab suci dan bertemu dengan pimpinan atau tokoh spiritual. Sara, et al. (2002) membagi strategi spiritual menjadi 11 strategi yang dapat digunakan dalam menghadapi stresor meliputi: (1) *declarative religious* yaitu suatu strategi coping yang meyakini bahwa sesuatu akan terjadi secara otomatis atas kehendak Tuhan, (2) *petitionary religious* yaitu strategi coping dengan membuat permohonan kepada Tuhan melalui cara berdoa dengan asumsi permintaannya akan dikabulkan, (3) *collaborative religious* yaitu suatu strategi coping dimana individu bersama Tuhan bertanggung jawab secara bersama dalam mengatasi stres yang dialami individu, (4) yakin dalam dukungan Tuhan, (5) yakin terhadap intervensi Tuhan, (6) yakin bahwa Tuhan tidak berhubungan dengan stresor yang ada, (7) dukungan sosial spiritual yang meliputi interaksi dengan Tuhan dan orang lain, (8) respon ritual yaitu strategi yang dilakukan dengan melakukan aktivitas spiritual untuk mengatasi stresor, (9) penilaian kembali kebaikan spiritual yaitu menganggap bahwa Tuhan mempunyai alasan tertentu dalam memberikan stresor, (10) penilaian kembali hukuman spiritual yaitu strategi coping yang dilakukan dengan memberikan makna stresor sebagai hukuman dari Tuhan akibat kesalahan yang kita lakukan, dan (11) ketidakpuasan

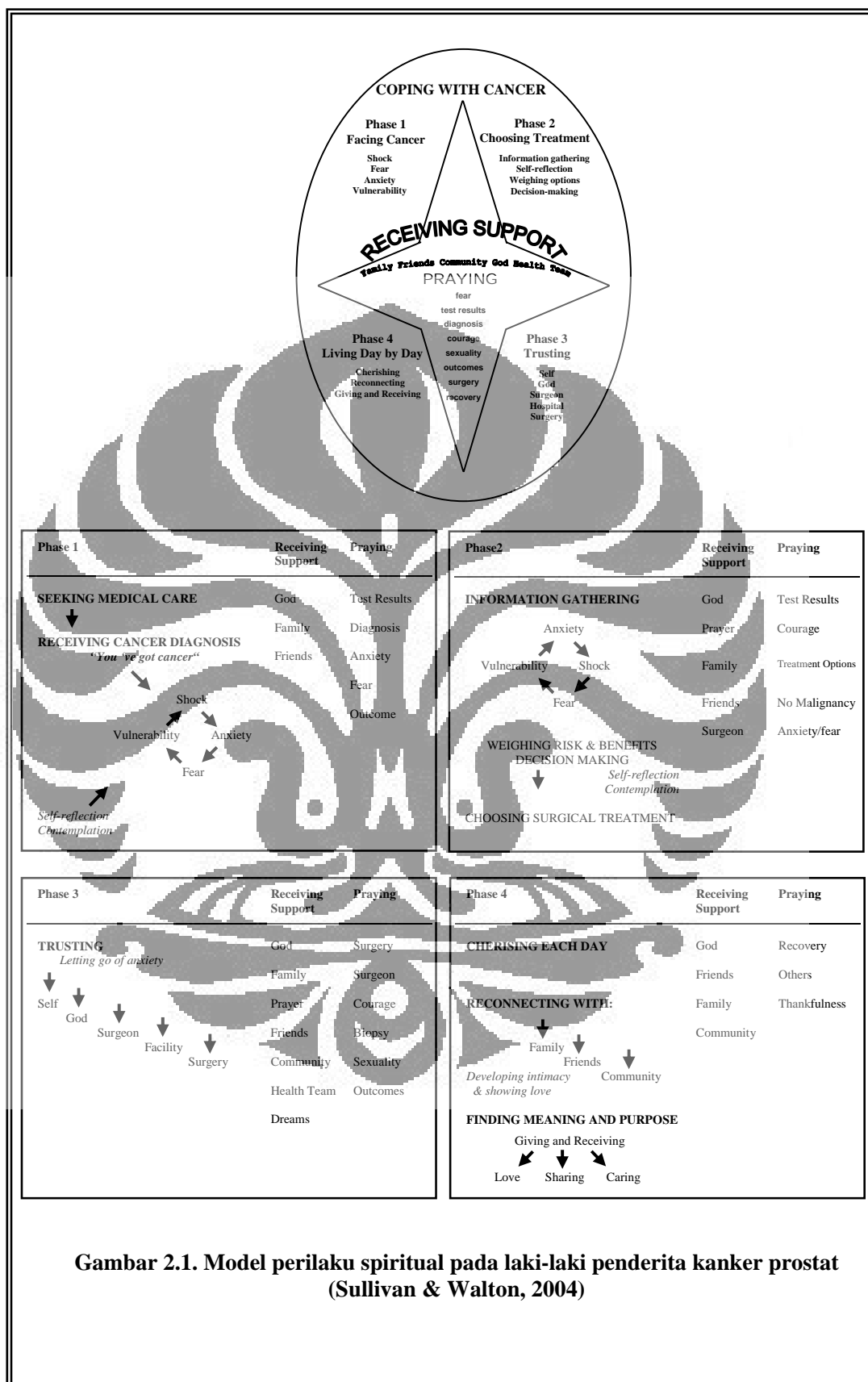
terhadap Tuhan. Kelebihan dua konsep yang disampaikan oleh Tepper dan Sara adalah lebih menekankan strategi spiritual dari dimensi vertikal yaitu hubungan dengan Tuhan. Namun sayangnya dua konsep tersebut kurang menggambarkan strategi spiritual dari dimensi horisontal yaitu hubungan dengan sesama, alam, lingkungan dan kreativitas.

Ketidakpuasan terhadap Tuhan adalah strategi spiritual yang digunakan untuk mengekspresikan kemarahan dan kekecewaan terhadap Tuhan, atau hal-hal lain yang dihubungkan dengan Tuhan. Strategi inilah, yang apabila digunakan oleh seseorang yang mengalami stres, akan berdampak terhadap terjadinya distress spiritual, dimana seorang individu akan mengalami kegagalan dalam mencari makna baik dalam berhubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan atau alam, kreativitas bahkan dengan Tuhan (Sara, et al., 2002).

Berbeda dengan dua konsep sebelumnya Sullivan dan Walton (2004) lebih melihat strategi spiritual dari dua karakteristik yaitu horisontal dan vertikal. Karakteristik vertikal digambarkan sebagai tahapan berdoa yang terdiri atas enam tahapan yaitu berdoa pada waktu yang diperlukan, berbicara dengan Tuhan, mendengarkan Tuhan, beribadah kepada Tuhan, percaya pada Tuhan dan menggunakan mata untuk melihat Tuhan dalam berbagai pengalaman. Semua tahapan tersebut dilakukan melalui meditasi dan refleksi. Namun sayangnya tidak ada penjelasan lebih mendalam dari masing-masing tahapan. Karakteristik horisontal lebih melihat strategi spiritual yang didasarkan kepada dukungan dari teman dan keluarga atau orang terdekat. Ada tiga strategi spiritual yang dijelaskan dalam hubungan dengan sesama manusia yaitu

berbicara tentang pilihan penyelesaian masalah, berbicara tentang ketakutan dan berbagi kasih sayang. Kelemahan karakteristik horisontal yang disampaikan oleh Sullivan dan Walton adalah tidak adanya pembahasan tentang perilaku spiritual yang dikaitkan dengan alam, kreativitas dan lingkungan.

Konsep model yang disampaikan oleh Sullivan dan Walton (2004) tentang perilaku spiritual individu yang mengalami kanker prostat menghasilkan empat tahapan koping spiritual pada klien dengan kanker prostat yaitu: (1) *facing cancer*, partisipan merasa syok karena mereka tidak pernah menduga akan mengalami kanker; (2) *choosing treatment*, partisipan mendapat informasi tentang treatment dan potensial resiko serta keuntungan dari masing-masing treatment; (3) *trusting*, partisipan yakin dan percaya terhadap diri sendiri dan Tuhan dalam menurunkan ketakutan yang dialami; (4) *living day by day*, kanker prostat merupakan pengalaman partisipan dalam meningkatkan kesadaran diri tentang bagaimana memaknai atau menghargai kehidupan. Adapun model konsep dan tahapan spiritual menurut Sullivan dan Walton (2004) disajikan pada model gambar 2.1.



**Gambar 2.1. Model perilaku spiritual pada laki-laki penderita kanker prostat (Sullivan & Walton, 2004)**

#### D. Landasan Teoritis Intervensi Keperawatan Jiwa

Perawat spesialis jiwa saat ini tidak hanya bekerja dalam konteks klien namun juga bekerja dalam seluruh tatanan fungsi keluarga. Klien merupakan bagian dari sistem keluarga. Hubungan antar anggota keluarga akan mempengaruhi konsep diri, perilaku, harapan, nilai dan keyakinan seluruh anggota keluarga sebagai bagian dari sistem keluarga. Perawat spesialis jiwa bertanggung jawab untuk meningkatkan kemampuan klien dan keluarga dalam mencapai fungsi adaptif keluarga dan penggunaan strategi koping yang positif dalam konteks sistem keluarga.

Pemahaman prinsip dinamika keluarga akan membantu seorang perawat spesialis jiwa dalam mengembangkan intervensi keperawatan jiwa. Intervensi keperawatan jiwa dikembangkan mengacu pada pedoman intervensi keperawatan/ *nursing intervention classification* dan *nursing outcome criteria* (Dochterman, 2004) dimana didalamnya terdapat 17 intervensi yang dapat digunakan sebagai landasan dalam intervensi keperawatan diagnosa keperawatan distres spiritual. Dari 17 intervensi yang disarankan salah satu intervensi dicoba dikembangkan dan diarahkan untuk memfasilitasi pertumbuhan spiritual. Tindakan dalam upaya memfasilitasi pertumbuhan spiritual ini kemudian dikembangkan sebagai intervensi generalis pada asuhan keperawatan jiwa. Sedangkan intervensi tambahan lebih dikembangkan sebagai intervensi spesialis.

Rencana asuhan keperawatan kesehatan jiwa pada distres spiritual pada tahap generalis dilakukan dengan tujuan umum adalah agar klien mampu menyatakan mencapai kenyamanan dari pelaksanaan praktik spiritual sebelumnya dan merasa

kehidupannya berarti/ bermakna. Untuk mencapai tujuan tersebut maka perlu disusun tindakan keperawatan dan kriteria evaluasi berdasarkan tujuan khusus yang akan dicapai. Adapun tujuan khusus intervensi generalis pada distres spiritual adalah pertama, membina hubungan saling percaya; kedua, agar klien dapat mengatakan kepada perawat atau pemimpin spiritual tentang konflik spiritual dan kegelisahan yang dialami; ketiga, klien dapat mendiskusikan dengan perawat hal penting yang memberikan makna dalam kehidupannya dimasa yang lalu; dan keempat, klien dapat mempertahankan pemikiran dan perasaannya tentang spiritual.

Intervensi spesialis dapat dilakukan dengan mengacu pada empat terapi yaitu terapi individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Pendekatan keempat terapi ini dilakukan dengan melihat individu sebagai sistem yang terbuka yang selalu berinteraksi dan dipengaruhi oleh lingkungan baik keluarga sebagai sistem terkecil dari klien sampai komunitas.

Pada diagnosa keperawatan distres spiritual, pengembangan terapi spesialis dilakukan dengan menganalisa kebutuhan dan pendekatan yang tepat dari setiap terapi yang dilakukan baik individu, keluarga, kelompok maupun komunitas. Intervensi tambahan yang dikemukakan dalam *Nursing Intervention Classification* (Dochterman, 2004), juga dapat dijadikan pertimbangan bagi pengembangan terapi spesialis.

## 1. Terapi individu

Model terapi individu atau yang lebih dikenal dengan psikoterapi individu didesain sebagai orientasi tindakan, fokus penampilan, struktur dan batasan waktu intervensi (Carson, 2000). Model ini menggunakan teknik yang berfokus pada pemecahan masalah untuk membantu klien menyelesaikan konflik utama yang dihadapi oleh klien dari berbagai dimensi baik fisik, psikologis, sosial kultural dan spiritual. Pendekatan yang digunakan pada psikoterapi individu ini adalah rasional emotif yang membantu klien menghapus pandangan hidup klien yang menyalahkan hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan atau Tuhan dan membantu klien memperoleh pandangan hidup yang lebih rasional dalam mencari makna dan tujuan hidup.

Tujuan dari psikoterapi individu ini adalah untuk mengembalikan klien pada kondisi sebelum sakit dalam periode yang singkat (Carson, 2000). Menurut Corey (2005) tujuan dari psikoterapi individu adalah penyusunan kembali kepribadian, penemuan makna dalam kehidupan, penyembuhan gangguan emosional, penyesuaian dalam masyarakat, pencapaian aktualisasi diri, peredaan kecemasan, serta penghapusan tingkah laku maladaptif dan belajar pola-pola tingkah laku adaptif. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa psikoterapi bertujuan untuk merubah perilaku maladaptif melalui distorsi kognitif.

Berdasarkan analisa yang dilakukan peneliti psikoterapi individu ini sangat tepat dilakukan pada kasus distres spiritual. Ada beberapa alasan yang melatarbelakangi penggunaan psikoterapi individu pada diagnosa keperawatan

distres spiritual. Pertama, distres spiritual terjadi akibat konflik yang menyebabkan pengalaman yang tidak menyenangkan bagi individu (Smucker, 1996), tentu saja konflik yang terjadi mengarah pada aspek spiritualitas yaitu pencarian individu terhadap tujuan dan makna dalam kehidupan (Tanyi, 2002). Kedua, pada distres spiritual terjadi gangguan kognitif yang akan mempengaruhi afektif dan perilaku individu terutama dalam mempersepsikan dan merasakan ketidaknyamanan dimensi spiritual ketika sakit sehingga perlu dilakukan distorsi kognitif melalui *sharing* atau diskusi dan penyediaan pendidikan bersama terapis. Ketiga, tujuan psikoterapi individu pada distres spiritual ini diarahkan pada pengembalian fungsi spiritual sebelum sakit yaitu menemukan arti dan makna dari kehidupan klien. Hal ini sesuai dengan fungsi spiritual sendiri bagi setiap individu yaitu untuk membantu individu berhubungan Tuhan dan menemukan arti dalam kehidupannya (Carson, 2000).

Bentuk psikoterapi yang digunakan pada klien dengan distres spiritual adalah psikoterapi suportif. Jenis pertama dalam psikoterapi suportif adalah ventilasi yaitu membiarkan klien mengemukakan perasaannya berkaitan dengan distres spiritual yang dialaminya. Jenis kedua adalah persuasi yaitu penerangan yang masuk akal tentang timbulnya perubahan keyakinan yang dirasakan mengancam oleh klien. Sugesti merupakan jenis ketiga dari psikoterapi suportif yaitu secara tidak langsung menanamkan pikiran dan kepercayaan pada klien. Jenis keempat yang dapat dilakukan dalam psikoterapi suportif adalah bimbingan yaitu memberikan nasehat terkait dengan masalah distres spiritual yang dialami oleh klien. Konseling adalah jenis psikoterapi suportif yang sering digunakan dalam



mengatasi distres spiritual. Konseling adalah suatu cara yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengerti dan memahami dirinya sendiri. Tujuan akhir dari konseling ini adalah agar klien dapat mengatasi masalah spiritual yang dialami dan melakukan adaptasi terhadap lingkungannya. Pada psikoterapi suportif ini perawat berperan sebagai fasilitator. Perawat tidak diperkenankan untuk memperlakukan klien secara otoriter.

Selain psikoterapi, terapi individu yang dapat dikembangkan pada distres spiritual adalah *anxiety reduction* (Dochterman, 2004). *Anxiety reduction* merupakan upaya yang dilakukan untuk memperkecil rasa takut, firasat atau kegelisahan yang berhubungan dengan sumber-sumber bahaya yang tidak teridentifikasi. Tujuan dari terapi ini adalah menurunkan kecemasan yang dapat menjadi etiologi terjadinya distres spiritual.

## 2. Terapi Keluarga

*Family psychoeducation therapy* adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program *psychoeducation therapy* merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart and Laraia, 2005). Carson (2000) menyatakan bahwa psikoedukasi merupakan suatu alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku.

Tujuan dari *family psychoeducation therapy* adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah. Tujuan lain yang dapat kita kembangkan pada *family psychoeducation therapy* adalah meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan, memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengembalikan fungsi pasien dan keluarga, melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang perkembangan keluarga dan melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.

*Family psychoeducation therapy* sangat sesuai dilakukan pada distres spiritual karena sesuai dengan tahapan perkembangan spiritual seseorang yang mulai dibentuk dari keluarga. Kondisi patologi dimensi spiritual seseorang tidak dapat dipisahkan dari interaksi individu tersebut dengan keluarganya sebagai unit terkecil klien (Westerhoff, 1998). Dengan demikian *family psychoeducation therapy* sangat tepat diberikan pada keluarga yang salah satu anggotanya mengalami distres spiritual.

Dalam *family psychoeducation therapy* bagi klien distres spiritual, peran perawat meliputi lima komponen yaitu memberikan informasi terkait gangguan distres spiritual, melatih keluarga dalam menyelesaikan konflik spiritual yang terjadi di dalam keluarga, memberi kesempatan dalam memvalidasi perasaan klien dan keluarga terkait dengan keyakinan dan sumber-sumber pendukung dalam melakukan aktivitas spiritual, meningkatkan coping keluarga dalam menghadapi

distres spiritual dan meningkatkan penggunaan dukungan formal atau informal bagi klien dan keluarga dalam mencari makna spiritual bagi klien dan keluarga.

Dukungan keluarga merupakan terapi alternatif lain yang dapat diberikan pada keluarga klien dengan distres spiritual. *Family system therapy* adalah terapi yang diberikan untuk memberikan dukungan kepada keluarga sebagaimana terapi yang disarankan oleh Dochterman (2004). Terapi ini membantu keluarga mengidentifikasi dukungan spiritual dari keluarga terhadap klien dan menyediakan sumber-sumber spiritual bagi keluarga. Dalam *family system therapy* perawat bersama keluarga bersama-sama menyusun rencana terkait dengan dukungan spiritual dan penyediaan sumber-sumber spiritual dalam keluarga. Perawat memfasilitasi sistem keluarga dalam menentukan peran, harapan peran, penyelesaian konflik terkait dengan keyakinan didalam keluarga, membantu anggota keluarga mengklarifikasi kebutuhan spiritual dalam berhubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang lebih tinggi.

### 3. Terapi Kelompok

Terapi kelompok adalah sebuah bentuk asuhan keperawatan yang diberikan pada sebuah kelompok kecil pasien yang bertemu secara teratur untuk berbicara, berinteraksi atau mendiskusikan masalah (psikopatologi) dengan anggota kelompok lain dan pemimpin kelompok. Terapi kelompok adalah alat terapeutik untuk membantu klien atau seseorang dengan perilaku maladaptif mencapai kemampuan fungsional dalam berkontribusi dalam komunitas.

Terapi kelompok pada distres spiritual sangat penting diberikan dalam rangka membantu individu mengembangkan fungsi keyakinan dan kepuasan hubungan baik dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan zat yang lebih tinggi. Selain itu terapi kelompok ini bertujuan memberikan dukungan spiritual yang diberikan dalam bentuk umpan balik dalam kelompok.

*Group psychotherapy* adalah salah satu bentuk terapi kelompok yang diberikan dalam distres spiritual. Carson (2000) menyatakan bahwa topik yang biasanya digunakan dalam *group psychotherapy* adalah religi, masalah alkohol, mekanisme jiwa seperti supresi, represi, halusinasi, delusi, dan berbagai topik yang mendorong perubahan perilaku maladaptif pada pasien menjadi perilaku yang adaptif. Dengan demikian *group psychotherapy* dapat memfasilitasi perubahan perilaku terutama dalam dimensi spiritual berdasarkan interaksi dan komunikasi dengan anggota kelompok. *Group psychotherapy* pada klien dengan distres spiritual digambarkan untuk memberikan kesempatan kepada setiap anggota kelompok untuk mengeksplorasi cara dalam melaksanakan keyakinan dan penggunaan coping spiritual dalam menyelesaikan masalah. Peran kelompok adalah memberikan toleransi terhadap perbedaan keyakinan. Pendekatan ini digunakan untuk membantu kelompok memahami bagaimana seseorang menggunakan keyakinannya.

Jumlah anggota kelompok yang terlibat dalam *group psychotherapy* distres spiritual ini maksimal dua belas orang klien (Kehoe, 1999). Populasi yang

digunakan dalam *group psychotherapy* distres spiritual ini bersifat heterogen artinya tidak membatasi satu keyakinan dalam satu *group psychotherapy*.

Selain *group psychotherapy*, *activity therapy* merupakan alternative terapi kelompok yang disarankan menurut Dochterman (2004). *Activity therapy* menurut Dochterman adalah terapi yang memfasilitasi dan membantu aktivitas fisik, kognitif, sosial dan spiritual individu atau kelompok. *Activity therapy* membantu individu yang mengalami distres spiritual untuk mengeksplorasi makna dari setiap kegiatan, mengembangkan aktivitas diri dan respon spiritual dari aktivitas serta peran klien dalam aktivitas spiritual dalam rangka mempertahankan fungsi dan kesehatan.

*Activity therapy* pada klien distres spiritual dimulai dengan adanya kegiatan spiritual yang dilakukan secara bersama-sama. Kegiatan ini bisa dalam bentuk pengajian, bakti sosial atau kegiatan lain yang berhubungan dengan spiritual. Setelah melakukan kegiatan spiritual bersama setiap individu diberi kesempatan untuk mengungkapkan makna dan pengaruh kegiatan spiritual tersebut dalam hubungan individu dengan dirinya sendiri, lingkungan dan Tuhan. Selanjutnya secara bersama-sama dalam kelompok, setiap individu menyusun rencana kegiatan spiritual yang akan dilakukan.

#### **4. Terapi Komunitas**

Terapi komunitas adalah suatu bentuk terapi yang memfungsikan komunitas terutama dalam memberikan dukungan termasuk dukungan spiritual. Terapi

komunitas bertujuan untuk mengarahkan perilaku yang menyimpang ke arah perilaku sosial yang lebih layak baik pada individu, keluarga maupun kelompok dan melatih pertanggungjawaban sosial setiap individu, keluarga, dan kelompok sehingga kesalahan yang dilakukan oleh satu orang, atau satu keluarga ataupun sekelompok orang menjadi tanggung jawab bersama termasuk didalamnya dimensi spiritual. Dari berbagai definisi tersebut dapat kita simpulkan bahwa terapi komunitas berada pada rentang preventif primer, sekunder dan tersier

Salah satu terapi komunitas yang dapat dilakukan pada distress spiritual adalah *case management*. Tidak banyak literatur yang menjelaskan secara rinci terapi komunitas yang dikembangkan dalam dimensi spiritual. Namun kita dapat menganalisis penggunaan terapi komunitas yang tepat terutama untuk gangguan distress spiritual dengan mengacu pada tujuan yang hendak dicapai dari setiap terapi.

*Case management* adalah bentuk terapi komunitas yang bersifat multidisipliner. *Case management* pada distress spiritual dimulai dengan adanya manajemen antar disiplin dalam melakukan identifikasi masalah distress spiritual yang terjadi pada klien. Selanjutnya setiap disiplin yang terlibat menyusun rencana dalam memberikan intervensi berdasarkan pendekatan profesi yang bersangkutan. Seorang perawat dalam melaksanakan *case management* menggali kebutuhan spiritual klien dan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual tersebut. Kebutuhan yang harus diperhatikan meliputi kebutuhan akan fasilitas spiritual, sumber dukungan spiritual dan pelaksanaan spiritual serta penyelesaian

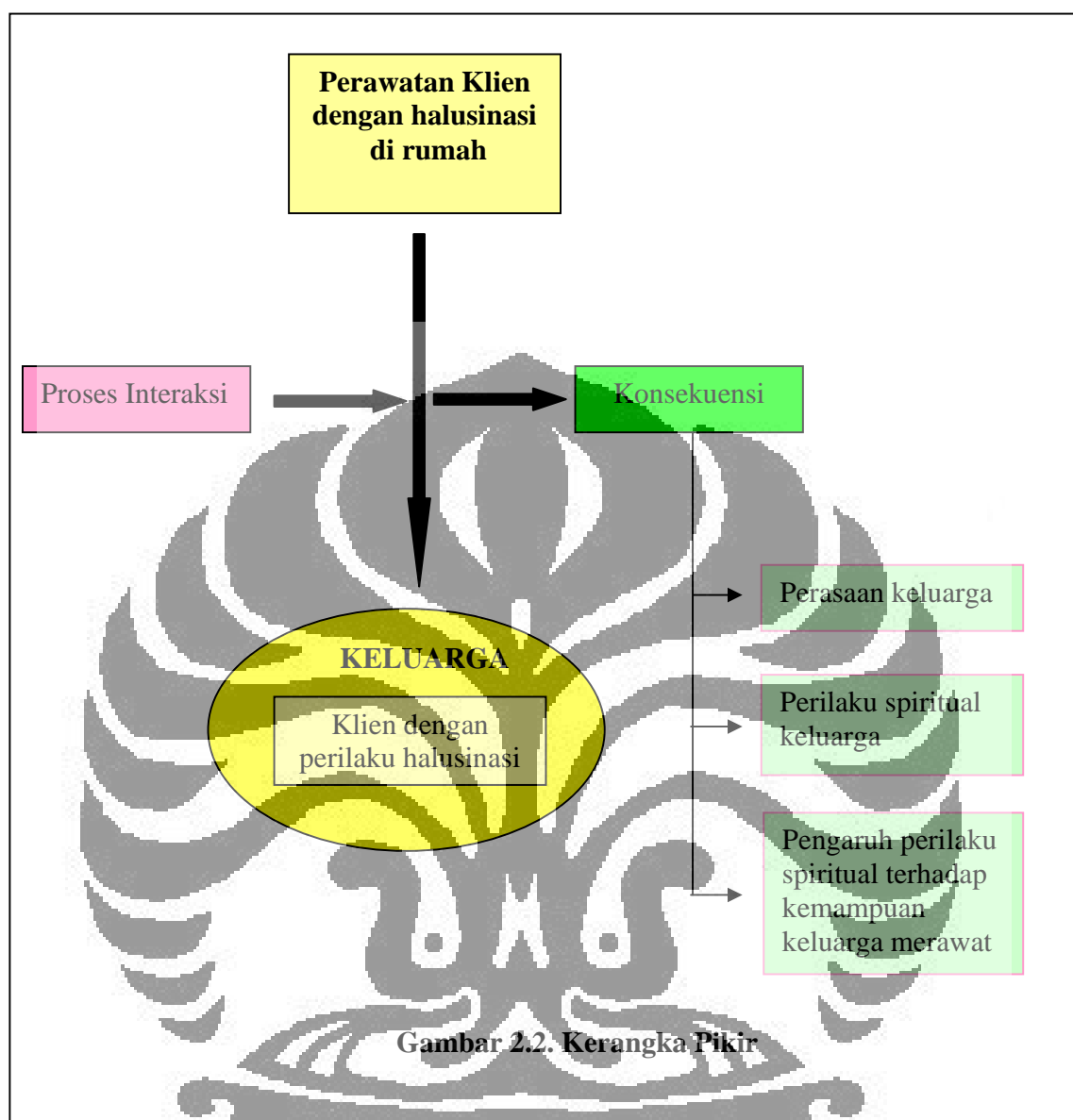
konflik spiritual. Pendekatan yang digunakan dalam *case management* adalah sistem klien baik sebagai individu, anggota keluarga, kelompok atau komunitas.

### **E. Implikasi Keperawatan Jiwa**

Peneliti melakukan validasi data yang diperoleh kepada partisipan sebagai dasar dalam membentuk *focus group*. *Focus group* terdiri atas spesialis keperawatan jiwa yang berfungsi mereview hasil temuan dan validasi data dari partisipan dalam menjelaskan, memahami dan membahas aplikasi klinis dari konsep yang dihasilkan (Sullivan & Walton, 2004). Fokus diskusi akan membahas tentang kategori-kategori spiritual yang dihasilkan. Tujuan dari *focus group* adalah untuk meyakinkan bahwa studi *grounded theory* yang dihasilkan dapat dipahami dan mengidentifikasi implikasi teori perilaku spiritual keluarga dalam praktik spesialis keperawatan jiwa komunitas. Model ini diharapkan dapat menyediakan instrumen pembelajaran dalam mengkaji kesehatan jiwa khususnya spiritual dalam tatanan sistem keluarga. Implikasi lain yang tidak kalah penting adalah implikasi dalam penelitian keperawatan jiwa komunitas khususnya dimensi spiritual.

### **F. Kerangka Pikir Penelitian**

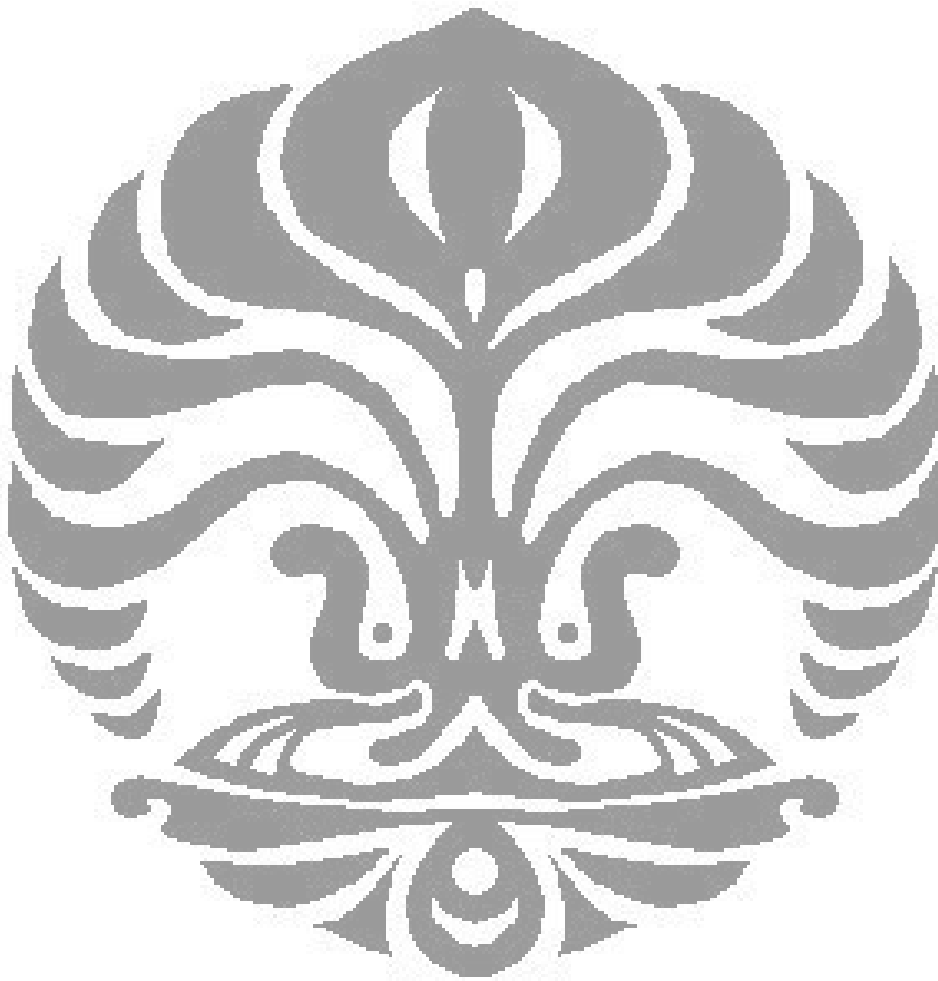
Pendekatan *grounded theory* pada penelitian ini menghasilkan sebuah kerangka konsep tentang perilaku spiritual keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah. Kerangka pikir yang dikembangkan merupakan latar belakang yang mendasari peneliti mengembangkan studi *grounded theory* tentang perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah.



Adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi menuntut keluarga dalam memberikan perawatan di rumah. Proses interaksi terjadi ketika keluarga sebagai *caregiver* melakukan perawatan pada anggota keluarga keluarga yang mengalami halusinasi di rumah. Sebagai konsekuensi dari proses interaksi tersebut adalah dampak terhadap perasaan keluarga, perilaku spiritual keluarga dan pengaruh



perilaku spiritual terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah.



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian riset kualitatif yaitu mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah (Creswell, 1998). Riset kualitatif digunakan untuk mengembangkan pengetahuan dan memahami suatu fenomena. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *grounded theory*, yaitu berfokus pada proses sosial (Glaser, 1978, 1992, 1994; Glaser & Strauss, 1967 dalam Corbin & Strauss, 1990), dalam hal ini perilaku spiritual keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Salah satu tujuan dari pendekatan *grounded theory* adalah untuk menghasilkan sebuah teori tentang pola perilaku berdasarkan proses sosial. Proses tersebut akan melihat tema penting dari setiap tahapan. Proses sosial menghasilkan berbagai variasi perilaku berhubungan dengan fenomena yang ada (Glaser, 1978). Proses sosial dasar adalah pola dasar dalam mengorganisasikan perilaku sosial yang terjadi setiap waktu (Glaser, 1978, p.106) dan konsep tersebut sebagai bangunan teoritis yang dihasilkan dari metode *grounded theory*. Proses sosial dasar merupakan kategori utama ketika *grounded theory* dikembangkan (Reed & Runquist, 2007).

Perilaku sosial yang diteliti adalah perilaku spiritual keluarga. Perilaku spiritual keluarga merupakan simbol interaksi antar manusia. Simbol interaksi meyakini

bahwa manusia mempunyai perilaku dan interaksi alami yang diekspresikan dalam bentuk verbal (subjektif) maupun nonverbal. Studi ini lebih menekankan nilai-nilai subjektif yang disampaikan oleh informan dari kenyataan yang ada dan ditampilkan dalam bentuk naratif. Selain itu pada studi ini peneliti berperan sebagai instrumen penelitian dalam menginterpretasikan data dengan validasi dari informan. Berdasarkan alasan diatas penelitian ini menggunakan studi kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* dalam rangka mengeksplorasi secara mendalam perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah.

## **B. Populasi Dan Sampel**

### **1. Populasi**

Populasi adalah suatu tempat yang terdiri dari obyek/ subyek yang mempunyai kualitas atau kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2005). Pada penelitian ini populasinya adalah semua keluarga yang merawat klien dengan halusinasi di wilayah Kelurahan Sindang Barang Kabupaten Bogor.

### **2. Sampel**

Pemilihan informan dibatasi pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Jumlah informan dalam penelitian kualitatif adalah 6 sampai 10 orang, tetapi jika penelitian belum mencapai saturasi jumlah informan dalam penelitian ini akan ditambah sampai informasi yang didapat dari informan menghasilkan data yang sama atau jenuh (Dukes, 1984 dalam Creswell, 1998).

Informan penelitian kualitatif *grounded theory study* ini diseleksi dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria informan yang terpilih memiliki karakteristik sebagai berikut

- a. Keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi dirumah
- b. Klien adalah anggota keluarga yang mengalami halusinasi lebih dari 6 bulan
- c. Informan adalah anggota keluarga yang berperan sebagai *caregiver* yang bertanggung jawab memenuhi kebutuhan sehari-hari anggota keluarga yang mengalami halusinasi
- d. Informan berusia dewasa atau minimal 20 tahun
- e. Mampu berkomunikasi dengan baik dengan menggunakan bahasa Indonesia
- f. Sehat fisik dan mental saat dilakukan wawancara

Peneliti mengidentifikasi calon informan berdasarkan data di Puskesmas dan keterangan dari kader kesehatan jiwa yang ada di kelurahan Sindang Barang. Berdasarkan data dari Puskesmas jumlah klien dengan gangguan halusinasi berjumlah 20 klien. Sedangkan informasi dari kader didapatkan penambahan penemuan klien baru sebanyak satu orang, sehingga total klien dengan halusinasi di kelurahan Sindang barang berjumlah 21 orang. Dari 21 orang tersebut, peneliti mendapatkan 14 calon informan yang memenuhi karakteristik penelitian yang telah ditetapkan sebelumnya. Peneliti didampingi kader kesehatan jiwa melakukan kontak pertama dengan calon informan untuk menjelaskan identitas diri peneliti, maksud kunjungan, tujuan dan proses penelitian, serta penjelasan hak-hak informan selama mengikuti penelitian. Sebelas calon informan yang setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian dan memberikan persetujuannya

secara tertulis sesuai isi *informed consent*. Delapan informan memiliki kemampuan membaca dan menulis sehingga dapat memberikan persetujuan secara langsung dalam bentuk penandatanganan *informed consent* mengikuti penelitian. Tiga informan tidak memiliki kemampuan membaca dan menulis sehingga persetujuan diberikan secara tidak langsung (melalui keluarga). Tiga calon informan lainnya tidak bersedia berpartisipasi dalam kegiatan penelitian dengan alasan kesibukan.

Informan yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah sepuluh orang dan telah menyatakan persetujuannya untuk berpartisipasi dalam penelitian. Jumlah tersebut sama dengan jumlah informan yang ditetapkan dalam rencana penelitian dan tidak jauh berbeda dengan jumlah sampel pada penelitian oleh Sullivan dan Walton (2004) tentang perilaku spiritual individu yang mengalami kanker prostat dengan menggunakan pendekatan *grounded theory* yang mencapai saturasi sebanyak sembilan informan. Pada penelitian perilaku spiritual keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi mencapai saturasi data, yaitu situasi dimana informasi yang diberikan oleh informan sudah tidak memberikan tambahan informasi baru tentang perilaku spiritual yang diteliti terjadi pada informan ke 10. Sepuluh informan tersebut mengikuti secara keseluruhan dari awal hingga akhir proses penelitian dan tidak ada informan yang mengundurkan diri.

### C. Proses Pengumpulan Data

Studi kualitatif yang didasarkan pada pendekatan *grounded theory* membutuhkan pengumpulan data secara wawancara mendalam terhadap informan untuk menyediakan suatu pemahaman terhadap suatu ide. Proses pengumpulan data menggunakan tehnik wawancara secara mendalam (*in depth interview*) bertujuan untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Peneliti melakukan wawancara mendalam dengan pertanyaan semi terstruktur dalam waktu rata-rata 50-60 menit. Selain metode wawancara mendalam, peneliti melakukan observasi terkait dengan pengaruh lingkungan terhadap perilaku spiritual. Observasi yang dilakukan terkait dengan kegiatan keagamaan yang dilakukan oleh warga, ketersediaan fasilitas keagamaan, dan kerjasama organisasi keagamaan dengan program pelayanan kesehatan jiwa. Metode ketiga yang digunakan adalah studi dokumen tentang berbagai kegiatan keagamaan yang berkaitan dengan upaya kesehatan jiwa dan ketersediaan tenaga kesehatan profesional. Dokumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah laporan kegiatan pengembangan program Desa Siaga Sehat Jiwa di wilayah kelurahan Sindang Barang yang dilakukan oleh mahasiswa spesialis jiwa angkatan 2005 dan 2006.

Pada proses pengumpulan data dengan wawancara mendalam ini, peneliti membagi dalam beberapa tahapan, yaitu :

## 1. Tahap persiapan

### a. Persiapan lapangan

Pada tahap ini peneliti mempersiapkan segala sesuatu (sarana) yang diperlukan sebelum melakukan wawancara. Langkah pertama tahap persiapan lapangan dimulai dengan melakukan prosedur perijinan. Setelah mendapatkan surat keterangan atau ijin dari Fakultas Ilmu Keperawatan tentang pelaksanaan penelitian berjudul perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah, peneliti menyampaikan surat tersebut kepada dinas kesehatan kota Bogor dengan tembusan kepala puskesmas kelurahan Sindang Barang dan kepala kelurahan Sindang Barang. Dinas Kesehatan Kota Bogor melalui Ketua Tata Usaha menyampaikan ijin secara lisan terhadap pelaksanaan penelitian berjudul perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, *a grounded theory study*. Selanjutnya peneliti mengajukan permohonan ijin ke puskesmas Sindang Barang dan Kelurahan Sindang Barang. Puskesmas Sindang Barang melalui kepalanya memberikan ijin secara lisan. Sedangkan dari pihak kelurahan memberikan ijin secara tertulis dengan tembusan kepada seluruh ketua RW di wilayah kelurahan Sindang Barang (lampiran 1).

Langkah kedua adalah mengidentifikasi informan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi melalui peran kader dan puskesmas Sindang Barang. Kader disetiap RW memfasilitasi peneliti untuk melakukan pertemuan dengan calon informan.

Langkah ketiga adalah melakukan pertemuan dengan calon informan. Pada kontak pertama, peneliti didampingi oleh kader kesehatan jiwa masing-masing RW di wilayah kelurahan Sindang Barang membina hubungan saling percaya. Hubungan saling percaya dibangun melalui pendekatan personal dengan membicarakan topik-topik yang berkaitan dengan kemajuan perkembangan anggota keluarga yang mengalami halusinasi dan biodata informan. Indikator pencapaian hubungan saling percaya antara peneliti dan informan adalah kesediaan informan dalam menceritakan biodata informan, ketertarikan informan dalam menceritakan anggota keluarga yang mengalami halusinasi dan kesediaan untuk melakukan wawancara. Rata-rata diperlukan dua sampai tiga kali pertemuan untuk menjalin hubungan saling percaya dengan informan, karena informan masih mendiskusikan beberapa topik yang dibutuhkan dalam memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan halusinasi. Peneliti memberikan *informed consent* untuk mendapatkan persetujuan tertulis dari informan. Peneliti menjelaskan tentang tujuan penelitian dan wawancara kepada informan serta memastikan informan dapat mengerti dan menyetujui serta menandatangani pernyataan persetujuan sebagai informan (lampiran 2 dan 3).

Informan juga mendapat penjelasan tentang hak-hak yang diperoleh seperti kenyamanan fisik dan kenyamanan psikologis serta kewajiban yang harus dilakukan selama masa penelitian dilakukan. Hak-hak yang diperoleh oleh informan adalah pengambilan keputusan waktu dan tempat wawancara, serta mendapatkan dukungan emosional saat menceritakan hal-hal yang sensitif



tentang anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Adapun kewajiban yang harus dilakukan oleh informan adalah memberikan informasi yang sebenarnya berkaitan dengan fokus penelitian.

#### **b. Persiapan metode dan alat**

Pengumpulan data menggunakan metode wawancara mendalam dengan mengajukan pertanyaan terbuka (*open-ended interview*) yang menurut Speziale dan Carpenter (2003) adalah memberikan kesempatan kepada informan untuk menjelaskan sepenuhnya pengalaman mereka tentang fenomena yang sedang diteliti. Alat pengumpul data merupakan sarana penting yang membantu peneliti untuk menghimpun data penelitian (Lofland & Lofland, 1984, dalam Moleong, 2006). Peneliti menggunakan *tape recorder* dan pedoman wawancara semi terstruktur sebagai instrumen wawancara. Instrumen penelitian lain yang diperlukan dalam mengumpulkan data adalah lembar persetujuan informan, diri peneliti, buku catatan lapangan atau *field note*, lembar *self report* dan alat tulis.

Peneliti mengembangkan instrumen wawancara semi terstruktur (lampiran 4) berdasarkan pada tujuan penelitian dengan mengacu pada *Puchalski's FICA Spiritual History Tool* (Pulschalski, 1999). Instrumen wawancara tersebut selanjutnya di uji coba pada satu orang informan yang memiliki kriteria yang sama dengan yang telah ditetapkan. Hasil ujicoba menunjukkan bahwa pedoman wawancara terstruktur dapat digunakan dengan modifikasi kalimat pengganti terhadap kata “spiritual” menjadi kata “menentramkan batin”.

Hasil uji coba menunjukkan bahwa pedoman wawancara dapat digunakan untuk menggali tujuan penelitian.

Peneliti sebagai bagian dari instrumen penelitian menyiapkan kemampuan wawancara dengan melakukan latihan wawancara dengan teman sejawat untuk membantu peneliti melakukan *self evaluation* terhadap kemampuan komunikasi verbal dan non verbal saat melakukan wawancara. Pada latihan wawancara pertama, peneliti mendapatkan kelemahan dalam memfokuskan pertanyaan yang berkaitan dengan tujuan penelitian. Selain itu peneliti kurang dapat menguasai dalam membuat catatan lapangan. Upaya pertama yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan memahami dan menghafal pokok-pokok pertanyaan dan bersikap tegas dalam memfokuskan topik wawancara. Upaya kedua yang dilakukan oleh peneliti adalah meningkatkan ketrampilan dalam memahami bahasa verbal dan nonverbal melalui latihan dan masukan dari teman sejawat.

*Tape recorder* digunakan sebagai alat untuk merekam proses wawancara. Sebelum digunakan untuk pengambilan data, peneliti melakukan ujicoba terhadap *tape recorder*. Hasil ujicoba menunjukkan kualitas hasil rekaman suara yang baik dan dapat diperdengarkan kembali dengan jelas. Untuk menjamin kualitas hasil rekaman, peneliti selalu mengganti baterai untuk masing-masing informan dengan kaset perekam berdurasi 90 menit untuk mengantisipasi adanya kejadian yang tidak terduga. Sebelum melakukan

wawancara peneliti memastikan bahwa jangkauan antara peneliti, informan dan *tape recorder* tidak terlalu jauh sehingga menghasilkan suara yang jelas

Instrumen kedua dalam penelitian ini adalah instrumen *field note* (lampiran 5). Instrumen ini dikembangkan untuk mencatat komunikasi non verbal dan situasi lingkungan yang mendukung hasil wawancara atau komunikasi verbal yang ditampilkan oleh informan. Sebelum melakukan penelitian, peneliti melatih terlebih dahulu kemampuan dalam mengobservasi komunikasi non verbal dan lingkungan serta mencatat dalam *field note* pada satu orang informan. Hasil ujicoba menunjukkan bahwa peneliti telah dapat mencatat komunikasi non verbal dan situasi lingkungan ke dalam *field note*.

Instrumen ketiga dalam penelitian ini adalah *self report* (lampiran 6). Instrumen ini yang sedianya digunakan untuk memfasilitasi informan dalam mengkomunikasikan hal-hal yang belum dapat disampaikan melalui wawancara langsung, tidak dapat digunakan dengan beberapa alasan. Alasan pertama, informan merasa kesulitan mengalokasikan waktu untuk membuat catatan/ tulisan. Alasan kedua, informan merasa kesulitan dalam menuangkan kegiatan dalam bentuk tulisan. Alasan ketiga, informan merasa tidak biasa melakukan pencatatan kegiatan pribadinya dalam bentuk *self report*.

Metode pengumpulan data kedua yang digunakan pada penelitian ini adalah metode observasi. Sebelum melakukan observasi, peneliti terlebih dahulu menentukan fokus dari observasi. Fokus observasi meliputi keterkaitan

sarana ibadah, kegiatan spiritual yang dilakukan dalam masyarakat dan adanya organisasi keagamaan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

Metode ketiga dalam penelitian ini adalah studi dokumentasi. Studi dokumentasi yang digunakan adalah hasil laporan kegiatan praktek residensi dan aplikasi yang dilakukan oleh mahasiswa spesialis keperawatan jiwa. Fokus dari metode ketiga ini sama dengan metode kedua. Metode ini digunakan dalam rangka mendukung data yang dihasilkan dari metode pertama dan kedua.

## **2. Tahap pelaksanaan**

Langkah pertama pada tahap pelaksanaan, peneliti mempersiapkan lingkungan untuk memungkinkan terjadinya wawancara yang terbuka dan mendalam, juga mengantisipasi hal-hal yang mungkin mengganggu pada saat wawancara seperti situasi lingkungan yang ramai. Wawancara dilakukan pada jam sesuai kesepakatan yang telah dibuat sebelumnya antara peneliti dan informan. Wawancara biasanya dilakukan pada jam 09.00-16.00 WIB. Wawancara sebagian besar dilakukan di ruang tersendiri yaitu ruang tamu dimana hanya ada peneliti dan informan pada saat wawancara. Secara umum wawancara dapat dilakukan dengan lancar kecuali pada informan ke tiga dan sembilan yang sempat terdistraksi oleh hadirnya anak dan cucunya. Untuk mengatasi hal tersebut peneliti mematikan terlebih dahulu *tape recorder* sementara waktu dan menghidupkan kembali saat lingkungan kembali kondusif (tenang) untuk

melanjutkan proses wawancara. Wawancara pada informan pertama dilakukan dengan didampingi oleh istri namun tidak menimbulkan distraksi apapun dalam proses wawancara karena istri hanya mendengarkan saja. Secara umum posisi wawancara dilakukan berhadapan atau duduk bersebelahan namun tetap mempertahankan kontak mata sehingga peneliti tetap dengan leluasa mengobservasi komunikasi non verbal yang ditampilkan oleh informan. Jarak antara peneliti dengan informan pada saat wawancara kurang lebih berkisar 0,5 meter. Jarak dalam batas terapeutik ini bertujuan untuk memudahkan akses peneliti dan informan terhadap *tape recorder* untuk menjamin kualitas hasil rekaman yang baik. Setting lingkungan ditata sedemikian rupa sehingga tidak menimbulkan kesan interogasi bagi informan. Alat perekam yaitu *tape recorder* diletakkan diantara informan dan peneliti, sedangkan lembar *field note* dipegang oleh peneliti untuk mencatat komunikasi non verbal informan dan kondisi lingkungan.

Langkah kedua pada tahap pelaksanaan adalah mengingatkan kembali kontrak atau kesepakatan yang telah dibuat untuk melakukan wawancara. Langkah ketiga adalah proses wawancara mengenai topik perilaku spiritual keluarga. Pertanyaan wawancara meliputi perilaku spiritual, respon dan makna spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku spiritual keluarga dan dampak perilaku spiritual terhadap kemampuan keluarga merawat. Pertanyaan wawancara semi terstruktur telah dikembangkan untuk setiap topik pertanyaan oleh peneliti untuk mendapatkan informasi yang diinginkan. Peneliti mencatat hal-hal yang penting

selama proses wawancara berlangsung dan direkam dengan menggunakan *tape recorder*. Bila suatu topik selesai, informan langsung diberikan pertanyaan baru, demikian seterusnya sampai seluruh topik didiskusikan. Pada *field note*, peneliti mencatat komunikasi non verbal dan kondisi lingkungan yang ditampilkan oleh informan. Komunikasi non verbal yang dimaksud dapat berupa komunikasi non verbal yang mendukung komunikasi verbal atau komunikasi non verbal yang berlawanan dengan komunikasi verbal yang disampaikan informan.

### 3. Tahap penutup

Peneliti mengakhiri wawancara dengan menyimpulkan dan mengklarifikasi informasi yang kurang jelas. Setelah semua topik terjawab peneliti memberikan ucapan terima kasih kepada informan atas partisipasinya serta membuat kontrak untuk melakukan validasi data yang telah didapatkan.

## D. Tempat Dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Bogor, tepatnya di wilayah kelurahan Sindang Barang yang saat ini sedang dikembangkan menjadi Desa Siaga Sehat Jiwa. Alasan pemilihan tempat di wilayah kelurahan Sindang Barang ini adalah untuk memudahkan adanya evaluasi dan supervisi serta merupakan upaya berkesinambungan dalam mengembangkan Desa Siaga Sehat Jiwa.

## 2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai awal Februari 2008 sampai Juli 2008 dan berlangsung selama enam bulan terhitung mulai pengembangan proposal sampai dengan perbaikan dan pengumpulan tesis. Adapun rincian jadwal kegiatan sebagai berikut:

Tabel 3.1.

Jadwal Kegiatan Penelitian Tentang Perilaku Spiritual Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Halusinasi, *A Grounded Theory Study*.

NO	RENCANA PENELITIAN	FEBRUARI				MARET				APRIL				MEI				JUNI				JULI			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Proposal Penelitian																								
2	Ujian Proposal																								
3	Perbaikan Proposal																								
4	Pengurusan Etik																								
5	Pengumpulan dan Analisa data																								
6	Penyusunan Laporan Akhir																								
7	Seminar hasil Penelitian																								
8	Perbaikan Hasil Seminar penelitian																								
9	Sidang Tesis																								
10	Perbaikan Hasil Tesis																								

### E. Etika Penelitian

Prosedur penelitian diawali dengan proses persetujuan etik yang diperoleh dari Universitas Indonesia dengan pertimbangan informan dalam penelitian ini adalah manusia. Informan mendapatkan penjelasan dari peneliti tentang studi *grounded theory* yang akan dilakukan, peran informan sebagai pemberi informasi, dan hak-hak informan termasuk didalamnya hak perlindungan terhadap keamanan baik dari segi fisik maupun psikologis.

Informan diberikan informasi tentang hak untuk memutuskan penelitian jika penelitian yang dilakukan dirasakan mengancam kenyamanan dan keamanan dari informan (*beneficence*). Peneliti menjelaskan tentang keuntungan atau manfaat yang didapatkan oleh informan dan potensial resiko yang dapat terjadi. Pada studi kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* ini informan mengungkapkan seluruh hal-hal yang berkaitan dengan fokus penelitian yaitu perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Potensial resiko yang terjadi adalah gangguan emosi (menangis) yang terjadi pada pengungkapan hal-hal yang bersifat sensitif seperti ketika menceritakan perubahan yang terjadi pada klien dengan halusinasi. Ketika informan menangis, peneliti memberikan kesempatan kepada informan untuk mengekspresikan perasaannya terlebih dahulu. Peneliti sebagai seorang spesialis keperawatan jiwa melakukan intervensi keperawatan jiwa, bersikap *caring* dan menemani klien sampai tenang (*protection from discomfort*), serta mematikan *tape recorder* terlebih dahulu. Setelah informan tenang, peneliti



baru melanjutkan kembali proses wawancara. Pada penelitian ini potensial resiko berupa gangguan sesak napas tidak ditemukan.

Informan menandatangani persetujuan penelitian sesuai dengan standard etik yang dikeluarkan oleh Universitas Indonesia. Kerahasiaan identitas informan dilindungi baik dalam pengumpulan data maupun dalam penyajian hasil penelitian (*confidentiality*), dengan cara melakukan wawancara satu per satu informan dan tidak mencantumkan nama informan namun inisial atau kode informan (P1 sampai dengan P10). Proses etik yang tidak kalah penting adalah persetujuan dari informan sendiri berdasarkan prinsip sukarela untuk memberikan informasi terkait dengan studi *grounded theory* tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah.

#### F. Analisa Data

Burns dan Grove (2003, p.380) menyatakan bahwa dalam studi kualitatif, hasil rekaman wawancara ditranskrip kata per kata dalam bentuk verbatim (lampiran 8). Setelah mentranskrip kata demi kata peneliti melakukan analisa data.

Speziale dan Carpenter (2003) menjelaskan bahwa proses analisa data terdiri dari dua langkah. Langkah pertama proses analisa data dimulai dengan pembentukan konsep yang terdiri atas tiga tahapan yaitu *substance codes*, *categorization* dan *basic social-psychological process indentified*.

Tahap pertama *coding substance* dilakukan saat peneliti mendapatkan data baik dari hasil wawancara maupun catatan lapangan. Data yang diperoleh diidentifikasi kata per kata untuk menentukan kode yang tepat dengan membaca secara berulang-ulang data yang telah didapatkan. Hasil identifikasi ditulis sebagai kode atau kata kunci. Kode atau kata kunci yang dihasilkan merupakan data berupa kata yang sering digunakan oleh informan dan data implisit yang didasarkan pada konsep yang diperoleh dari data (Mullen & Reynolds, 1978).

Tahap kedua *coding categorizing*, peneliti memberikan kode dari data yang diperoleh dengan membandingkan dengan data lain dan menempatkan data berdasarkan kategori sesuai dengan kenyataan (*fit*). Pada tahap ini peneliti membandingkan antar kategori untuk menghasilkan kategori yang saling berhubungan. Untuk menghindari penyimpangan makna, peneliti membaca berulang-ulang makna kalimat yang didapatkan dari informasi informan.

Tahap ketiga *coding social-psychological process identified*, peneliti menyusun tema utama yang dihasilkan dari data yang ada. Tema yang dihasilkan berhubungan dengan fokus penelitian yang dilakukan. Tema dan kategori yang muncul diklarifikasi secara terus menerus kepada informan, ahli *grounded theory* (dalam hal ini pembimbing penelitian) dan ahli pada area yang diteliti. Proses diskusi pada langkah pertama ini dilakukan secara berulang-ulang dengan terus menerus melakukan evaluasi. Tema-tema ini merupakan tingkatan yang paling umum dalam hirarki kluster tema. Peneliti merujuk kembali kesesuaian kluster tema tersebut dengan tujuan khusus penelitian

Tema-tema yang dihasilkan kemudian disusun dalam bentuk tabel kisi tema (lampiran 9). Tema penelitian diintegrasikan ke dalam suatu narasi hasil penelitian sesuai dengan topik penelitian. Narasi hasil penelitian dijelaskan berdasarkan tujuan khusus dan masing-masing tema yang ditemukan. Sub tema, sub-sub tema dan kategori dibuat dalam bentuk deskriptif untuk menggambarkan pembentukan masing-masing tema pada setiap tujuan khusus. Contoh transkrip kata kunci ditulis untuk menggambarkan masing-masing kategori

Langkah kedua proses analisa data menurut Speziale dan Carpenter (2003) adalah pengembangan konsep yang terdiri dari reduksi, pemilihan sampling literatur dan memilih sampling dari data yang diperoleh. Selama proses analisa jumlah kategori yang dihasilkan sangat banyak. Kategori-kategori yang dihasilkan dibandingkan satu sama lain untuk melihat keterkaitannya dengan proses sosial yang dipelajari. Selanjutnya reduksi kategori dilakukan terhadap kategori-kategori yang saling berkaitan untuk menentukan variabel/ kategori utama guna menemukan perilaku sosial yang diteliti.

Selain reduksi, peneliti melakukan *theoretical sampling* untuk mendukung analisa data. *Theoretical sampling* dilakukan untuk membantu peneliti menghubungkan konsep baru. Tujuan *theoretical sampling* ini adalah meningkatkan kualitas data yang diperoleh dengan meyakinkan pembentukan variasi dan proses yang dihasilkan. Selama proses *theoretical sampling* peneliti membuat pertanyaan dan melakukan perbandingan untuk menemukan dan menghubungkan kategori, sub tema dan tema yang terbentuk. Pertama, peneliti memilih partisipan yang mempunyai pengalaman

melakukan perilaku spiritual. Berdasarkan data yang telah diperoleh partisipan satu merupakan partisipan yang melakukan perilaku spiritual. Selain memilih partisipan, peneliti juga mendiskusikan dengan seorang ahli sesuai fokus penelitian. Selanjutnya berdasarkan data hasil penelitian, peneliti membandingkan dan verifikasi pola, konsep, kategori, dan tema yang dihasilkan.

Kegiatan lain yang tidak kalah penting pada langkah kedua ini adalah pemilihan sampling data. Peneliti mengumpulkan data tambahan untuk mengembangkan dan mengidentifikasi kategori utama. Proses pemilihan sampling berakhir ketika saturasi kategori telah terjadi.

#### **G. Keabsahan**

Proses keabsahan penelitian dengan pendekatan grounded teori ini meliputi penjelasan tahapan *fit*, *relevance* dan *work* (Sullivan & Walton, 2004). *Fit* digambarkan sebagai evaluasi hubungan kategori utama terhadap proses sosial yang terjadi. *Relevance* adalah kemampuan kategori utama melaporkan perbedaan antara perilaku dan hubungan kategori utama terhadap data. *Work* adalah menilai kemampuan kategori utama untuk dihubungkan dengan kategori lainnya. Selain itu proses keabsahan juga tetap memperhatikan reliabilitas dan validitas yang dilakukan secara terus menerus dalam mengumpulkan data secara menyeluruh, mengembangkan integritas dan menghubungkan data dengan sumber studi (Burns & Grove, 2003, p.391).

Pandit (1996) menjelaskan empat kriteria kualitas penelitian yaitu reliabilitas, validitas internal, validitas eksternal dan *construct validity*. Reliabilitas mendemonstrasikan operasional penelitian seperti prosedur pengumpulan data sehingga dapat diulang dengan hasil yang sama. Validitas internal dilakukan dengan penyusunan hubungan sebab akibat dengan meletakkan nilai yang sebenarnya berdasarkan temuan studi. Validitas eksternal dilakukan dengan penyusunan domain secara jelas sehingga temuan dapat digeneralisasi. Pada validitas eksternal, referensi diperlukan dalam melakukan analisis. Generalisasi tidak dilakukan berdasarkan nilai statistik dan lebih menekankan perluasan teori bukan memperluas populasi. *Construct validity* dilakukan dengan penyusunan prosedur operasional secara jelas.

Maxwell (1992 dalam Thomson, 2004) mengembangkan lima kategori validitas pada penelitian kualitatif yaitu: validitas deskriptif, validitas interpretatif, validitas teoritis, validitas generalisasi, dan validitas evaluasi. Validitas deskriptif menjelaskan keakuratan data. Data yang diperoleh harus merefleksikan apa yang disampaikan oleh informan. Validitas interpretatif menggambarkan bagaimana peneliti melaporkan makna dari suatu kejadian, objek dan perilaku yang disampaikan oleh informan. Validitas teoritis menggambarkan dan menginterpretasikan aspek teoritis yang dibawa oleh peneliti atau perkembangan teoritis selama proses penelitian terjadi. Validitas teoritis mengevaluasi validitas hubungan konsep dan teoritis terhadap konsep dari fenomena yang dipelajari. Validitas generalisasi menggambarkan kemampuan dalam mengaplikasikan hasil teori dalam kehidupan universal. Validitas evaluasi bergerak dari data yang diperoleh dan menilai dari sudut pandang peneliti.

Beberapa langkah dilakukan peneliti untuk memenuhi keabsahan dalam penelitian ini. Langkah-langkah yang dilakukan lebih didasarkan pada konsep yang disampaikan oleh Pandit (1996) dengan alasan telah mewakili seluruh bentuk keabsahan yang disampaikan oleh Sullivan dan Walton (2004), Burns dan Grove (2003, p.391), dan Maxwell (1992) dalam Thomson (2004).

Reliabilitas mendemonstrasikan operasional penelitian seperti prosedur pengumpulan data sehingga dapat diulang dengan hasil yang sama. Upaya yang dilakukan peneliti untuk memenuhi reliabilitas adalah dengan penyusunan prosedur pengumpulan data. Proses pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan menggunakan pertanyaan semi terstruktur. Penyusunan pertanyaan semi terstruktur ini dilakukan untuk membatasi keluasan topik penelitian dan menekankan pada kedalaman informasi berdasarkan tujuan yang diharapkan.

Validitas internal dilakukan dengan penyusunan hubungan sebab akibat dengan meletakkan nilai yang sebenarnya berdasarkan temuan studi. Untuk memenuhi validitas internal, peneliti mengidentifikasi kata per kata data yang diperoleh dan mengelompokkan berdasarkan kategori yang tepat. Kategori-kategori yang diperoleh selanjutnya dikelompokkan berdasarkan dengan tema yang sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti membaca berulang-ulang data yang diperoleh dan melakukan validasi terhadap ahli *grounded theory* dan ahli keperawatan jiwa komunitas (pembimbing) untuk mengetahui hubungan sebab akibat yang dihasilkan dari tema-tema yang terbentuk berdasarkan tujuan penelitian.

Validitas eksternal dilakukan dengan penyusunan domain secara jelas sehingga temuan dapat digeneralisasi. Pada validitas eksternal, referensi diperlukan dalam melakukan analisis. Generalisasi tidak dilakukan berdasarkan nilai statistik dan lebih menekankan perluasan teori bukan memperluas populasi. Upaya pertama yang dilakukan oleh peneliti untuk memenuhi validitas eksternal meliputi pengumpulan sumber-sumber literatur yang berkaitan dengan perilaku spiritual dan hasil-hasil penelitian terkait. Upaya kedua, melakukan proses membaca sebanyak-banyaknya dan melakukan telaah teori yang berkaitan dengan perilaku spiritual. Upaya ketiga yang dilakukan peneliti adalah dengan pemanfaatan peran pembimbing sebagai salah satu sumber literatur.

*Construct validity* dilakukan dengan penyusunan prosedur operasional secara jelas. Peneliti menetapkan prosedur operasional mulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan sampai dengan tahap penutup. Masing-masing tahapan menggambarkan metode dan alat yang digunakan serta fokus kegiatan. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisa dengan menggunakan konsep Speziale dan Carpenter (2003). Selain itu peneliti juga menjelaskan tentang etika penelitian yang digunakan yaitu prinsip *beneficence, confidentiality, protection from discomfort* dan sukarela.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

Tujuan penelitian adalah untuk menghasilkan teori tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Peneliti menyajikan hasil penelitian dalam tiga bagian. Pertama, peneliti akan menyajikan hasil penelitian dengan menampilkan informasi umum tentang karakteristik informan sesuai dengan konteks penelitian. Kedua, menggambarkan hasil penelitian penyusunan konsep berupa kluster tema yang didapatkan berdasarkan analisa transkrip wawancara. Ketiga, menyajikan model teori perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi berdasarkan proses pengembangan konsep kluster tema yang dihasilkan.

#### **A. Gambaran Karakteristik Informan**

Informan yang berpartisipasi dalam penelitian ini berjumlah sepuluh informan dengan kriteria sedang atau pernah merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Satu orang informan berjenis kelamin laki-laki dan sembilan orang berjenis kelamin perempuan dengan usia keseluruhan diatas 25 tahun. Tingkat pendidikan informan bervariasi mulai pendidikan SD sampai dengan SMA. Tujuh informan berstatus menikah dan tiga informan berstatus janda. Status pekerjaan sembilan informan adalah wiraswasta dan satu orang pegawai negeri. Seluruh informan telah memiliki pengalaman merawat anggota keluarga dengan halusinasi lebih dari satu tahun (lampiran 7).



## B. Penyusunan Konsep

Berikut ini merupakan hasil keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban informan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Lima tujuan khusus penelitian terjawab dalam 26 tema perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, sehingga narasi penjelasan tema selanjutnya diuraikan dalam urutan penomoran mulai tema satu sampai dengan 26. Tujuan khusus pertama, tahapan perilaku spiritual keluarga dijelaskan pada tema satu sampai dengan tema empat. Tujuan khusus kedua, respon setelah melakukan perilaku spiritual keluarga teridentifikasi pada tema lima sampai tujuh. Tujuan khusus ketiga, makna perilaku spiritual keluarga meliputi tema delapan sampai 12. Tujuan khusus keempat, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual keluarga digambarkan dalam tema 13 sampai dengan 20. Tujuan khusus kelima, pengaruh perilaku spiritual keluarga terhadap kemampuan merawat keluarga teridentifikasi dalam tema 21 sampai 26.

### Tema 1: *Reframing*

*Reframing* diartikan sebagai kemampuan keluarga untuk mendefinisikan kembali kejadian stresful dengan tujuan menyiapkan keluarga dalam mengelola kejadian stres tersebut. Salah satu respon yang ditunjukkan dalam perilaku *reframing* adalah menerima kejadian stresful sebagai bagian dari fakta hidup. Studi ini menemukan gambaran perilaku yang mengarah pada gambaran perilaku *reframing* yang diungkapkan dua informan (P) sebagai berikut:

“ Pada saat dia mulai apa namanya “saya kenapa?, saya kenapa?” (*sambil memegang kepalanya*) dia bingung penyakit saya apa ini saya kenapa?, kita keluarga bingung kamu khan nggak papa? Iya tapi Saya kenapa,

saya kenapa bingung, kita belum bertindak apa-apa karena nggak tahu..... meyakinkan bahwa dirinya itu tidak apa-apa (P1)”

“ Saya biarin aja pada awalnya gitu..... Alhamdulillah nggak papa (P9)”

## Tema 2: Mencari Informasi

Mencari informasi mengandung makna perilaku spiritual kedua yang dilakukan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Studi ini menemukan gambaran perilaku yang mengarah pada perilaku mencari informasi.

Perilaku mencari informasi diawali dengan adanya proses **mengajak komunikasi** yang dilakukan oleh keluarga dengan klien sendiri. Sedangkan proses mencari informasi ini dibagi menjadi **sumber informasi** dan **bentuk informasi**. Sumber informasi meliputi **saudara, orang lain** dan **media**. Bentuk sumber informasi meliputi **diskusi dengan keluarga** dan **diskusi dengan orang lain**. Mengajak komunikasi klien ditunjukkan oleh transkrip berikut ini.

” bengong kayak bicara sama seseorang, paling mengangguk-angguk gitu, cuman geleng-geleng kepala, ngangguk gitu aja, kayak ngobrol aja gitu. Kalau saya tanya kenapa kamu? Nggak gitu aja.... (P2)”

” Iya dengan omongan, Eh I marah ya sama mama, ngomong sama mama kalau diem aja mama nggak tahu.....(P9).”

Gambaran tentang kategori sumber informasi yang meliputi saudara tergambar pada transkrip P1, orang lain atau tetangga pada transkrip P7 dan P9, dan media pada transkrip P3 berikut ini:

“ Saya minta bantuan sama saudara tolong si Ab ini begini gimana caranya (P1)”

” Suka bertanya ke tetangga terus dikasih tahu (P7)”

” Suka bicara ke bu RW (P9)”

“ Ya ibu sering tanya gitu ya suka ada di TV juga ya berita-berita .... ibu suka dengerin terus ibu khan juga jualan koran ibu suka baca dimajalah..

Beberapa pernyataan tentang bentuk informasi yang terdiri atas diskusi dengan keluarga teridentifikasi pada transkrip P1 dan P8, sedangkan diskusi dengan tetangga diungkapkan dalam transkrip P7 dan P3:

“ Nah saya rundingan sama saudara (P1)”

“Terus ibu nitip pada saudara ibu runding-runding begitu (P8)”

“Emang iya suka bertanya ke tetangga terus dikasi tahu..... Ngobrol juga, gimana ya anak saya begini-begini. Ya gimana atuh..... (P7)”

“ Habis itu ibu ngobrol lagi sama orang tanya-tanya ke tetangga terus ada yang kasih tahu ke situ aja bu ke pradono katanya. Pradono itu klinik, dokter juga tapi katanya suka praktek di PMI apa di karya bakti gitu..... (P3)”

### Tema 3: Mencari Solusi

Tahapan ketiga perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah mencari solusi. Tahap mencari solusi terbagi menjadi *health professional, traditional support, spiritual support* dan *social support*.

**Pergi ke *health professional*** adalah perilaku keluarga ketika menemukan anggota keluarga dengan halusinasi dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pergi ke *health professional* dibagi menjadi **bentuk pelayanan *health professional***. Bentuk pelayanan *health professional* meliputi **jenis**

**pelayanan *health professional* dan pemberi pelayanan *health professional*.**

Ilustrasi tentang kategori jenis pelayanan *health professional* yang meliputi scanning dan obat teridentifikasi pada informan 1 dan 3 berikut ini:

“.....kemudian anak itu di scanning..... (P1)”

” .....dikasih obat (P3)”

Pemberi pelayanan *health professional* yang teridentifikasi meliputi pelayanan rumah sakit, puskesmas, dokter, dokter spesialis dan perawat. Pemanfaatan pelayanan rumah sakit teridentifikasi pada informan 1 dan 9 berikut ini.

“ Pada saat dia sakit...sakit, segala macam kemudian dia nangis sendiri sudah saya bawa ke rumah sakit.... (P1) “

“ Pertama saya khawatir juga karena pas banting gelas gitu saya bawa ke Marzoeeki oh bukan dibawa ke Marzoeeki tapi nggak dirawat.... (P9)”

Pemanfaatan puskesmas sebagai pemberi layanan kesehatan teridentifikasi pada transkrip berikut ini:

“ Terus langsung aja ke puskesmas hari jumat tuch...(P10)”

Jenis pemberi layanan yang teridentifikasi adalah dokter berdasarkan pernyataan P3, dokter spesialis oleh penjelasan P3 dan perawat yang teridentifikasi pada P3 dan P9. Ilustrasi kategori tersebut tergambar dari transkrip berikut ini:

“ Udah gitu dibawa ke situ dia cocok tuch, dokter umum (P3)”

“ bawa aja ke psikiater itu katanya Junaedi itu ya yang ada di apotik Yasa. Dikasih minum obat udah diemin dulu (P3)”

“ ..... terus gimana yach caranya kebetulan ada mbak Dwi (perawat) ya kesini. Dikasih tahu cara minum obatnya.... (P3)”

“ Ada yang praktek gitu ya kita diidentifikasi gitu ditanya sama bu Tantri, bu sudah berapa lama, lama bu tidak dikasih obat, nah dikasih obat dari situ.. (P9)”

Pemanfaatan *traditional support* merupakan salah satu bentuk perilaku keluarga yang dilakukan dalam mencari solusi ketika keluarga merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Studi ini menemukan gambaran perilaku yang mengarah pada perilaku pergi ke *traditional support*.

Pergi ke *traditional support* terbagi berdasarkan bentuk pelayanan tradisional. Bentuk pelayanan tradisional meliputi jenis pelayanan tradisional dan pemberi pelayanan tradisional. Ilustrasi tentang kategori bentuk pelayanan tradisional adalah sebagai berikut:

“ Kadang-kadang dia suka dikasih jamu dulu waktu saya belum tahu..... (P6)”

” Dia obat kampung, obat kayak apa ya gimana caranya dech.... Ya dikasih doa sama kiai.... sama bapaknya juga.... bapak sendiri didoain sebisa bisa bapak gitu (P7)”

” .... paling dibawa ke pijat refleksi (P6)”

Beberapa pernyataan tentang pemberi pelayanan tradisional diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“.....kesana ke ustad entis.. (P1)”

“diajakin ke paranormal (P3)”

**Mencari dukungan spiritual** adalah perilaku yang berfokus pada kemampuan keluarga untuk menggunakan dukungan spiritual ketika menemukan anggota

keluarga dengan halusinasi. Mencari dukungan spiritual dibagi menjadi **aktivitas langsung dan aktivitas tidak langsung**. Aktivitas langsung meliputi **Aktivitas mandiri dan aktivitas kelompok**. Sedangkan aktivitas tidak langsung dilakukan dengan **mendatangkan tokoh agama**. Ilustrasi tentang kategori aktivitas mandiri tampak dari ungkapan beberapa informan sebagai berikut:

“ Sholat.... saya minta kepada Allah...saya nangis ditempat sholat... cuman jarang ada yang tahu ya (P1)”

” Berdoa aja..... berdoa.... minta aja ke Allah ya, minta dibalikin itu ya kesembuhannya. Terus minta..... sebisa-bisanya Mi aja gitu (P4)”

Pernyataan yang menggambarkan kategori aktivitas kelompok teridentifikasi transkrip berikut:

“ Saya aktifkan ada aktif diluar terutama pengajian (P5)”

“ Pengajian...pengajian sich hampir yach nggak setiap hari sich khan nggak ada di rumah ya. Jadi hari minggu, sabtu paling yang kosong senin sampai selasa aja (P7)”

Ilustrasi aktivitas tidak langsung dengan kategori mendatangkan tokoh agama tergambar dari pernyataan satu orang informan yaitu:

“saya bawa beberapa orang (kiai).....(P1)”

**Mencari dukungan sosial** adalah kegiatan lain yang dilakukan keluarga ketika mencari solusi terhadap stresor yang dialami ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Adapun bentuk dukungan sosial yang diperoleh meliputi

dukungan dari **keluarga, saudara atau tetangga** sebagaimana disampaikan informan berikut ini:

” ngobrol-ngobrol sama anak...(P4)”

” ngumpul dengan saudara.... (P5)”

“suka juga ngobrol dengan tetangga (P6)”

#### **Tema 4: *Passive Appraisal***

*Passive appraisal* adalah persepsi keluarga ketika menghadapi masalah yang digambarkan dengan kemampuan keluarga untuk menerima masalah dengan meminimalkan reaksi. Perilaku *passive appraisal* dapat ditunjukkan dengan berbagai aktivitas pengalihan.

**Aktivitas pengalihan** adalah perilaku keluarga untuk menghindari sementara terhadap stresor yang ada dengan tujuan menurunkan tingkatan stres yang dialami keluarga. Aktivitas pengalihan terbagi berdasarkan **bentuk aktivitas pengalihan**. Bentuk aktivitas pengalihan meliputi **bekerja, mengembangkan hobi, membantu anak, melakukan tugas rumah tangga, aktivitas sosialisasi, menjaga kesehatan fisik, rekreasi, dan terlibat dalam kegiatan kemasyarakatan**. Ilustrasi tentang bentuk aktivitas pengalihan bekerja tampak dari ungkapan informan sebagai berikut:

“ Paling saya keluar aja ya kerja..... (P2)”

“ Iya kalau begitu kerja aja..... (P6)”

Bentuk aktivitas pengalihan mengembangkan hobi teridentifikasi berdasarkan informasi beberapa informan berikut ini:

” Nanam bunga.... iya kalau itu ibu lagi kesal-kesal itu ya dielapin sama ibu tuch daun-daunnya ya (P3)”

“ ya paling ke pepohonan lemparnya ke tanem-tanaman, iya ini semua..... (P9)

Kategori bentuk aktivitas pengalihan membantu anak teridentifikasi pada informan P4:

” suka bantuin anak gitu ...”

Melaksanakan aktivitas rumah tangga merupakan aktivitas pengalihan lain yang dipilih oleh beberapa informan berdasarkan pada transkrip berikut ini:

“ Karena saya banyak kesibukan salah satunya ini rumah tangga, apa keluarga ini yang harus juga mengurus yang lain adik-adiknya begitu khan. Jadi saya nggak ini nggak terlarut dalam kesedihan itu terutama satu sekali saya harus harus mengadu sama yang memiliki kita gitu ya.... agar saya dikuatkan (P5)

Kategori aktivitas sosialisasi teridentifikasi berdasarkan pada pernyataan informan

” suka juga ngobrol dengan tetangga (P6)”

Menjaga kesehatan fisik dilakukan oleh keluarga sebagai bentuk kegiatan pengalihan dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Bentuk aktivitas pengalihan ini digambarkan dengan transkrip berikut ini:

“ olahraga memang iya saya suka berolahraga di rumah (P2)”



“.....dirumah banyak makan, tidur harus cukup..... iya menjaga kesehatan.... kalau sakit dua-duanya gimana ya. Supaya ada yang merawat H. Biar H sehat saya juga sehat (P6)

Aktivitas pengalihan lain yang teridentifikasi adalah aktivitas rekreasi yang teridentifikasi pada gambaran berikut ini

“ saya akan menghibur hati setiap hari, kerja sambil lihat TV aja. Menemani dia lihat TV, diajak ngobrol ... (P6)”

Bentuk terakhir aktivitas pengalihan adalah keterlibatan informan dalam aktivitas kemasyarakatan seperti yang digambarkan P8 berikut ini

“ada kegiatan kecamatan ikut perlombaan (P8)”

#### **Tema 5: Evaluasi diri**

Evaluasi diri merupakan respon terhadap tindakan spiritual yang dilakukan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Setelah melakukan perilaku spiritual informan berespon terhadap hasil perilaku spiritual yang telah dilakukan. Respon yang dihasilkan adalah adanya perubahan kognitif

**Perubahan kognitif** yang terjadi pada informan terjadi sebagai akibat dari perilaku spiritual yang dilakukan. Gambaran tentang perubahan kognitif tampak dari ungkapan informan sebagai berikut:

“saya mikir apa pernah saya pukul (P1)”

### **Tema 6: Perubahan setelah melakukan perilaku spiritual**

Hasil penelitian berupa perubahan setelah melakukan perilaku spiritual memberikan gambaran tentang arti reaksi-reaksi yang muncul segera setelah melakukan perilaku spiritual. Setelah melakukan perilaku spiritual keluarga merasakan adanya perubahan yang terjadi pada psikomotor dan afektif.

Keluarga yang mempunyai **perubahan psikomotor** akibat perilaku spiritual yang dilakukan merasakan dirinya **mengikuti anjuran, marah terhadap layanan kesehatan, menerima klien apa adanya, memberi spirit kepada klien, diam dan melawan klien.**

**Mengikuti anjuran** adalah bentuk perubahan perilaku psikomotor yang ditunjukkan dengan melakukan tindakan sesuai dengan masukan dari orang lain. contoh pernyataan informan yang menyebutkan kategori ini adalah:

“saya bawa aja ke psikiater (P3)”

**Marah terhadap layanan kesehatan** merupakan bentuk kekecewaan yang diekspresikan dalam bentuk kemarahan akibat ketidakberhasilan layanan kesehatan dalam menyembuhkan klien. Ilustrasi yang menggambarkan kategori tersebut adalah:

“saya marah sekali sama dokternya (P1)”

“Saya jadi agak kesal sama obat gitu (P1)”

**Menerima klien apa adanya** adalah tindakan keluarga untuk menerima kekurangan klien. Kategori ini teridentifikasi dari transkrip berikut ini

“tapi saya nggak nyalahin dia (P1)”

**Memberi spirit kepada klien** adalah bentuk perubahan psikomotor yang dialami oleh beberapa informan. Ilustrasi kategori ini tergambar dari pernyataan informan pertama berikut ini

“membangkitkan harga dirinya, keimanannya.. (P1)”

“kepercayaan dirinya itu yang menjadi sasaran saya... (P1)”

Perubahan lain yang dirasakan oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual adalah menjadi lebih pendiam ketika menghadapi klien. Sikap **diam** ini teridentifikasi sebagai bentuk rasa bosan yang dialami keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

“ dia nanya ini paling saya diam, ngak terlalu digubris gitu, saya sendiri suntuk gitu khan (P2)”

**Melawan klien** adalah perubahan psikomotor yang bersifat kurang adaptif yang dirasakan keluarga ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Kategori ini teridentifikasi pada informan pertama sebagaimana disampaikan dalam transkrip berikut ini

“ kalau dia galak saya datang pura-pura aja bawa tongkat (P1)”

Keluarga yang mempunyai **perubahan afektif** akibat perilaku spiritual yang dilakukan merasakan dirinya **lebih nyaman dan tidak nyaman**. Kategori **perasaan lebih nyaman** menunjukkan adanya rasa nyaman karena perkembangan positif yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Beberapa contoh pernyataan informan yang menyebutkan kategori perasaan lebih nyaman, dapat dilihat pada transkrip berikut :

“ Alhamdulillah ibu sekarang senang.. (P3 dan P7)”

“ sedihnya ilang... (P4)”

Perubahan afektif berupa **perasaan tidak nyaman** teridentifikasi karena adanya perkembangan klien yang kurang menyenangkan bagi keluarga. Kategori tersebut teridentifikasi pada transkrip berikut:

“ sebenarnya saya nggak terlalu suntuk, cuman ngelihat dia perasaan gimana gitu (tertawa sambil mengusap air mata) (P2)”

“ saya merasa gagal menjadi orang (P1)”

#### **Tema 7 : Persepsi Manfaat Obat**

Narasi persepsi keluarga terhadap manfaat obat memberikan pemahaman terhadap arti manfaat dan kerugian yang dirasakan oleh keluarga setelah mengkonsumsi obat. Persepsi keluarga terhadap manfaat mengkonsumsi obat pada penelitian ini didapatkan dua golongan yaitu **sikap percaya** dan **tidak percaya** terhadap manfaat obat. **Sikap tidak percaya** yang dipersepsikan keluarga berupa **sikap tidak percaya terhadap obat, hasil pengobatan dan layanan kesehatan**.

**Sikap tidak percaya terhadap obat** menunjukkan adanya sikap kurang memahami manfaat dari obat. Kategori tidak percaya terhadap obat teridentifikasi dari transkrip berikut:

“.....saya nggak percaya sama obat-obatan” ( P1).

“.....nggak usahlah mesti berobat-berobat gitu ya” ( P2 ).

**Sikap tidak percaya terhadap hasil pengobatan** teridentifikasi karena adanya ketidakberhasilan obat dalam mengatasi perubahan perilaku yang terjadi pada klien. Ilustrasi berikut menggambarkan terbentuknya kategori tidak percaya terhadap hasil pengobatan

“ .... setelah berobat sekian kali ada sembuh terus nggak (P5)”

**Sikap tidak percaya terhadap layanan kesehatan** teridentifikasi sebagai bentuk keraguan keluarga terhadap layanan kesehatan. Gambaran kategori tersebut dapat diperoleh dari informan berikut:

“ .... sebenarnya saya masih bertanya juga akurat nggak (P1)”

“ .... sebenarnya rumah sakit juga nggak ngejamin (P2)”

Keluarga juga merasakan sikap percaya terhadap pengobatan yang dilakukan oleh anggota keluarga yang mengalami halusinasi. **Sikap percaya** terjadi karena keluarga merasakan keberhasilan terhadap hasil pengobatan. Sikap percaya tersebut tergambar dengan **rasa haru, bersyukur** dan **melanjutkan pengobatan**.

**Rasa haru** merupakan bentuk rasa percaya keluarga terhadap manfaat pengobatan. Rasa haru ini teridentifikasi transkrip di bawah ini:

“..... tapi begitu disebut normal-normal saya juga nangis”. (P7)

**Bersyukur** adalah bentuk kedua dari sikap percaya terhadap manfaat pengobatan. Bersyukur adalah sikap berterima kasih yang dipanjatkan kepada Allah karena perkembangan klien yang positif. Ilustrasi rasa bersyukur teridentifikasi dari gambaran berikut ini:

” Alhamdulillah bagus ya...jadi normal kembali dia, semangatnya ada kepercayaan dirinya ada, jadi ya saya membuat hati saya senang juga ya, bahagia dan bersyukur terutama.... bersyukur ” (P5).

” Katanya juga dia bisa ngobatin juga ke saraf, itu apa Alhamdulillah ada kemajuan ya dia nggak apa..... (P3)”

**Melanjutkan pengobatan** merupakan bentuk rasa percaya yang ditunjukkan oleh keluarga terhadap manfaat obat. Kategori ini teridentifikasi dari pernyataan berikut ini

”..... jangan lupa minum obat”. (P9).

Bertolak dari tema persepsi terhadap obat di atas, maka dapat diketahui bahwa mengkonsumsi obat akan menimbulkan dua persepsi yaitu adanya manfaat obat dan adanya kerugian dari obat. Persepsi ini akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam berespon terhadap perilaku spiritual yang dilakukan.

## Tema 8 : Makna Perubahan Sikap

Makna perubahan sikap yang dirasakan oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah perubahan sikap adaptif dan sikap maladaptif.

**Perubahan sikap adaptif** berarti keluarga merasakan perbedaan antara sikap diri yang tidak merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sebelum dengan sesudah melakukan perilaku spiritual. Keluarga merasa **tambah sabar, pasrah, terbuka kepada orang lain/ keluarga, semakin dekat dengan Tuhan, rileks, dan tambah pengetahuan.**

Perubahan sikap menjadi **lebih sabar** teridentifikasi sebagai bentuk adaptif terhadap perilaku spiritual yang telah dilakukan oleh keluarga. Ilustrasi tentang gambaran kategori tambah sabar dijelaskan dalam transkrip berikut ini:

“.....sekarang sama anak nggak berani kasar” ( P1).

” ..... saya coba belajar sabar” (P3)

Sikap **pasrah** merupakan bentuk sikap **menyerahkan** segala persoalan kepada Tuhan dengan terlebih dulu melakukan tindakan untuk menyelesaikannya.

Gambaran kategori ini dijelaskan oleh informan P2 berikut ini:

“.....sadar aja gitu ah yang penting kita jalani, pasrah, pasrah bukan berarti menyerah” ( P2 ).

**Terbuka terhadap orang lain** merupakan bentuk makna yang diambil oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual. Terbuka diartikan kemampuan

keluarga untuk bisa mengungkapkan perasaannya ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi kepada orang lain. Kategori ini teridentifikasi dari transkrip berikut ini:

” .... kalau saya udah kesel sama dianya gitu, saya paling ngomong sama kakak-kakak yang lain” (P2)

” tambah bahagia aja di keluarga, komunikasi lancar” (P3)

**Semakin dekat dengan Tuhan** merupakan makna lain yang dirasakan oleh informan. Gambaran tentang kategori tersebut teridentifikasi dari pernyataan berikut ini:

“ Semakin dekat sama Allah harus gimana lagi atuh ya. Pasrah aja ke Allah bu” (P6)

” .... makin deket kita mintanya, mintanya berdoanya bener-bener...” (P7)

**Tambah pengetahuan** adalah bentuk perubahan sikap yang dirasakan oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual. Keluarga merasa lebih mendapatkan ilmu dengan merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Gambaran tentang kategori ini teridentifikasi dari pernyataan P7 berikut ini:

” Iya jadi nambah ilmu, bapak emang dulu suka tapi sekarang nambah ininya pengetahuannya” (P7)

**Perubahan sikap maladaptif** terjadi pada keluarga setelah melakukan perilaku spiritual ketika keluarga merasakan adanya akibat yang dirasakan merugikan



keluarga. Perubahan sikap maladaptif dirasakan keluarga dengan **sikap marah** sebagaimana disampaikan oleh informan berikut ini:

“ yang membuat saya kesal gitu doang” ( P2 ).

### **Tema 9 : Makna Harapan positif**

Keluarga memandang perilaku spiritual sebagai sarana untuk mencapai harapan positif yang ada sebelumnya. Perilaku spiritual akan membangun **harapan positif terhadap anggota keluarga yang mengalami halusinasi (klien) dan harapan positif sebagai caregiver.**

Harapan positif terhadap klien adalah harapan yang mengarah terhadap perubahan yang positif terhadap kehidupan klien. Harapan keluarga terhadap klien adalah **kesembuhan, menyelesaikan kuliah, mandiri dalam ADL, menjadi anak sholeh, dapat bekerja, dapat berkomunikasi, menjadi role model, tidak kambuh dan keharmonisan keluarga.**

**Kesembuhan** merupakan salah satu yang diharapkan oleh keluarga. Harapan atas kesembuhan klien tersebut disampaikan oleh seluruh informan dalam bentuk keinginan keluarga agar klien sembuh. Berikut ini adalah ilustrasi yang menampilkan keinginan keluarga akan kesembuhan klien:

“ Ya... minimal anak saya harus sembuh (*tangan menggenggam dan dengan suara tegas, sesekali tangan mengusap mata*).... “( P1)

“ Pinginnya sembuh selamanya ya bu ya jangan sampai masuk lagi (P6)”

Harapan positif lain terhadap klien yang teridentifikasi adalah agar klien dapat **menyelesaikan kuliah**. Harapan ini teridentifikasi pada informan pertama sebagai berikut:

“ ..... Yang nomor satu kuliah selesai dulu”

**Mandiri dalam *Activity Daily Living* (ADL)** merupakan harapan ketiga keluarga terhadap klien. Kemandirian ADL adalah kemampuan klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain. Ilustrasi tentang harapan kemandirian ADL ini tergambar pada transkrip berikut ini:

“ Opnya jadi nggak usah ibu suruh-suruh, sudah mandi gitu ya minum teh manis, Op makan, minum obat sudah bisa sendiri ya, terus dia ambil air nyiram-nyiram bunga gitu, ibu ngerjain yang lainnya. Itu mah sudah ibu lihatin bagus gitu ya. Jangan banyak-banyak nyiram bunganya nanti takut bunganya pada mati akarnya kebusukan. Setiap hari dia kerjakan.... (P3)”

**Menjadi anak sholeh** merupakan kategori lain yang teridentifikasi berdasarkan harapan positif terhadap klien. Ilustrasi tentang harapan menjadi anak sholeh dapat teridentifikasi pada transkrip berikut ini:

“ supaya keluarga ibu selamat, anak supaya apa yach ibu ngajarin anak-anak menjadi anak yang sholeh, keluarga ibu selamat. .... “ (P3)

Dapat bekerja merupakan harapan positif keluarga yang disampaikan terhadap klien. Gambaran tentang ilustrasi kategori tersebut teridentifikasi berdasarkan transkrip berikut:

“ .....dapat bekerja lagi (P3)

Harapan positif lain yang teridentifikasi terhadap klien adalah **dapat berkomunikasi**. Dapat berkomunikasi diartikan sebagai kemampuan setiap anggota keluarga untuk melakukan komunikasi didalam keluarga. Ilustrasi tentang gambaran kemampuan berkomunikasi teridentifikasi sebagai berikut:

“Maknanya ibu jadi tambah bahagia aja di keluarga ibu ya meskipun ibu keadaannya sederhana, ibu sama bapak apa sama anak-anak komunikasi lancar ibu gitu ya. Sama Op sama bapaknya juga sekarang kalau ada masalah kecil nggak ibu tanggapin dengan emosi (P3)”

”..... pinginnya Aak ya cerita ya (P4)”

Menjadi **role model** adalah harapan lain keluarga terhadap klien. Harapan ini terbentuk karena status klien yang telah berkeluarga dan memiliki anak. Gambaran tentang kategori tersebut teridentifikasi berdasarkan transkrip berikut ini:

“.....menjadi contoh buat anak-anak..... (P7)

Harapan keluarga terhadap klien adalah **tidak kambuh**. Tidak kambuh diartikan sebagai harapan agar klien berada tetap pada status sehat dan tidak mengalami gangguan. Kategori ini teridentifikasi berdasarkan transkrip berikut ini:

“Ibu terus aja semangat ya Op alhamdulillah gitu ya Op mau sudah sembuh, ibu senang gitu ya melihat si Op sembuh (*sambil tersenyum dan memegang dada*), mudah-mudahan ya nggak kambuh lagi ya (P3)

**Keharmonisan keluarga** adalah harapan terakhir terhadap klien yang teridentifikasi berdasarkan pernyataan informan. Ilustrasi tentang kategori keharmonisan keluarga teridentifikasi berikut ini:

”Cena supaya si I rumah tangganya harmonis gitu, Kalau gini khan berumah tangganya kurang (P7)

Harapan positif *caregiver* adalah harapan *caregiver* terhadap perawatan yang diberikan kepada klien. Harapan positif *caregiver* meliputi **perasaan merawat dengan ikhlas, ketentraman batin, dan dapat mengatasi masalah**

**Perasaan ikhlas** merupakan harapan positif yang dimaknai oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual. Iklas diartikan sebagai bentuk perawatan yang tidak menginginkan adanya imbalan atau beban dalam merawat. Ilustrasi kategori tersebut teridentifikasi dalam transkrip berikut:

“.....menghadapi tidak terlalu beban“( P2 ).

**Ketentraman batin** adalah perasaan tenang dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Gambaran tentang ketentraman batin ini teridentifikasi berdasarkan pernyataan berikut ini:

“ ..... perasaan menjadi tenang, menjadi plong”( P2)

Harapan positif *caregiver* ketiga adalah **dapat mengatasi masalah**. Dapat mengatasi masalah adalah kemampuan keluarga untuk menyelesaikan segala

stresor yang muncul. Ilustrasi kategori ini teridentifikasi berdasarkan transkrip berikut ini:

“ ..... mudah-mudahan saya cepat berlalu gitu ya “ (P3)

### **Tema 10 : Instrospeksi Diri**

Perilaku spiritual dipandang sebagai media untuk melakukan evaluasi terhadap diri sendiri. Evaluasi diri dilakukan dengan melakukan **instrospeksi diri** sebagaimana diungkapkan informan berikut :

“ saya merasa paling bagus mengasuh anak” (P1).

“ mungkin hujan-hujan itu mengingatkan saya “(P5)

### **Tema 11 : Rasionalisasi**

Keluarga memandang melakukan perilaku spiritual dalam merawat anggota keluarga dengan halusainasi sebagai rasionalisasi. **Rasionalisasi** yang disampaikan oleh keluarga terjadi karena keluarga yakin akan **intervensi dari Tuhan**. Bentuk keyakinan akan intervensi dari Tuhan tampak pada pernyataan informan berikut ini.

“ .....sebagai ujian buat saya ( P2, P4, P5, P9, dan P10).

“ ..... keyakinan ke Allah gitu ya, Allah teh betul-betul ada” (P3).

### **Tema 12 : Adanya Sistem Pendukung**

Keluarga memandang bahwa dengan melakukan perilaku spiritual dalam merawat anggota keluarga dengan halusainasi keluarga mempunyai **sistem pendukung**. .

**Adanya sistem pendukung** digambarkan dengan perasaan tidak sendiri saat menghadapi stresor seperti yang disampaikan dua informan berikut ini:

“ Ibu suka membanding-bandingkan sama orang lain lebih dari ibu penderitaannya (P3)”

“ Barangkali sudah nasib saya bukan kita aja yang begini jadi nggak begitu stres begitu “(P8).

### **Tema 13: Latar Belakang Sosial Budaya**

Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah latar belakang sosial budaya. Pernyataan yang mendukung terbentuknya kategori latar belakang sosial budaya disampaikan oleh seorang informan berikut ini:

“ Lingkungan anak saya itu lebih banyak ke agama (P1)”

### **Tema 14: Intensitas Stresor**

**Intensitas stresor** adalah lamanya waktu dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dari munculnya gejala sampai dengan saat ini. Perbedaan **intensitas merawat** merupakan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku spiritual keluarga. Pernyataan yang mendukung terbentuknya tema intensitas stresor disampaikan oleh informan pertama tentang lamanya merawat dan dampaknya terhadap perilaku spiritual sebagaimana pernyataan berikut ini:

“ Setahun yang lalu..... saya harus belajar sabar, luar biasa sabar....ini saya kayak diajari sama anak gitu...supaya apa? Supaya sabar... kalau nggak begitu kacau. Saya sampai dipukul saya diam, masak bodoh saya mau gimana saya dipukul. Sampai uang ditempatnya ilang saya sabar karena saya tahu dia

nggak sadar. Saya tahu dia kehilangan kontrol. Itu yang menjadi patokan saya. Sekarang sama anak nggak berani bersikap kasar”

### Tema 15: Berat Stresor

**Berat stresor** adalah beratnya stresor yang dihadapi oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dari munculnya gejala sampai dengan saat ini. Berat stresor tergambar dengan semakin bertambah dan parahnya gejala yang dialami klien sebagaimana digambarkan oleh informan pertama berikut ini:

“Belum tapi sudah diduga itu saraf katanya, nah saya bawa ke rumah sakit minum obat-minum obat tidak ada bekas sama sekali bahkan dia tambah bingung, saya jadi agak kesal sama obat gitu ya .... sebetulnya obat apa yang diberikan kok tidak ada bekasnya (*ekspresi wajah tampak kesal dan wajah tampak tegang*), contohnya begini dia khan nggak bisa tidur, tidak bisa tidur terus minum obat itu... tidak bisa tidur, saya kasih panadol tidur, jadi ini sebenarnya nggak kena sasaran saya bingung (*menggelangkan kepala, tangan tampak menggenggam karena kesal*), nggak percaya, padahal kalau ngasih obat itukan sebetulnya lihat kondisinya. Jangan memberi orang coba ini dulu coba ini dulu karena berhubungan dengan penyakit... Begitu dia makin bingung penyakitnya nggak sembuh-sembuh pakai obat tambah kalap obat 50 butir itu diminum semua....”

### Tema 16: Frekuensi Kambuh

Faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga melakukan perilaku spiritual adalah frekuensi kambuh. **Frekuensi kambuh** adalah keseringan klien mengalami kekambuhan terhadap gangguan halusinasi yang dideritanya. Seringnya klien kambuh terungkap dari pernyataan informan enam sebagai berikut:

“Setahun sudah sembuh setahun ditunda lagi berobatnya, kemudian dia kerasa lagi. Udah gitu masuk ke rumah sakit. Dua minggu lagi dia dirawat terus pulang lagi, sekarang Alhamdulillah sudah normal, kalau kata saya sich sudah normal”

“ Alhamdulillah....Bersyukur pada Allah.... sudah disembuhkan anak saya. Saya berdoa terus minta dinormalkan lagi jangan sampai kayak yang udah-udah. Jangan sampai terulang lagi ”

### **Tema 17: Persepsi Keluarga tentang Penyakit Klien**

Penelitian ini menemukan pandangan keluarga terhadap penyakit/ gangguan yang dialami klien. Penilaian tentang kondisi klien secara eksplisit menunjukkan kondisi klien dan penyebab gangguan

**Kondisi klien** mengandung pemahaman keluarga terhadap keadaan yang terjadi pada klien. Gambaran kategori tema persepsi kondisi klien terungkap dalam pernyataan berikut :

“ jadi ternyata dia itu seolah-olah cuma sugesti aja kepalanya sakit gitu khan” ( P1 ).

“ Cuma dia mungkin karena udah tua kali ya, otaknya juga udah gelap kali ya” ( P2).

**Persepsi penyebab gangguan** berarti pandangan keluarga terhadap faktor-faktor yang menyebabkan gangguan yang dialami oleh klien. Pernyataan di bawah ini melukiskan pandangan informan tentang kategori tema tersebut :

“ mungkin, mungkin kesambet gitu ya ...( P3).

### **Tema 18: Pencapaian Tujuan Perawatan**

Penelitian ini menemukan pencapaian tujuan perawatan yang dicapai oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual. Pencapaian tujuan perawatan ini dibagi menjadi



dua aspek yaitu tujuan perawatan yang telah dicapai dan tujuan perawatan yang belum tercapai terhadap klien.

**Tujuan perawatan yang telah dicapai** mengandung arti bahwa keluarga berhasil mencapai tujuan perawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Gambaran kategori tema pencapaian tujuan perawatan yang telah dicapai terungkap dalam pernyataan berikut :

“ ..... ini salah ini bener sudah tahu, ibadah udah jalan, sholat sudah nggak usah disuruh-suruh lagi, makan segala, tidur normal...” ( P1 ).

“Sekarang tuch sebenarnya dia sudah sembuh kalau kata saya mah...” (P2).

“kalau diajak ngobrol dia bener...” (P2)

**Tujuan perawatan yang belum tercapai** berarti tujuan yang belum berhasil dilakukan oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual. Pernyataan di bawah ini melukiskan pandangan informan tentang kategori tema tersebut :

“ yang paling ngeri saya sama mindernya (klien) yang masih belum ilang...( P1).

#### **Tema 19 : Alasan Merawat**

Hasil penelitian tentang alasan merawat menggambarkan pengaruh faktor-faktor yang memicu keluarga untuk merawat klien. Alasan merawat ini dipengaruhi oleh dua alasan yaitu tinggal serumah dan hubungan *caregiver* dengan klien.

**Tinggal serumah** adalah alasan kedekatan fisik yang membuat keluarga melakukan perilaku spiritual kepada klien. Beberapa kutipan pernyataan informan berikut ini menggambarkan keberadaan kategori tema tersebut :

” kalau saya masih disini pasti saya akan merawat, cuman saya tidak bisa janji (P2).

**Hubungan caregiver dengan klien** adalah alasan ikatan kekeluargaan yang membuat keluarga melakukan perilaku spiritual kepada klien. Beberapa kutipan pernyataan informan berikut ini menggambarkan keberadaan kategori tema tersebut :

” ya karena dia kakak kandung...kalau orang lain saya mungkin nggak bisa ( P2 ).

” anak ....anak pertama Atuh ya....(P4)

#### **Tema 20: Keyakinan Diri**

Salah satu faktor yang mempengaruhi keluarga melakukan perilaku spiritual adalah keyakinan diri. **Keyakinan diri** mengandung makna keyakinan terhadap kemampuan diri dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. pernyataan informan yang mendukung tema tersebut adalah sebagai berikut:

“ Kok saya punya inisiatif sendiri, nggak ada dorongan dari lingkungan bahkan dulu waktu dia sakit, ada yang memojokkan sekali, menghujat ya itulah yang saya anggap eh jadi untuk pertimbanganlah ... yang hujatan mengingatkan saya memperbaiki sikap saya dan keluarga gitu. Saya tanamkan juga sama anak-anak. Saya yang eh punya prinsip jadi saya jangan sampai merugikan mereka atau menyakiti mereka, Kalau misalnya saya yang tersinggung... saya untuk apa...ya tabahkan (P5)”

### **Tema 21: Kemampuan Memanfaatkan Sumber Pendukung**

Sumber pendukung dibutuhkan keluarga dalam melakukan perilaku spiritual saat merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Sumber pendukung meliputi keluarga dan teman.

**Keluarga** mengandung makna orang yang mempunyai ikatan darah atau hubungan psikologis yang menjadi sumber pendukung dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Beberapa contoh pernyataan informan mengenai kategori tema tersebut antara lain :

”..... kakaknya adiknya ngedukung” ( P3 ).

” .....adiknya khan sudah pulang ngobrol enak aja gitu” ( P9 ).

”..... Kakaknya kesana kesini minta sareat” ( P10).

**Teman** mengandung makna orang yang menjadi tempat berbagi. Kategori tema tersebut didukung oleh pernyataan informan sembilan:

”..... Ke teman dekat suka dibawa” ( P9 ).

### **Tema 22 : Peran dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi**

Peran dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi menggambarkan peran yang dilakukan keluarga ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Peran dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi meliputi peran pengambil keputusan dan peran sebagai *caregiver* utama.

**Peran pengambil keputusan** digambarkan sebagai peran untuk memutuskan perawatan yang diberikan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Kategori tema tersebut didukung oleh pernyataan informan pertama sebagai berikut:

”..... keputusan bersama, saya dengan saudara” ( P1 ).

**Peran sebagai *caregiver* utama** mengandung makna peran keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Kategori tema tersebut didukung oleh pernyataan dua informan sebagai berikut:

”..... saya selalu harus ngawasin dia” ( P1)

“ Nyuci (pakaian klien) ibu, dia mah dia takutnya begitu kalau tiba-tiba jatuh pingsan, pingsan paling berapa menit gitu. Takutnya jatuh dikamar mandi takut gitu, jadi nggak boleh mengurangi kegiatan yang berat sama ibu, masak aja juga nggak dikasih (P7)

### **Tema 23: Kemampuan mengenali munculnya gejala/ kambuh**

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi tampak pada **kemampuan keluarga mengenali munculnya gejala/ kambuh**. Kemampuan keluarga mengenali munculnya gejala/ kambuh dilakukan dengan memperhatikan adanya **gejala gangguan**. Kemampuan mengenali gejala gangguan yang terjadi pada klien terungkap dari pernyataan informan sebagai berikut:

“....suatu saat dia nggak bisa tidur dikasih obat nggak bisa tidur juga...” (P1)

“.....saya membaca kondisi anak...” (P1)

“....kalau lagi gimana gitu kayak orang sakit, bengong gitu, pandangannya kosong...”(P2)

#### **Tema 24: Kemampuan Merawat Klien dengan Halusinasi di Rumah**

Kemampuan merawat klien dengan halusinasi di rumah mengandung makna kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan di rumah yang ditunjukkan dengan **bentuk tindakan merawat klien dengan halusinasi.**

**Bentuk tindakan merawat klien dengan halusinasi** adalah macam-macam tindakan yang dilakukan dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Bentuk tindakan merawat klien dengan halusinasi antara lain **meningkatkan komunikasi dengan klien, memenuhi aktivitas sosialisasi, memenuhi kebutuhan rekreasi rekreasi, memenuhi kebutuhan olahraga, memenuhi kebutuhan/ aktivitas seni, mengisi waktu luang, pemenuhan kebutuhan spiritual, peningkatan spirit/ semangat terhadap klien, peningkatan ADL klien, pemenuhan kebutuhan kasih sayang, dan pemenuhan kebutuhan dasar manusia.**

**Meningkatkan komunikasi dengan klien** mengandung makna melatih kemampuan klien dalam berkomunikasi. Ilustrasi tentang kategori tema tersebut terungkap dari informan sebagai berikut:

“Ya nunggu dia dulu aja, ngomong ke dia pelan-pelan. Misalnya dia mah suka tidur sekarang, mana obat tidurnya diminum lagi dech gitu. Ya Alhamdulillah bisa tidur lagi ya (P6)”

“ Saya kuncinya adalah dia bagaimana dia berkomunikasi dengan orang gitu, jadi untuk itu saya tiap pagi pasti dech bawa dia jalan-jalan keluar setengah jam atau satu jam (*tangan manunjuk ke arah jalan yang biasanya dilakukan jalan-jalan*). (P1)

**Memenuhi aktivitas sosialisasi** mengandung makna keluarga memenuhi kebutuhan klien dalam berinteraksi dengan orang lain. Kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sosialisasi ini terungkap dalam transkrip berikut ini:

“ Kerumah saudara, nanti dia walaupun disana dengan anak kecil ngobrol dengan saudara-saudaranya gitu khan atau dengan bibinya, atau dengan kakeknya, dengan neneknya ngobrol sebentar, Walaupun sepele dua patah mula-mulanya khan gitu (P1)

**Pemenuhan kebutuhan rekreasi** mengandung makna kemampuan keluarga dalam memenuhi aktivitas rekreasi klien. Ilustrasi tentang pemenuhan kebutuhan rekreasi klien terungkap dari informasi informan berikut ini:

” Iya keluar ke Cilendek ke tempat saudara, diajak piknik juga kemarin, ke taman safari sich, dulu juga pernah dibawa ke Cicurug (P9)”

**Memenuhi kebutuhan olahraga** mengandung makna memfasilitasi segala sarana dan prasarana pendukung olah raga yang diperlukan oleh klien. Gambaran tentang pemenuhan kebutuhan olah raga yang dilakukan keluarga terungkap dari transkrip berikut ini:

” saya beliin meja pingpong karena saya tahu meja pingpong itu khan butuh perhatian tapi tidak butuh pemikiran khan gitu ya...Dia memperhatikan bola pada saat dia memperhatikan bola pasti ininya jalan gitu khan. Bagaimana bola supaya itu kembali lagi. Saya belikan meja pingpong. (P1)”

Kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di rumah mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan klien dalam melakukan **aktivitas seni**. Ilustrasi tentang gambaran aktivitas pemenuhan kebutuhan seni terungkap sebagai berikut:

“ Saya beliin alat-alat musik, saya beliin gitar, piano juga ada walaupun itu pinjam ya...saya belikan sound sistem. Waktu dulu waktu eror ya...dia main gitar manggil anak anak band... waa... Saya sudah gembira... barangkali bisa hilang dengan cara begini (P1)”

Aktivitas lain yang menunjukkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah **pemanfaatan waktu luang**. Aktivitas mengisi waktu luang mengandung makna mengisi waktu luang dengan aktivitas-aktivitas positif. Gambaran tentang kategori tersebut teridentifikasi dalam transkrip berikut ini

“ terus dia ambil air nyiram-nyiram bunga gitu, ibu ngerjain yang lainnya. Itu mah sudah ibu lihatin bagus gitu ya. Jangan banyak-banyak nyiram bunganya nanti takut bunganya pada mati akarnya kebusukan (P5)”

**Pemenuhan kebutuhan spiritual** mengandung makna memfasilitasi kebutuhan klien dalam melakukan aktivitas spiritual. Aktivitas pemenuhan aktivitas spiritual tersebut tergambar dalam transkrip berikut ini:

“kadang-kadang saya ajak ngaji al Quran (P1)”

**Peningkatan spirit/ semangat terhadap klien** merupakan bentuk suportif keluarga terhadap klien. Kemampuan keluarga dalam meningkatkan semangat klien terungkap dari transkrip berikut:

“memberikan semangat dia untuk bekerja (P1)”

**Peningkatan ADL klien** mengandung makna peningkatan kemampuan keluarga dalam mendorong peningkatan ADL klien. Keluarga meningkatkan kemandirian klien sebagaimana terungkap pada penjelasan informan berikut ini

“ Opnya jadi nggak usah ibu suruh-suruh, sudah mandi gitu ya minum teh manis, Op makan, minum obat sudah bisa sendiri ya (P3)”

**Pemenuhan kebutuhan kasih sayang** mengandung pengertian kedekatan emosional yang terjalin antara pemberi perawatan dan klien. Pemenuhan kebutuhan kasih sayang ini terungkap berdasarkan informasi berikut ini:

“Tindakan ibu.... Opnya jadi sayangnya ke ibu gitu ya...*(menangis, terisak-isak sambil terus menghapus air mata)*... Ibu suka sedih ke ibu kasih sayangnya ke dia *(diam sejenak dan terisak)*...Ibu mah suka gini cepet sedih ya... Kalau ibu lagi diam dia pijitin.... takut ibu meninggal katanya *(terus bercerita sambil tersedu, sesekali tampak tangan kanannya mengusap air mata)*. Jadi sekarang mah kasih sayangnya ke ibu mungkin dia merasa kasih sayang ibu ke dia...Kalau dia sudah sembuh gitu lebih sayang ke ibu. Ibu ke dia tambah sayang.... *(sambil terus mengusap air mata)*. Semakin tambah.... (P6)

**Pemenuhan kebutuhan dasar manusia** merupakan kemampuan keluarga sebagai pemberi perawatan dengan memenuhi kebutuhan dasar klien. Pemenuhan kebutuhan dasar bagi klien tergambar dari ilustrasi yang ditampilkan dalam transkrip berikut ini:

“makanan bergizi harus di kasihkan... (P6)”



## **Tema 25 : Kemampuan Keluarga dalam Menggunakan Fasilitas Kesehatan**

Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas kesehatan teridentifikasi dalam bentuk fasilitas kesehatan dan macam tenaga kesehatan.

**Bentuk fasilitas kesehatan** mengandung pengertian macam-macam fasilitas kesehatan yang dimanfaatkan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Keberadaan kategori tema bentuk fasilitas kesehatan tersebut terungkap pada pernyataan berikut ini :

”..... saya bawa ke rumah sakit.....” ( P1 dan P2 ).

**Macam tenaga kesehatan** mengandung macam-macam profesi kesehatan pemberi pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Keberadaan kategori tema macam tenaga kesehatan tersebut terungkap pada pernyataan berikut ini :

”..... bawa aja ke psikiater.....” ( P3).

” .... dibawa ke dokter..... (P4 dan P5)

“ ..... mbak Dwi kesini (perawat).... (P3)

## **Tema 26 : Strategi Perawatan yang Diberikan**

Perilaku spiritual yang dilakukan keluarga akan mempengaruhi pendekatan perawatan yang diberikan ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Strategi perawatan yang diberikan dibagi menjadi pendekatan agama, pelayanan *health professional*, pendekatan tradisional dan komunikasi terbuka.

**Pendekatan agama** mengandung arti pendekatan perawatan yang dilakukan dengan menjalankan perintah-perintah agama dan ritual agama terutama berkaitan dengan Tuhan. Pendekatan agama ini tergambar dalam informasi berikut ini:

“.....saya sich pinginnya dia masuk pesantren “( P3 ).

“ ..... kalau malam jumat ikut pengajian (klien)” (P8)

“ ..... Ada juga yang diikuti sama I misalnya sholat “ (P9)

**Pelayanan *health profesional*** mengandung pengertian pemberian perawatan yang melibatkan fasilitas kesehatan sebagaimana diungkapkan oleh informan berikut ini:

“.....Seharusnya sich harus rutin, jangan sampai ketinggalan obat “( P6).

“ ..... Diobatin aja.....” (P10)

**Pendekatan tradisional** mengandung pengertian pemberian perawatan yang melibatkan peran diluar tenaga kesehatan. Pendekatan non medis menggambarkan pemanfaatan **ramuan tradisional** sebagaimana diungkapkan oleh informan berikut ini:

“.....bagaimana caranya pakai obat kampung gitu ya “( P7 ).

“ ..... sekarang dikasih telur sama madu, sama bayam di jus.....” (P7)

“ ..... sekarang pakai obat ampung ibu bikin sendiri....” (P7)

**Komunikasi terbuka** adalah pendekatan perawatan yang diberikan oleh keluarga kepada klien dengan melakukan komunikasi secara terbuka. Ilustrasi kategori dari tema tersebut diungkapkan dalam penjelasan berikut:

“.....tidak bosan-bosan bilang, Er coba dech bergaul “( P8 ).

“ ..... Terus komunikasi.....” (P9)

Selain data hasil wawancara, peneliti melakukan studi dokumentasi berupa laporan kegiatan residensi mahasiswa spesialis keperawatan jiwa di wilayah Sindang Barang. Studi dokumentasi yang dilakukan peneliti untuk mengetahui Hasil studi dokumentasi menjelaskan bahwa jumlah dokter swasta dan bidan di wilayah kelurahan Sindang Barang sebanyak 11 orang yang tersebar di RW 02 dan RW 03 masing-masing satu orang, RW 04 sebanyak dua orang, RW 07 sebanyak tiga orang dan RW 09 sebanyak empat orang. Studi literatur ini menunjang adanya tema tentang ketersediaan tenaga profesional yang mendukung keluarga dalam memilih perilaku spiritual yaitu pemanfaatan *health professional*.

Dari hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti didapatkan hasil bahwa telah terdapat kerjasama dengan majelis taklim dalam penyuluhan kesehatan jiwa di tingkat RW dan telah berjalan program desa siaga sehat jiwa dimana masing-masing telah mempunyai kader kesehatan jiwa. Informasi lain yang diperoleh adalah ketersediaan sarana ibadah dimana masing-masing RW rata-rata mempunyai 2 sarana ibadah terutama bagi umat islam. Dari data hasil observasi

tersebut tampak keterkaitan antara ketersediaan fasilitas keagamaan dan kegiatan keagamaan yang mempengaruhi keluarga dalam memiliki perilaku spiritual.

### C. Model Teori Perilaku Spiritual Keluarga

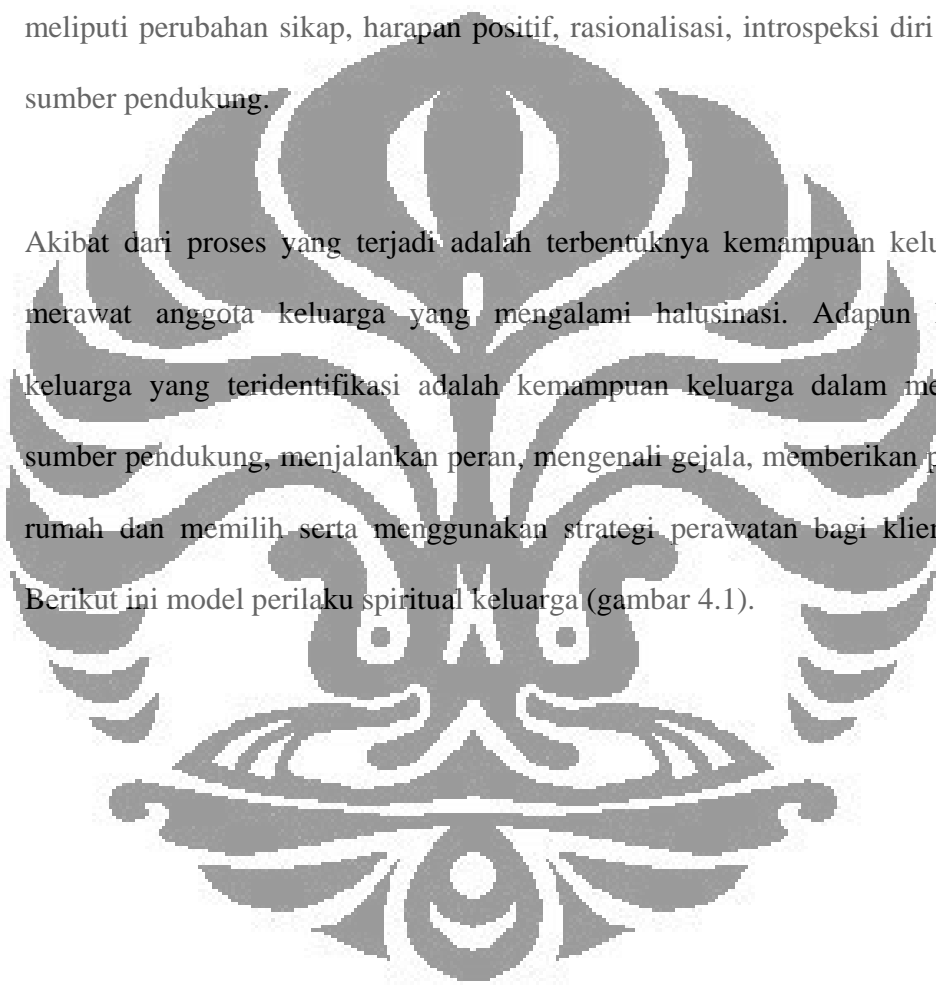
Dua puluh enam tema yang dihasilkan selanjutnya diproses untuk tahap pembentukan model teori perilaku spiritual keluarga. Pembentukan teori ini mengacu pada tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui teori tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Proses pembentukan teori meliputi analisa hasil pembentukan konsep, telaah teori-teori yang berkaitan dengan perilaku spiritual dan diskusi dengan ahli *grounded theory* dan ahli dibidang kesehatan mental khususnya aspek spiritual.

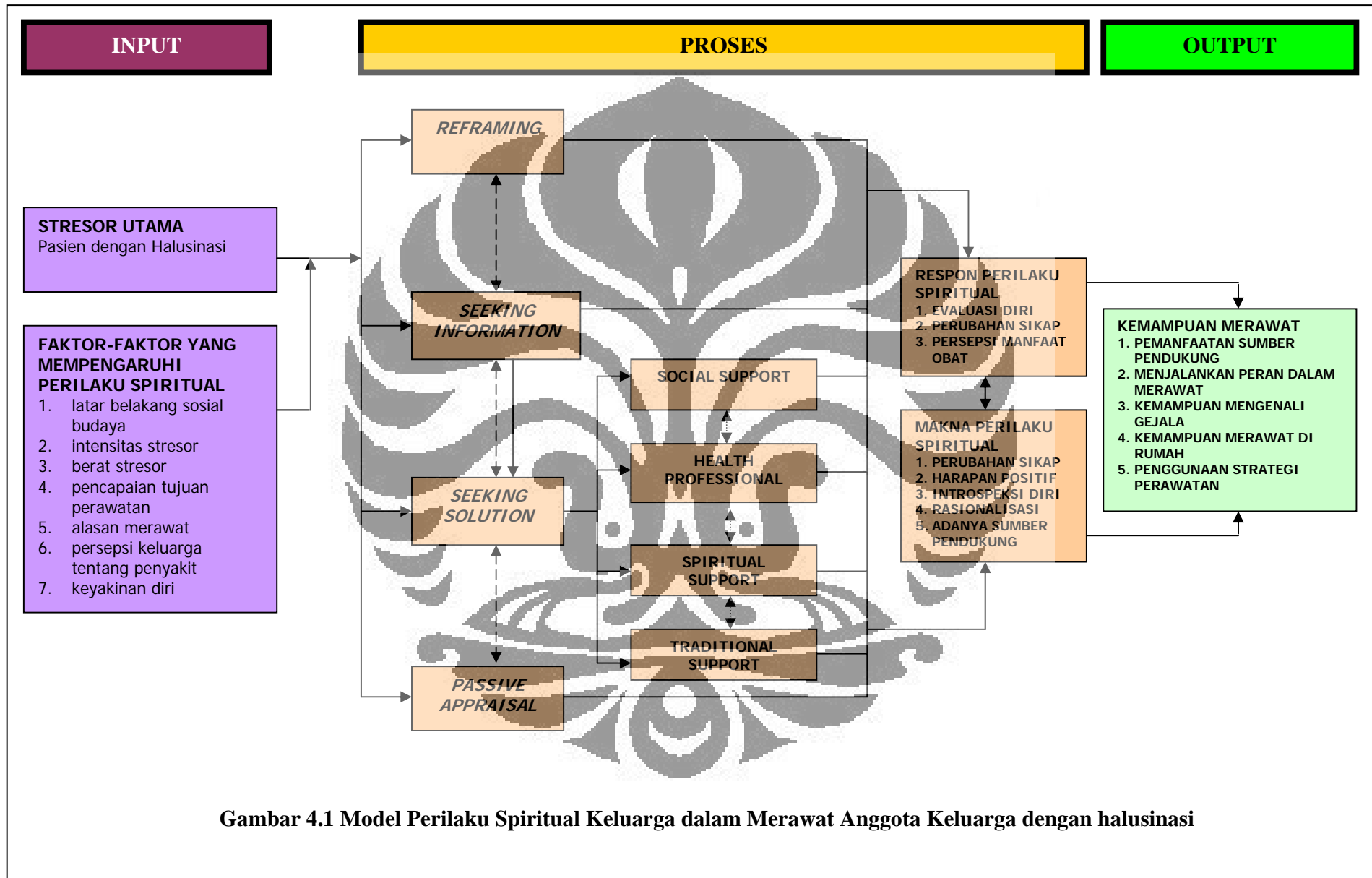
Tema yang telah teridentifikasi kemudian disusun ke dalam lima konsep utama. Perilaku spiritual keluarga yang digambarkan dalam model 4.1 merupakan analisa interaksi hasil penelitian yang meliputi lima tujuan penelitian. Tujuan penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual digambarkan sebagai faktor yang berkontribusi sebagai penyebab perilaku spiritual disamping penyebab utama yaitu anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual meliputi latar belakang sosial budaya, intensitas stresor, jumlah stresor, pencapaian tujuan perawatan, alasan merawat, persepsi keluarga tentang penyakit dan keyakinan diri.

Tahapan perilaku spiritual, respon perilaku spiritual dan makna spiritual digambarkan sebagai bagian dari proses perilaku spiritual. Proses adalah rangkaian

peristiwa yang berkaitan satu sama lain. Proses dimulai dengan tahapan perilaku spiritual yang meliputi *reframing*, *seeking information*, *seeking solution* dan *passive appraisal*. Empat tahapan perilaku spiritual berdampak terhadap respon dan makna perilaku spiritual keluarga. Respon yang ditemukan adalah evaluasi diri, perubahan sikap dan persepsi terhadap manfaat obat. Sedangkan makna yang teridentifikasi meliputi perubahan sikap, harapan positif, rasionalisasi, introspeksi diri dan adanya sumber pendukung.

Akibat dari proses yang terjadi adalah terbentuknya kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Adapun kemampuan keluarga yang teridentifikasi adalah kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sumber pendukung, menjalankan peran, mengenali gejala, memberikan perawatan di rumah dan memilih serta menggunakan strategi perawatan bagi klien di rumah. Berikut ini model perilaku spiritual keluarga (gambar 4.1).





Gambar 4.1 Model Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan halusinasi

Pengembangan teori kemudian dilanjutkan dengan proses analisa mendalam dengan menggunakan pola model adaptasi yang disampaikan oleh Roy (1991). Model adaptasi Roy menggambarkan tiga konsep utama yaitu input, proses kontrol dan umpan balik, serta output. Roy (1991) menjelaskan tentang manusia sebagai sistem adaptif yang menerima pengaruh eksternal dari lingkungan diluar manusia dan internal dari diri manusia itu sendiri. Input adalah masukan yang menimbulkan respon dan terbagi menjadi tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal adalah stimulus yang langsung berkaitan dengan stresor utama. Stimulus kontekstual adalah stimulus internal dan eksternal yang mempengaruhi stimulus fokal, dapat diukur dan dilaporkan secara subjektif. Stimulus residual dijelaskan sebagai stimulus tambahan namun sulit untuk diukur seperti nilai, kepercayaan, sikap dan sifat.

Konsep kedua menjelaskan tentang proses kontrol yang digambarkan dalam bentuk mekanisme koping yaitu regulator dan kognator. Regulator merupakan proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator. Regulator berhubungan dengan kimia, neural atau endokrin. Proses kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, melakukan penilaian dan emosi. Subsistem regulator dan kognator saling bekerja sama dalam rangka memelihara integritas manusia.

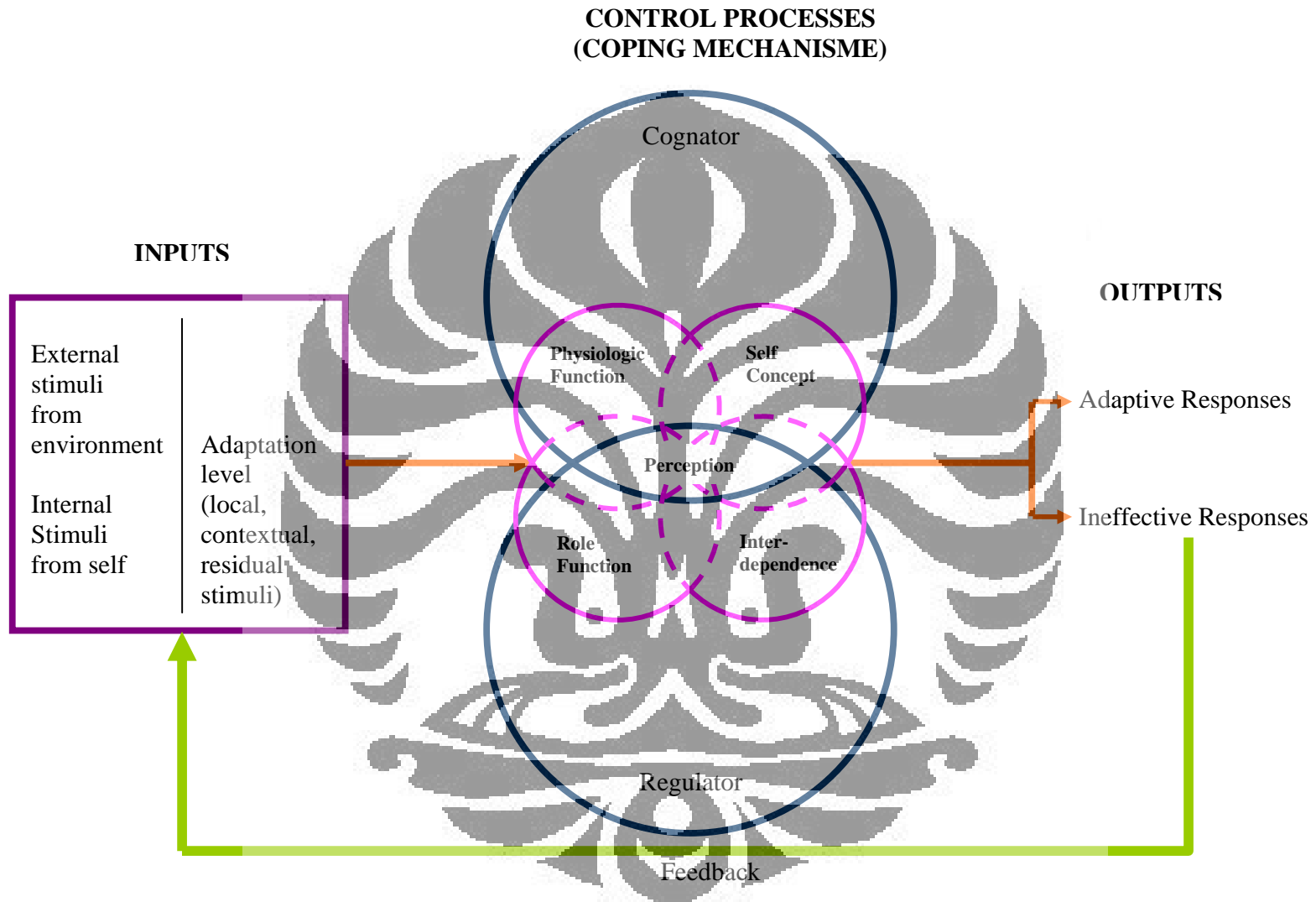
Pada tahapan proses subsistem regulator dan kognator secara-bersama-sama berhubungan dengan empat mode adaptif yaitu fungsi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Menurut Roy, subsistem regulator secara utama

berhubungan dengan mode fungsi fisiologis, sedangkan subsistem kognator berhubungan dengan tiga mode yaitu konsep diri, fungsi peran dan interdependensi.

Konsep ketiga menggambarkan output atau keluaran berupa perilaku yang dapat diamati. Dua kategori output yang dihasilkan meliputi respon adaptif dan respon maladaptif atau respon inefektif. Respon adaptif akan mendukung pencapaian tujuan hidup seseorang, sedangkan respon inefektif sebaliknya akan menghambat pencapaian tujuan.

Proses persepsi ditemukan pada kedua subsistem regulator dan kognator dan digambarkan sebagai proses yang saling berhubungan. Input bagi regulator ditransformasikan ke dalam persepsi. Persepsi adalah proses dari kognator. Respon terhadap persepsi adalah umpan balik terhadap subsistem regulator dan kognator. Gambaran tentang model sistem adaptif Roy (1991) disajikan dalam gambar 4.2.

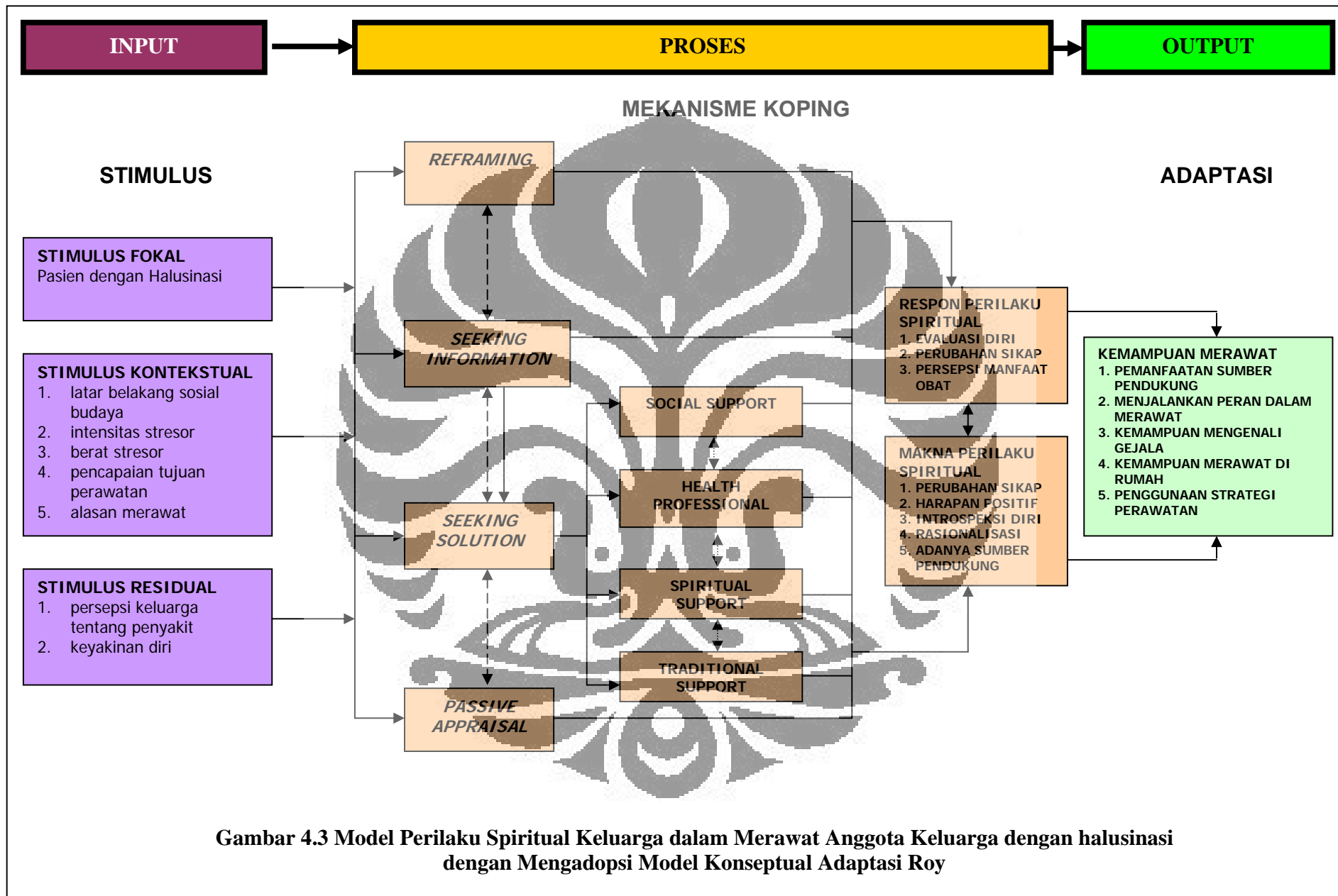




Gambar 4.2 Model Konseptual Adaptasi Roy (Roy, 1991)

Tahapan akhir dari pembentukan model teori adalah mengintegrasikan model teori 4.1 dan 4.2 sehingga dihasilkan model perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi dengan mengadopsi model konseptual adaptasi Roy. Model ini mengacu pada pola model adaptasi yang disampaikan oleh Roy (1991). Proses adopsi teori konseptual adaptasi Roy ke dalam teori perilaku spiritual keluarga menghasilkan tiga konsep utama yaitu stimulus, mekanisme koping dan adaptasi.

Konsep stimulus dihasilkan dari proses adopsi penyebab utama dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap perilaku spiritual keluarga. Faktor-faktor yang berkontribusi dipilah ke dalam dua bagian stimulus yaitu stimulus kontekstual dan residual sesuai dengan konsep adaptasi Roy. Konsep mekanisme koping mengintegrasikan hasil penelitian proses perilaku spiritual keluarga yang meliputi tahapan, makna dan respon berdasarkan sistem regulator dan kognator. Sedangkan konsep adaptasi mengintegrasikan hasil penelitian tentang pengaruh perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi berdasarkan sistem adaptasi adaptif dan inefektif. Skema model hasil penelitian perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi dengan mengadopsi model konseptual adaptasi Roy disajikan dalam gambar 4.3.



Gambar 4.3 Model Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan halusinasi dengan Mengadopsi Model Konseptual Adaptasi Roy

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pendekatan dalam penelitian berjudul perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah *grounded theory*. *Grounded theory* adalah penelitian yang berfokus pada proses social dengan tujuan menghasilkan teori tentang pola perilaku (Glaser, 1978). Dalam penelitian ini teori pola perilaku yang dihasilkan adalah perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Pada bab pembahasan ini akan diuraikan dan dibahas tentang hasil penelitian yang didapatkan untuk kemudian dianalisa persamaan dan perbedaannya dengan teori-teori dan penelitian-penelitian terdahulu yang relevan dengan konteks studi seperti yang dikemukakan pada bab tinjauan pustaka. Berdasarkan pembahasan hasil penelitian, peneliti akan mendiskusikan implikasi penelitian terhadap perkembangan pelayanan, penelitian keperawatan jiwa komunitas, dan ilmu pengetahuan keperawatan jiwa tentang pendekatan spiritual. Pada bagian akhir bab, peneliti juga mendiskusikan tentang keterbatasan dari penelitian ini.

#### **A. Pembahasan Hasil Penelitian**

##### **1. Tahapan Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi**

Empat tahapan perilaku spiritual teridentifikasi dalam penelitian tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Tahapan pertama, *reframing*; tahapan kedua, adalah *seeking*

*information*; tahapan ketiga, *seeking solution*; tahapan keempat, *passive appraisal*.

**Tahapan pertama perilaku spiritual keluarga** dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah *reframing*. *Reframing* dapat terjadi karena keluarga melihat stresor tersebut sebagai bagian dari fakta hidup. Pada hasil penelitian ini, *reframing* ditunjukkan dengan perilaku tidak melakukan apa-apa terhadap klien dengan halusinasi. Menurut konsep *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale* (F-COPES), *reframing* merupakan bagian dari respon adaptif (McCubbin, Olson & Larsen, 1981). Alasannya pada tahapan *reframing* ini, keluarga memiliki waktu untuk mengelola tindakan yang akan diberikan kepada anggota keluarga yang terganggu. Namun kalau kita analisa lebih jauh, *reframing* dapat kita pandang sebagai adaptasi negatif karena belum adanya bentuk tindakan spiritual yang diberikan dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan halusinasi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Barnes dkk (2000) yang menyebutkan bahwa adaptasi negatif terhadap stresor yang diterima dapat menghambat respon keluarga terhadap penderita gangguan, berpengaruh negatif terhadap fungsi afektif dan kompetensi keluarga dalam memberikan perawatan.

Tahapan *reframing* memiliki kesamaan karakteristik perilaku dengan hasil penelitian yang disampaikan oleh Sullivan dan Walton (2004) tentang perilaku spiritual individu diawali dengan perasaan syok ketika mendapatkan diagnosa kanker. Syok digambarkan dengan suatu keadaan tidak percaya akibat stresor yang tiba-tiba. Adapun karakteristik perilaku yang ditampilkan

ketika syok terjadi berupa perasaan bingung, pasrah, sedih dan marah terhadap perubahan yang terjadi pada klien. Penelitian tentang perilaku spiritual keluarga juga menemukan adanya empat karakteristik perilaku yang bersifat negatif seperti yang disampaikan oleh Sullivan dan Walton (2004). Berbagai perilaku negatif tersebut muncul sebagai dampak adanya tekanan dan ketegangan akibat stres internal dan eksternal. Hal ini senada dengan pernyataan yang disampaikan oleh Epstein (1993) tentang dampak merawat anggota keluarga dengan halusinasi terhadap perilaku spiritual keluarga berupa stres internal dan eksternal. Hasil penelitian tentang perilaku spiritual keluarga juga memperkuat hasil penelitian sebelumnya yang disampaikan oleh Auerbach dan Graming (1998) serta Friedman (1991) bahwa seseorang yang mengalami stres dapat menunjukkan perasaan marah, cemas, depresi, bosan, dan perasaan bersalah. Persamaan lain dari dua teori ini terletak pada belum adanya bentuk perilaku aplikatif yang dilakukan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Perbedaan yang dapat kita analisa adalah kesenjangan informan penelitian. Jika pada penelitian Sullivan dan Walton (2004) informan penelitian adalah subjek langsung penderita gangguan, maka pada penelitian ini informan adalah pemberi perawatan terhadap subjek penderita. Pada penelitian ini juga tampak bahwa informan kurang pengetahuan dalam menyikapi perubahan sikap yang terjadi pada anggota keluarganya, sehingga perubahan perilaku yang terjadi pada klien dianggap sebagai fakta hidup yang harus dijalani oleh keluarga.

**Tahapan kedua perilaku spiritual keluarga** pada penelitian ini adalah *seeking information*. Salah satu alat dalam mencari informasi adalah komunikasi. Komunikasi adalah pertukaran ide yang dilakukan oleh seseorang yang mengirimkan pesan kepada penerima pesan sehingga terjadi pertukaran informasi. Manfaat komunikasi adalah sebagai alat untuk ventilasi dan mencari solusi terhadap permasalahan yang dihadapi individu. Hal ini sesuai dengan penelitian pada seorang individu penderita penyakit kronis yang menyebutkan bahwa setiap klien menunjukkan kebutuhan terhadap komunikasi (Hebert dkk, 2001). Dalam konteks penelitian ini, keluarga memiliki kebutuhan yang sama terhadap komunikasi. Hasil ini juga memperkuat hasil penelitian yang dilakukan oleh Sara et.al (2002) yang menyebutkan bahwa salah satu perilaku spiritual berupa sosial spiritual adalah dengan berhubungan dengan penderita.

Pada tahapan *seeking information* terdiri atas sumber informasi dan bentuk informasi. Sumber informasi yang ditemukan dalam penelitian ini adalah saudara, orang lain dan media. Sedangkan bentuk informasi yang diperoleh dari saudara dan orang lain dihasilkan melalui proses diskusi. Pada tahap *seeking information*, keluarga mengatasi stresor dengan berhubungan dengan orang lain. Hubungan dengan *other* ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Tuck, et al (2006) tentang salah satu perilaku spiritual yaitu hubungan seseorang dengan *other* dalam rangka mendapatkan pengetahuan.

**Tahapan ketiga** adalah *seeking solution*. Pada penelitian yang dilakukan oleh Sullivan dan Walton (2004) tahapan ini dimasukkan dalam tahapan

kedua yaitu memilih treatment yang terdiri dari pencarian informasi sampai memilih treatment berdasarkan informasi yang ada. Persamaan dari dua hasil penelitian ini terletak pada upaya pencarian solusi. Kedua hasil penelitian mengindikasikan bahwa stresor yang dialami baik oleh individu maupun keluarga menuntut upaya penyelesaian masalah melalui pencarian solusi yang tepat sesuai dengan konteks stresor yang dialami. Namun terdapat perbedaan pada bentuk pencarian solusi yang dilakukan. Penelitian Sullivan dan Walton mengidentifikasi upaya pencarian solusi individu melalui pemilihan treatment terhadap kanker, sedangkan pada penelitian perilaku spiritual keluarga mengidentifikasi empat upaya pencarian solusi yang dilakukan oleh keluarga yaitu *social support*, *health professional*, *spiritual support* dan *traditional support*. Perbedaan ini terjadi karena perbedaan informan penelitian.

Pada tahapan mencari solusi dengan menggunakan *health professional* dan dukungan tradisional diuraikan bentuk/ jenis layanan dan pemberi layanan. Bentuk pelayanan kesehatan profesional yang ditemukan adalah pemberian obat dan scanning dengan pemberi pelayanan adalah rumah sakit, puskesmas, dokter, dokter spesialis dan perawat. Pada pelayanan dukungan tradisional bentuk pelayanan yang digunakan adalah ramuan tradisional, air yang diberikan doa (terapi religius) dan pijat refleksi dengan pemberi pelayanan tokoh agama dan paranormal.

Pemilihan pelayanan tradisional berupa terapi religius mendukung penelitian yang dilakukan oleh Kraut (1990), True (1997) dan Townes (1998) yang menyebutkan bahwa salah satu perilaku spiritual adalah pemanfaatan terapi



religius. Penelitian lain yang senada dengan hasil penelitian ini dilakukan oleh Brown (1991), Cardosa-Orlandi (1995), Harwood (1977) dan Eisenbruch (1994) yang menyebutkan bahwa orang tua sebagai pemberi perawatan menggunakan terapi religius untuk merefleksikan bahwa terapi medis memiliki keterbatasan. Alasan berbeda menurut Barnes et.al (2000) menyebutkan bahwa terapi religius merupakan terapi pelengkap atau alternatif terhadap terapi biomedis.

Penyebab pemilihan *health professional* dan *tradisional support* tersebut secara umum adalah perasaan cemas dan khawatir. Hal ini mendukung penelitian yang disampaikan oleh Boudreaux, O'Hea dan Chauk (2002) tentang dampak kecemasan terhadap perilaku spiritual keluarga. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa aktivitas spiritual terjadi karena seseorang ingin menurunkan rasa takut dan khawatir yang terjadi pada dirinya (Benson, 1997). Berbagai penelitian tersebut mengindikasikan bahwa seseorang memilih solusi *health professional* dan *tradisional support* dalam rangka mencapai ketenangan batin dan menghilangkan kecemasan.

Pencarian solusi dapat dilakukan dengan *seeking spiritual support*. Hal ini senada dengan salah satu perilaku spiritual yang disampaikan oleh Tepper et al. (2001) yaitu bertemu dengan pimpinan atau tokoh spiritual. Hasil ini juga memperkuat penelitian Tepper, et al. (2001), Sara, et al. (2002), Ellison dan Lewin (1998), Koenig dan Larson (1998), dan Pargament, et al. (1998) yang menjelaskan tentang perilaku spiritual yang berkaitan dengan pendekatan agama.

Perbedaannya pada penelitian-penelitian sebelumnya pendekatan agama yang dimaksud diuraikan bentuk kegiatan satu persatu. Tepper, et al. (2001) menjelaskan lima strategi yang dapat digunakan dalam dimensi spiritual yaitu berdoa, menghadiri pelayanan spiritual, melakukan ibadah, membaca kitab suci dan bertemu dengan pimpinan atau tokoh spiritual. Sara, et al. (2002) membagi strategi spiritual menjadi 11 strategi meliputi: (1) *declarative religious* yaitu meyakini bahwa sesuatu akan terjadi secara otomatis atas kehendak Tuhan, (2) *petitionary religious* yaitu membuat permohonan kepada Tuhan melalui cara berdoa dengan asumsi permintaannya akan dikabulkan, (3) *collaborative religious* yaitu individu bersama Tuhan bertanggung jawab secara bersama dalam mengatasi stres yang dialami individu, (4) yakin dalam dukungan Tuhan, (5) yakin terhadap intervensi Tuhan, (6) yakin bahwa Tuhan tidak berhubungan dengan stresor yang ada, (7) dukungan sosial spiritual yang meliputi interaksi dengan Tuhan dan orang lain, (8) respon ritual yaitu aktivitas spiritual untuk mengatasi stresor, (9) penilaian kembali kebaikan spiritual yaitu menganggap bahwa Tuhan mempunyai alasan tertentu dalam memberikan stresor, (10) penilaian kembali hukuman spiritual yaitu strategi koping yang dilakukan dengan memberikan makna stresor sebagai hukuman dari Tuhan akibat kesalahan yang kita lakukan, dan (11) ketidakpuasan terhadap Tuhan. Pada penelitian ini dikelompokkan menjadi kegiatan *seeking spiritual support* yang terbagi menjadi aktivitas spiritual langsung dan tidak langsung. Pengelompokan kegiatan *seeking spiritual support* ini diharapkan akan lebih sederhana dan efektif dalam memahami bentuk dukungan spiritual yang dilakukan oleh keluarga.

Aktivitas spiritual langsung terbagi menjadi dua aktivitas yaitu mandiri dan kelompok. Aktivitas spiritual mandiri meliputi berdoa, sholat, ngaji dan istigfar. Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Tuck et.al (2006) yang menggambarkan bagaimana seseorang mengekspresikan spiritualnya dalam berbagai kegiatan seperti membaca (kitab), meditasi dan berdoa. Aktivitas spiritual kelompok dalam penelitian adalah keterlibatan dalam pengajian. Dampak dari keterlibatan informan dalam kegiatan pengajian tersebut adalah dukungan sosial dari kelompok pengajian berupa nasehat dan informasi mengenai pengobatan klien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang disampaikan oleh Theis et.al (2003) yang menyebutkan tentang dukungan sosial dari kelompok religius. Dengan demikian pendekatan agama merupakan bagian dari respon ritual sebagaimana hasil penelitian yang dilakukan oleh Sara et.al (2002). Hinds (1992) menyatakan bahwa gereja dan orang-orang yang berasal dari gereja sebagai sumber pendukung yang membantu *caregiver* menghadapi stres. Pada hasil penelitian ini gereja yang dimaksud oleh Hinds diartikan sebagai tindakan untuk melakukan aktivitas keagamaan secara mandiri. Sedangkan orang-orang dari gereja diartikan sebagai kelompok religius yang identik dengan penelitian ini sebagai kegiatan pengajian (Islam). Hal ini mengindikasikan adanya keterlibatan kelompok keagamaan dalam mempengaruhi perilaku spiritual keluarga saat merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Penyebab *seeking spiritual support* adalah adanya rasa bingung, gelisah, sedih, khawatir, keinginan memberi semangat kepada klien dan sikap berhati-hati. Perasaan stres dan perasaan ingin membantu mengatasi stres yang

dialami oleh klien dan keluarga akan mendorong seseorang memilih strategi koping spiritual. Pemilihan strategi koping spiritual dalam rangka menurunkan berbagai stres dan depresi tersebut senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Baldacchino (2001) yang menyebutkan bahwa koping merupakan upaya untuk menyelesaikan antara stimulus stres dan hasil negatif yang dapat menyebabkan timbulnya stres. Dengan kata lain *seeking spiritual support* merupakan salah satu strategi koping yang digunakan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

**Tahapan keempat perilaku spiritual keluarga** adalah *passive appraisal* dengan melakukan aktivitas pengalihan. Bentuk aktivitas pengalihan yang dilakukan oleh keluarga adalah bekerja, mengembangkan hobi, membantu anak, mengerjakan tugas rumah tangga, menjaga kesehatan fisik, rekreasi dan kegiatan kemasyarakatan. Tahapan ini identik dengan tahapan terakhir penelitian tentang perilaku spiritual individu dari Sullivan dan Walton (2004) yaitu *living day by day*. Menurut Sullivan dan Walton (2004) tahapan *living day by day* merupakan bentuk tahapan dimana seorang individu memaknai dan menghargai kehidupan dengan melakukan aktivitas sehari-hari. Perbedaannya terletak pada penjelasan tentang aktivitas yang dilakukan untuk menjalani kehidupan selanjutnya. Pada penelitian tentang perilaku spiritual keluarga muncul aktivitas-aktivitas pengalihan yang dilakukan oleh keluarga baik yang dilakukan mandiri maupun dengan klien. Sedangkan pada perilaku spiritual individu lebih menekankan tentang bagaimana memaknai atau menghargai kehidupan dengan aktivitas individu. Hasil penelitian tentang aktivitas pengalihan yang dilakukan oleh keluarga ini sesuai dengan kategori

relasi dan hubungan dengan yang lain yang disampaikan oleh Tuck et.al (2006)

Konsep tentang *passive appraisal* juga mendukung teori *F-COPES* (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale*) (MacCubin, Orson & Larsen, 1981). Menurut MacCubin, Orson dan Larsen (1981), *passive appraisal* merupakan bentuk penyelesaian masalah dan strategi perilaku yang digunakan oleh keluarga dalam situasi yang sulit (bermasalah). *Passive appraisal* adalah kemampuan keluarga dalam menerima masalah dengan meminimalkan tindakan. Beberapa respon *passive appraisal* yang sesuai dengan *F-COPES* adalah menonton TV dan keyakinan bahwa dengan berjalannya waktu maka permasalahan yang terjadi akan dapat diatasi.

Dari keempat tahapan yang dihasilkan tampak perilaku spiritual yang bersifat vertikal yaitu pada tahapan ketiga terutama pada *seeking spiritual support* dan perilaku spiritual yang bersifat horisontal yaitu pada *reframing*, *seeking information*, *seeking solution* terutama pada *health professional*, *social support* dan *traditional approach*, dan *passive appraisal*. Hal ini mendukung konsep yang disampaikan oleh Hamid (1999) dan NANDA (2005) tentang karakteristik spiritual. Persamaan yang muncul dari ke empat tahapan tersebut adalah tampak pada penyebab melakukan perilaku spiritual yang mengacu pada gangguan emosional sebagai dampak dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Hal ini memperkuat pendapat yang disampaikan oleh Koenig (2001) bahwa gangguan emosional akan berhubungan dengan praktik dan keyakinan spiritual

## 2. Respon Tahapan Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi

**Respon spiritual keluarga** yang teridentifikasi dalam penelitian ini meliputi evaluasi diri, perubahan setelah melakukan perilaku spiritual dan persepsi manfaat obat. Respon spiritual ini berbeda dengan respon spiritual yang disampaikan oleh Tuck et.al (2006) yang mengidentifikasi enam respon spiritual yaitu keyakinan dalam hubungan personal terhadap Tuhan, interaksi dan hubungan dengan orang lain, perjalanan spiritual, inti spiritual diri, ekspresi spiritual dalam tindakan, dan integral spiritual. Tuck et.al (2006) mengidentifikasi respon spiritual yang seluruhnya bersifat positif sedangkan pada penelitian ini ditemukan adanya respon yang bersifat negatif. Hal ini dipengaruhi oleh tingkat keberhasilan dan pencapaian yang dirasakan oleh masing-masing informan atas tindakan yang telah dilakukan pada dua penelitian tersebut. Munculnya respon negatif pada penelitian perilaku spiritual keluarga merupakan dampak negatif perilaku spiritual yang dilakukan keluarga misalnya ketika seseorang tidak mendapatkan efek positif dari tindakan *health professional*.

**Evaluasi diri** adalah upaya seseorang untuk melihat kembali tujuan hidup dan apa yang telah dilakukan dalam kehidupannya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang disampaikan oleh Sara et.al (2002) yang menyebutkan bahwa seseorang akan melakukan penilaian kembali hukuman spiritual dengan memberikan makna stresor sebagai hukuman dari Tuhan akibat kesalahan yang kita lakukan. Pada evaluasi diri ini terjadi perubahan kognitif.

**Perubahan setelah melakukan perilaku spiritual** meliputi perubahan perilaku dan perubahan afektif. Perubahan perilaku positif yang terjadi adalah mengikuti anjuran, menerima klien apa adanya, memberi spirit kepada klien dan diam. Perubahan positif ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Theis (2003) dan Shifren dan Hooker (1997) yang menyebutkan bahwa makna perilaku spiritual yang didapatkan oleh *caregiver* adalah perubahan positif dalam memandang kehidupan.

Sedangkan perubahan perilaku yang negatif meliputi marah terhadap layanan kesehatan dan melawan klien. Adanya perubahan negatif ini mendukung penelitian yang disampaikan oleh McNally (2004) tentang perilaku negatif berupa penolakan terhadap keterlibatan dalam kelompok religius dan penelitian yang dilakukan oleh Sara, et.al (2002) berupa perilaku ketidakpuasan terhadap Tuhan. Persamaan dari ketiga penelitian ini adalah adanya respon perubahan perilaku negatif. Perbedaannya terletak pada refleksi ketidakpuasan yang disampaikan secara vertikal dan horisontal. Akibatnya perubahan perilaku negatif yang terjadi ada yang direfleksikan kepada Tuhan dan ada yang direfleksikan kepada orang lain.

Perubahan afektif yang terjadi meliputi perasaan nyaman dan tidak nyaman. Perubahan afektif ini sejalan dengan salah satu respon spiritual yang disampaikan oleh Tuck et.al (2006). Respon yang ditemukan pada penelitian Tuck et.al (2006) mengidentifikasi adanya perubahan afektif berupa perasaan marah dan nyaman berhubungan dengan Tuhan. Dalam konsepnya

Tuck menyebut perubahan afektif ini sebagai keyakinan dalam berinteraksi dengan Tuhan.

**Persepsi manfaat obat** yang dirasakan keluarga setelah melakukan perilaku spiritual mengidentifikasi adanya sikap tidak percaya dan percaya. Rasa tidak percaya meliputi rasa tidak percaya terhadap obat, hasil pengobatan dan pelayanan kesehatan. Hasil ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh Kraut (1990), True (1997) dan Townes (1998) yang menjelaskan bahwa pengalaman negatif terhadap biomedis akan menyebabkan perasaan tidak percaya dan ketakutan terhadap layanan kesehatan. Selain itu kekawatiran terhadap biomedis akan mengindikasikan kehilangan keyakinan (Barnes, 2000). Sebaliknya ketika treatment yang didapatkan memberi keuntungan maka akan menyebabkan keluarga memiliki rasa percaya terhadap manfaat obat. Rasa percaya terhadap obat ini kemudian dimanifestasikan dalam bentuk rasa syukur dan rasa percaya kepada Tuhan. Hal ini sesuai dengan pengertian spiritual yang disampaikan oleh Emmons (1999); Hatch, Burg, Naberhaus, dan Hellmich (1998) yang menyampaikan bahwa spiritual adalah kemampuan memaafkan, bersyukur dalam kehidupan, kemampuan untuk menemukan makna penderitaan, percaya pada Tuhan dan keyakinan.

### **3. Makna Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi**

Tujuan ketiga penelitian ini adalah memahami makna perilaku spiritual. Hal ini sesuai dengan fungsi spiritual sendiri bagi setiap individu yaitu untuk membantu individu berhubungan Tuhan dan menemukan arti dalam



kehidupannya (Carson, 2000). Hasil penelitian mengidentifikasi lima makna perilaku spiritual yaitu makna perubahan sikap, harapan positif, introspeksi diri, rasionalisasi dan adanya sistem pendukung.

**Makna perubahan sikap** yang teridentifikasi dalam penelitian ini meliputi perubahan sikap adaptif dan maladaptif dan mendukung penelitian yang disampaikan oleh Farran et.al (1991). Farran et.al menjelaskan bahwa perubahan adaptif merupakan hasil dari adanya *reward* dari Tuhan sedangkan perubahan negatif merupakan hasil dari *punishment* dari Tuhan. Perubahan adaptif yang terjadi meliputi sikap semakin sabar, pasrah, terbuka kepada orang lain, tegar, rileks, tambah pengetahuan, lebih memahami keterbatasan klien, semakin dekat dengan klien, keluarga dan Tuhan. Sedangkan perubahan maladaptif yang terjadi adalah marah. Dari hasil penelitian tersebut tampak bahwa makna perubahan sikap spiritual tidak hanya pada karakteristik vertikal namun juga karakteristik horisontal. Makna perubahan sikap yang terjadi lebih banyak mengarah kepada perubahan yang positif.

**Harapan positif** merupakan makna kedua yang ditemukan dalam penelitian ini. Para informan menyebutkan bahwa terdapat dua makna harapan positif yaitu harapan terhadap klien dan harapan positif caregiver. Harapan positif terhadap klien tersebut meliputi kesembuhan, penyelesaian kuliah, kemandirian dalam *Activity Daily Living*, menjadi anak soleh, dapat bekerja, berkomunikasi, role model, tidak kambuh dan keharmonisan keluarga. Semua harapan positif klien tersebut mengacu pada dukungan sosial yang diberikan keluarga kepada klien. Hal ini mendukung penelitian yang dilakukan oleh

Kirschbaum (1996) yang menjelaskan bahwa nilai religius memainkan peran dalam pengambilan keputusan untuk memberikan dukungan hidup terhadap klien. Penelitian lain menyebutkan bahwa harapan positif berupa komitmen religius, kekuatan terhadap satu keyakinan, dan berdoa sering dihubungkan dengan upaya penyembuhan terhadap segala gangguan (Koenig, 2004; Torosian & Biddle, 2005).

Harapan positif *caregiver* meliputi keiklasan merawat, ketentraman batin, mengatasi masalah, kedamaian dan keberlanjutan perawatan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan pendapat Benson (1997) yang menyebutkan bahwa aktivitas spiritual akan membebaskan seseorang dari rasa takut dan khawatir dan fokus pada kebahagiaan dalam kehidupannya sehari-hari. Penelitian lain menyebutkan bahwa individu yang menggunakan spiritual untuk mengatasi masalah akan memberikan efek meningkatkan perkembangan spiritual yang positif dan menurunkan depresi, ansietas dan distres dibandingkan individu yang tidak menggunakan pendekatan religius (Pargament, 1997). Shifren dan Hooker (1997) menyatakan bahwa meningkatkan optimisme akan membantu seseorang ketika dihadapkan pada situasi yang sulit.

Berbagai harapan positif keluarga ini tidak bisa terlepas dari kebutuhan keluarga terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual sebagai bagian dari kebutuhan holistik. Hal ini mendukung pendapat Sherwood (2000) dan Press (2003) yang mengatakan bahwa kesehatan spiritual merupakan dasar dalam asuhan keperawatan holistik.

**Introspeksi diri** adalah upaya seseorang untuk melakukan evaluasi terhadap kemampuan diri. Introspeksi diri merujuk pada tindakan yang telah kita lakukan dan manfaat serta akibat yang kita rasakan setelah melakukan suatu tindakan. Spiritual mengajarkan seseorang untuk melihat kembali hasil tindakan yang kita lakukan dalam mengatasi stres. Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian yang dilakukan Tuck (2006) tentang *spiritual essence* bagi diri. Tuck menjelaskan bahwa *spiritual essence* akan berusaha untuk memahami diri sendiri dan pengenalan terhadap jiwa diri. Pendapat lain menyebutkan bahwa spiritual merupakan upaya meningkatkan kesadaran diri tentang bagaimana memaknai atau menghargai kehidupan (Sullivan & Walton, 2004).

**Rasionalisasi** adalah upaya seseorang untuk membuat alasan-alasan yang dianggap rasional/ dapat diterima oleh orang lain dalam menghadapi stresor yang mengancam. Keluarga memaknai perilaku spiritual yang dilakukan sebagai bentuk tindakan dalam mengatasi cobaan dari Tuhan. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang dikemukakan oleh Schmitt (1978) yang menjelaskan tentang makna spiritual yang diperoleh keluarga sebagai bentuk ujian atau cobaan. Sara et.al (2002) menyebutkan bahwa spiritual merupakan bentuk keyakinan kita terhadap intervensi dari Tuhan.

**Adanya sistem pendukung** merupakan kategori makna terakhir yang ditemukan dalam penelitian ini. Perasaan tidak sendiri dalam menghadapi stresor dengan melihat pengalaman orang lain menyebabkan keluarga memaknai perilaku spiritual sebagai bentuk adanya sistem pendukung. Hasil

ini menegaskan penelitian sebelumnya yang menjelaskan bahwa beberapa pengalaman spiritual akan mempengaruhi kehidupan seseorang (Garbarino, 1996). Upaya berbagi pengalaman religi ini dapat dilakukan dengan melakukan sebuah terapi kelompok. Hal ini mendukung pernyataan yang dikemukakan oleh Carson (2000), Kehoe (1999) dan Dochterman (2004) yang menyatakan bahwa berbagi pengalaman spiritual dapat dilakukan dalam kelompok.

#### **4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi**

Penelitian ini menemukan tema-tema faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Faktor-faktor tersebut meliputi latar belakang sosial budaya, lamanya stresor, kualitas stresor, frekuensi kambuh, persepsi keluarga tentang penyakit, pencapaian tujuan perawatan, alasan merawat dan keyakinan diri.

Faktor **latar belakang sosial budaya** berupa kebiasaan masyarakat untuk menyekolahkan anak-anaknya di sekolah yang berbau religius mempengaruhi keluarga dalam memilih perilaku spiritual yang dilakukan. Hal ini memperkuat pendapat Fortinash (2006) yang mengatakan bahwa kesehatan spiritual sangat dipengaruhi oleh budaya dimana seseorang tersebut berada. Kebiasaan yang ada didalam keluarga maupun lingkungan sekitar sebagai faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual dijelaskan dengan pendekatan tahapan perkembangan spiritual oleh Westerhoff (1998).

**Intensitas stresor, beratnya stresor dan frekuensi kambuh** mencerminkan adanya stimulus internal maupun eksternal yang dipandang sebagai kejadian mengancam bagi keluarga. Berapa lama seorang individu terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres yang mengakibatkan terganggunya hubungan individu baik dengan diri sendiri, kelompok, keluarga, alam atau zat yang lebih tinggi dari individu yang dimanifestasikan dalam bentuk perilaku spiritual yang dipilih. Hal ini sesuai dengan konsep yang disampaikan oleh Stuart dan Laraia (2005) tentang salah satu faktor pencetus terjadinya gangguan adalah *timing*. Sedangkan intensitas stresor yang tinggi akan memicu terjadi gangguan emosional bagi keluarga sebagai pemberi perawatan akibat *burden of disease* (Hasil Studi Bank Dunia, 2001).

Varcorolis (2000) menyatakan bahwa distress spiritual merupakan akibat adanya gangguan emosi dimana seseorang menganggap hal tersebut sebagai suatu stresor yang mengakibatkan kecemasan. Pada tingkatan yang masih rendah kecemasan tersebut akan menjadi dasar seseorang untuk belajar. Respon afektif ini sangat penting bagi individu saat merasakan kejadian yang stresful terkait dengan dimensi spiritual karena dapat membangun optimisme dan perilaku positif berdasarkan keyakinannya dalam menghadapi stresor spiritual. Namun sebaliknya pada tingkatan berat sampai panik, kecemasan akan mengakibatkan individu kehilangan kontrol, bersikap pesimis dalam menjalankan kehidupan spiritualnya dan melakukan tindakan yang bertentangan dengan keyakinan individu. Hasil penelitian tentang frekuensi kambuh memperkuat pendapat Barker (2003) tentang tingkatan relaps yang

tinggi pada klien dengan halusinasi yang dapat menyebabkan rasa bosan dan putus asa keluarga ketika merawat.

**Persepsi tentang penyakit** yang dirasakan keluarga pada penelitian ini adalah kondisi klien dan penyebab gangguan. Persepsi ini muncul sebagai akibat adanya pertanyaan tentang kondisi anggota keluarga yang dirawat dan penyebab gangguan pada klien yang bersifat mistis. Rousseau dkk (2000) mengatakan bahwa distres spiritual terjadi ketika gejala fisik klien menimbulkan teka-teki dan tidak dapat dijelaskan serta tidak berespon terhadap intervensi efektif dan agresif, respon emosional terhadap kehilangan dan pemenuhan terapeutik. Hasil penelitian ini memperkuat pendapat tentang persepsi budaya terhadap nyeri, penderitaan dan sakit yang dapat mempengaruhi pelaksanaan ritual keyakinan seseorang dalam mencari makna hubungan dengan diri sendiri maupun hal lain diluar individu (Lipon, 1996).

**Pencapaian tujuan perawatan** yang diberikan keluarga terhadap anggota keluarga dengan halusinasi merupakan faktor lain yang mempengaruhi perilaku spiritual keluarga. Hasil ini mendukung pernyataan Stuart dan Laraia (2005) yang menjelaskan bahwa tingkat keberhasilan klien dalam mengontrol halusinasi yang rendah menyebabkan setiap anggota keluarga akan dihadapkan kepada kemampuan dan konsekuensi dalam merespons semua stresor yang terjadi. Konsekuensi yang harus dihadapi oleh keluarga adalah menjaga keseimbangan hidup.

**Alasan merawat dan keyakinan diri** menggambarkan faktor internal yang mempengaruhi perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Belum ditemukan adanya literatur yang membahas alasan merawat dan keyakinan diri sebagai faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual keluarga. Alasan merawat yang dihasilkan dari penelitian ini menyebutkan bahwa alasan keluarga merawat adalah lebih pada keberadaan klien yang tinggal serumah dan hubungan keluarga dengan klien. Keberadaan klien yang tinggal serumah menyebabkan keluarga mau-tidak mau harus memberikan perawatan terhadap klien. Selain itu alasan lain yang diperoleh lebih menggambarkan pada kedekatan hubungan antara pemberi perawatan dan klien misalnya antara ibu dan anak, bapak dan anak serta adik dengan kakak. Hal ini sesuai dengan salah satu fungsi keluarga yaitu mendorong interaksi setiap anggota keluarga dan dalam masyarakat (Anderson & Tomlinson, 1992 dalam Mohr, 2006).

Keyakinan diri adalah inisiatif mandiri keluarga untuk memberikan perawatan kepada klien. Menurut Sara et al. (2002) keyakinan ini dimasukkan kedalam bentuk perilaku spiritual, namun pada penelitian ini keyakinan merupakan faktor yang mempengaruhi seseorang melakukan perilaku spiritual. Pengelompokan keyakinan diri ini ke dalam faktor yang mempengaruhi lebih diakibatkan kepada perbedaan konteks dimana pada penelitian ini keyakinan dipandang sebagai penyebab untuk melakukan perilaku spiritual bukan bentuk perilaku spiritual.

## 5. Pengaruh Perilaku Spiritual terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat anggota Keluarga dengan Halusinasi

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sumber pendukung. Sumber pendukung dalam penelitian ini adalah keluarga dan teman. Hasil tersebut memperkuat pendapat Taylor et al. (2003) yang menjelaskan bahwa dukungan sosial datang dari pasangan, saudara, teman kelompok sosial dan kelompok komunitas. Bentuk sumber dukungan yang teridentifikasi dalam penelitian ini juga memperkuat konsep sumber koping yang disampaikan oleh Stuart dan Laraia (2005).

Teori lain yang dihasilkan tentang pengaruh perilaku spiritual terhadap kemampuan merawat adalah peran dalam merawat, kemampuan mengenali gejala, kemampuan merawat di rumah, dan kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan. Dalam penelitian ini peran merawat meliputi peran sebagai pengambil keputusan dan peran sebagai *caregiver* utama. Kemampuan keluarga mengenali gejala teridentifikasi dengan pernyataan informan untuk memahami perubahan yang terjadi pada klien. Kemampuan keluarga dalam merawat ditunjukkan dengan bentuk-bentuk perawatan yang diberikan di rumah. Bentuk perawatan yang diberikan meliputi peningkatan komunikasi, aktivitas sosialisasi, aktivitas rekreasi, aktivitas olahraga, aktivitas seni, mengisi waktu luang, aktivitas religius, peningkatan spirit klien, peningkatan ADL dan kasih sayang. Sedangkan kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan teridentifikasi dengan kunjungan klien ke fasilitas kesehatan. Hasil penelitian ini senada dengan konsep yang



disampaikan oleh Anderson dan Tomlinson (1992) dalam Mohr (2006) tentang lima peran keluarga dalam mencapai kesehatan keluarga. Lima peran keluarga tersebut meliputi bertanggung jawab terhadap kebutuhan setiap anggota keluarga, kemampuan koping dalam menghadapi permasalahan dan stresor kehidupan, kemampuan menyelesaikan tugas keluarga dengan pembagian beban tugas yang sama, mendorong interaksi setiap anggota keluarga dan dalam masyarakat dan mendukung pelaksanaan kesehatan anggota keluarga secara positif.

Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi setelah melakukan perilaku spiritual adalah pendekatan perawatan yang diberikan. Pendekatan perawatan yang diberikan mengacu pada keberhasilan masing-masing tahapan perilaku spiritual yang dilakukan oleh informan. Beberapa pendekatan yang dipilih oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi adalah pendekatan agama, *health professional*, tradisional dan komunikasi terbuka. Hal ini menunjukkan adanya dua karakteristik perilaku spiritual yaitu vertikal dan horisontal seperti yang disampaikan oleh Hamid (1999) dan NANDA (2005).

#### **6. Teori Perilaku Spiritual Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Halusinasi**

Teori perilaku spiritual keluarga menghasilkan praktek spiritual jiwa keluarga. Perilaku spiritual keluarga merupakan dimensi sentral dalam mencapai kesehatan jiwa keluarga tanpa mengabaikan dimensi fisik, psikologis, sosial dan kultural. Fokus dimensi spiritual yang disajikan dalam

penelitian ini mendukung salah satu filosofi *parish nursing* (Solari-Twadell, 1999) yang menyebutkan bahwa fokus *parish nursing* adalah spiritual komunitas. *Parish nurse* memahami kesehatan sebagai proses dinamis dengan memasukkan dimensi spiritual, psikologis, fisik dan sosial. Kesehatan spiritual merupakan sentral kesejahteraan yang mempengaruhi kehidupan seseorang. Persamaan dua teori ini adalah fokus perilaku pada dimensi spiritual dan ruang lingkup spiritual yang dibahas berada pada tatanan komunitas.

Model adaptasi (Roy, 1991) digunakan sebagai dasar dalam pembentukan dan pengembangan teori perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga. Alasan penggunaan model Roy tersebut karena adanya kemiripan proses yang dihasilkan yaitu adanya stimulus, adanya tahapan mekanisme koping dan adanya tahap adaptasi. Tiga sistem utama yang digunakan meliputi input, proses dan output. Input digambarkan sebagai penyebab terjadinya perilaku yang terdiri atas stimulus fokal, kontekstual dan residual. Stresor berupa klien dengan halusinasi dalam penelitian ini digambarkan sebagai stimulus fokal. Sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku spiritual terbagi menjadi stimulus kontekstual dan residual. Stimulus kontekstual terdiri atas lima faktor yaitu latar belakang sosial budaya, intensitas stresor, berat stresor, pencapaian tujuan perawatan, dan alasan merawat. Stimulus residual terdiri atas dua faktor yaitu persepsi keluarga tentang penyakit dan keyakinan diri.

Pada penelitian perilaku spiritual keluarga, tahapan proses tidak menjelaskan tentang model sistem regulator. Alasan tidak digunakannya model sistem regulator adalah karena tidak ditemukannya mekanisme regulator yaitu mekanisme yang berkaitan dengan proses fisiologis meliputi kimia, neural atau endokrin pada penelitian perilaku spiritual keluarga. Peneliti lebih menjelaskan pada sistem kognator yang berkaitan dengan fungsi otak meliputi subsistem tahapan, respon dan makna perilaku spiritual keluarga.

Tahapan perilaku spiritual keluarga yang dihasilkan, meliputi *reframing*, *seeking information*, *seeking solution* dan *passive appraisal*. Perilaku pertama, *reframing* yaitu perilaku spiritual keluarga dengan tidak melakukan apa-apa dan menganggap kejadian stres sebagai fakta dalam kehidupan. Perilaku kedua, *seeking information* dijelaskan sebagai perilaku spiritual keluarga dalam mencari informasi terkait dengan perubahan yang terjadi pada anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Perilaku ketiga, *seeking solution* mengandung pengertian upaya keluarga dalam mencari jalan keluar dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Bentuk perilaku yang teridentifikasi dalam *seeking solution* adalah *social support*, *health professional*, *spiritual support* dan *traditional support*. *Social support* mengandung makna perilaku mencari solusi dengan memanfaatkan dukungan sosial dari keluarga, saudara atau tetangga. Mencari solusi dengan *health professional* dilakukan keluarga dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan. *Spiritual support* digambarkan tindakan mencari solusi melalui dukungan spiritual. Dukungan spiritual digambarkan dengan perilaku melakukan aktivitas spiritual yang dilakukan baik secara langsung dan tidak langsung.

Aktivitas spiritual langsung dilakukan secara mandiri dan kelompok. Bentuk dukungan spiritual yang dilakukan secara mandiri adalah dengan melakukan sholat, ngaji, dan berdoa. Sedangkan kegiatan yang dilakukan dalam kelompok adalah pengajian. Aktivitas spiritual tidak langsung yang teridentifikasi adalah keterlibatan tokoh agama. *Traditional support* menjelaskan upaya keluarga dalam memanfaatkan dukungan yang bersifat tradisional seperti pemanfaatan ramuan tradisional dan pijat refleksi. Perilaku keempat, *passive appraisal* yang digambarkan sebagai bentuk kegiatan pengalihan yang dilakukan oleh keluarga. Empat tahapan ini tidak mutlak terjadi pada setiap keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Dalam konteks penelitian ini dilakukan proses analisa kumulatif terhadap sampel yang terlibat dalam penelitian bukan analisa terhadap informan.

Empat tahapan perilaku spiritual keluarga yang dihasilkan seluruhnya menunjukkan perilaku yang positif. Menurut konsep *Emotional Spiritual Quotient (ESQ)* yang disampaikan oleh Agustian (2001) menjelaskan bahwa esensi spiritual adalah suara hati yang dipancarkan berdasarkan sifat-sifat Ilahi yaitu kasih mengasih. Tahapan perilaku spiritual keluarga terjadi karena adanya dorongan keluarga dalam memberikan kasih sayang terhadap anggota keluarga dengan halusinasi. Persamaan dua teori ini terletak pada sifat-sifat positif individu sebagai bagian dari suara hati yang merupakan kunci dari dimensi spiritual.

Empat perilaku spiritual keluarga akan mempengaruhi respon dan makna perilaku spiritual. Respon sebagai dampak dari perilaku spiritual meliputi respon evaluasi diri, perubahan sikap dan persepsi terhadap manfaat obat. Evaluasi diri adalah respon yang ditunjukkan dengan melakukan penilaian terhadap aspek positif dan negatif yang telah sepanjang hidupnya yang menyebabkan seseorang melakukan perilaku spiritual. Perubahan sikap sebagai bentuk respon dalam teori ini meliputi perubahan psikomotor dan afektif. Perubahan psikomotor ditunjukkan dengan bentuk perilaku adaptif yaitu mengikuti anjuran, menerima klien apa adanya, dan memberi spirit kepada klien; serta perilaku maladaptif yaitu diam dan marah. Perubahan afektif dijelaskan dalam perasaan hati tidak nyaman dan nyaman yang dirasakan oleh keluarga setelah melakukan perilaku spiritual. Perasaan nyaman meliputi rasa gembira dan tenang ketika menghadapi anggota keluarga dengan halusinasi. Perubahan rasa tidak nyaman yang sering muncul adalah perasaan takut, tegang dan rasa bersalah.

Makna yang diperoleh dalam perilaku spiritual ini terdiri atas perubahan sikap, harapan positif, rasionalisasi, introspeksi diri dan adanya sumber pendukung. Makna perubahan sikap yang teridentifikasi adalah sikap adaptif seperti tambah sabar, pasrah, terbuka, semakin dekat dengan Tuhan dan tambah pengetahuan, sedangkan sikap maladaptif adalah marah. Makna harapan positif meliputi harapan positif keluarga sendiri sebagai *caregiver* dan harapan positif terhadap klien. Makna ketiga yang ditunjukkan dalam teori ini adalah introspeksi diri dalam menghadapi setiap masalah yang dihadapi. Rasionalisasi merupakan keyakinan keluarga tentang adanya

intervensi dari Tuhan dalam menyelesaikan stresor. Makna terakhir yang diperoleh dari teori ini adalah adanya sistem pendukung yang dapat digunakan oleh keluarga dalam memfasilitasi penyelesaian masalah. Dampak terhadap respon dan makna perilaku spiritual ini yang akan memberikan efek berupa *output* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Munculnya respon dan makna yang bersifat negatif pada teori perilaku spiritual ini disebabkan oleh pengalaman hidup yang buruk berupa efek negatif dari tahapan perilaku spiritual, persepsi yang salah terhadap pelayanan kesehatan, dan kepentingan keluarga dalam menyembuhkan klien. Misalnya ketika keluarga melihat tidak adanya perubahan positif pada klien setelah memanfaatkan *health professional*, menyebabkan keluarga tidak percaya dan marah terhadap layanan kesehatan. Menurut konsep *Emotional Spiritual Quotient* (ESQ) yang disampaikan oleh Agustian (2001) munculnya tindakan yang salah/ negatif disebabkan oleh beberapa faktor yaitu: prinsip hidup yang salah, prasangka yang buruk, pengalaman hidup yang membelenggu dan adanya kepentingan-kepentingan yang bersifat subjektif. Persamaan dari dua konsep tersebut terletak pada penyebab munculnya respon dan makna negatif.

Esensi respon dan makna negatif ini terjadi karena seseorang kurang memahami Al Qur'an sebagai pedoman puncak (Agustian, 2001). Menurut Al Qur'an surat An Nur (Cahaya) 24:1 menyatakan "(Inilah) surah yang Kami turunkan dan Kami wajibkan. Di dalamnya Kami turunkan ayat-ayat

yang terang, agar kamu perhatikan peringatan.”. Pada teori perilaku spiritual keluarga yang dihasilkan tampak bahwa keluarga kurang memaknai stresor anggota keluarga dengan halusinasi sebagai bentuk peringatan Allah kepada hambanya.

*Output* pada model perilaku spiritual keluarga digambarkan sebagai kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Terdapat lima kemampuan yang teridentifikasi pada teori perilaku spiritual keluarga. Kemampuan pertama, kemampuan keluarga dalam memanfaatkan sumber pendukung termasuk didalamnya pemanfaatan fasilitas kesehatan. Kemampuan kedua, kemampuan keluarga menjalankan peran dalam merawat baik sebagai pengambil keputusan maupun sebagai *caregiver* utama. Kemampuan ketiga, kemampuan keluarga dalam mengenali gejala baik gejala awal maupun kambuh. Kemampuan keempat, kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan di rumah. Kemampuan kelima, kemampuan keluarga dalam penggunaan strategi perawatan pada klien dengan halusinasi. Pada penelitian perilaku spiritual keluarga tidak dibahas adanya adaptasi yang bersifat inefektif karena hasil adaptasi seluruhnya menunjukkan adaptasi yang positif. Hal ini terjadi karena keluarga melalui proses spiritual telah mencapai esensi spiritual yaitu mencari makna hidup melalui suara hati.

Adaptasi positif yang dihasilkan pada teori perilaku spiritual keluarga merupakan bentuk proses belajar yang dilakukan oleh keluarga. Keluarga melakukan proses belajar dari keadaan yang dilalui, mengevaluasi tindakan dan mengadakan perbaikan sesuai dengan suara hati yang dirasakan sehingga

menghasilkan lima kemampuan keluarga. Hal ini mendukung konsep hasil *learning principle* yang disampaikan oleh Agustian (2001). Agustian menyebutkan bahwa hasil prinsip pembelajaran adalah memiliki kebiasaan membaca situasi, melakukan evaluasi pemikiran dan mengadakan penyempurnaan. Persamaan dari dua konsep ini terletak pada proses belajar yang terjadi pada individu terhadap kejadian yang dialami. Prinsip belajar yang disampaikan pada penelitian perilaku spiritual keluarga ini sesuai dengan QS. Al-'Alaq (Segumpal Darah) 96: 3 yang menjelaskan kewajiban membaca (belajar).

#### **B. Keterbatasan Penelitian**

1. Informan dalam penelitian ini seluruhnya beragama Islam. Peneliti memiliki keterbatasan dalam menjangkau informan yang beragama selain Islam sehingga penelitian ini belum dapat menggambarkan kemungkinan adanya keragaman perilaku spiritual yang mungkin dipengaruhi oleh nilai-nilai dalam suatu agama.
2. Data penelitian dikumpulkan dengan metode *indepth interview*, sehingga keterbatasan pengalaman peneliti dalam menggunakan teknik tersebut akan dapat mempengaruhi kedalaman dan keluasan informasi yang diperoleh dari informan guna mengeksplorasi tujuan penelitian.
3. Data yang dikumpulkan dilakukan dengan tiga metode yaitu *indepth interview*, studi dokumen dan observasi. Metode utama yang menghasilkan data dalam penelitian ini adalah *indepth interview*. Sedangkan studi dokumen dan observasi hanya dilakukan pada fokus tertentu. Pada penelitian ini pengumpulan data *self report* tidak dapat dilakukan. Kurangnya keragaman



metode sebagai prinsip dalam pendekatan *grounded theory* dapat mempengaruhi keragaman sumber informasi untuk membangun sebuah teori menjadi terbatas.

4. Studi literatur yang digunakan lebih banyak menggunakan perilaku spiritual individu sebagai penerima perawatan, sehingga dapat mempengaruhi ketajaman proses analisa perilaku spiritual pada keluarga dalam konteks pemberi perawatan (*caregiver*).
5. Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan metode *grounded theory*. Keterbatasan pengalaman peneliti dalam menggunakan desain penelitian tersebut akan mempengaruhi proses dan hasil penelitian yang didapatkan.
6. Instrumen wawancara semi terstruktur dikembangkan berdasarkan *Puchalski's FICA Spiritual History Tool* (Puschalski, 1999). Keterbatasan instrumen pengkajian spiritual yang telah disesuaikan dengan budaya Indonesia menyebabkan kurangnya pemahaman informan tentang topik penelitian. Instrumen yang ada hanya mengkaji spiritual secara sederhana dan kurang menyentuh pada esensi spiritual yang sesungguhnya yaitu “suara hati”.
7. Literatur dan pengembangan teori spiritual yang meneliti intervensi-intervensi spiritual baik secara mandiri, kelompok, keluarga dan komunitas belum banyak dilakukan. Keterbatasan ini mempengaruhi proses pengembangan teori perilaku spiritual keluarga.
8. Esensi spiritual sering ditafsirkan sebagai kegiatan keagamaan. Kemampuan peneliti yang terbatas dalam memasuki esensi spiritual yang sesungguhnya yaitu “suara hati” secara mendalam mempengaruhi proses pengembangan

teori yang dihasilkan dalam penelitian.

### C. Implikasi Hasil Penelitian

#### 1. Ilmu Pengetahuan Keperawatan Jiwa tentang pendekatan Spiritual

Hasil penelitian ini menunjukkan tentang makna perilaku spiritual dapat langsung dirasakan oleh keluarga. Data yang diperoleh kemudian dianalisis dan dideskripsikan sesuai pandangan informan. Perawat jiwa dapat meningkatkan pemahamannya terhadap keluarga sebagai bagian dari sistem klien melalui penelitian-penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dilakukan untuk menindaklanjuti hasil penelitian ini adalah studi etnografi tentang perilaku spiritual berdasarkan perbedaan keyakinan dan budaya, penelitian tentang manfaat perilaku spiritual yang dapat dijadikan rujukan pengembangan model pelayanan keperawatan jiwa keluarga dalam mengatasi *burden of disease* akibat merawat klien dengan halusinasi.

Tahapan perilaku-perilaku spiritual seperti *passive appraisal*, *seeking information*, *seeking solution* dan *break*. Penelitian untuk menguji efektifitas perilaku spiritual untuk mengatasi *burden of disease*. Penelitian lebih lanjut tentang teknik efektif mengatasi *burden of disease* dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi juga perlu dikembangkan untuk mencari alternatif terapi keluarga bagi keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

Berdasarkan pembahasan hasil penelitian di atas, perawat jiwa dapat menggunakan secara terintegrasi teori *transcultural nursing* dari Leininger

(2002), teori sistem dari Betty Neuman, dan teori adaptasi stres dari Stuart dan Laraia (2005) guna memahami asuhan keperawatan holistik. Teori *transcultural nursing* dari Leininger (2002) digunakan untuk menganalisis budaya sebagai faktor yang mempengaruhi seseorang memilih perilaku spiritual. Leininger menjelaskan budaya sebagai nilai, kepercayaan, norma serta pandangan hidup yang mempengaruhi individu dalam berpikir, mengambil keputusan dan bertindak menurut pola-pola budaya tertentu. Hasil penelitian di atas memberikan bukti bahwa budaya berpengaruh terhadap perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Penelitian ini juga memperlihatkan peran penting teori sistem yang disampaikan oleh Betty Neuman. Teori sistem memandang bahwa sehat merupakan hasil dari hubungan timbal balik yang dinamis antara fisiologis, psikologis, sosial budaya dan spiritual. Interaksi komponen-komponen tersebut menunjukkan adanya kebutuhan holistik seseorang dalam asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa keluarga.

Pembentukan perilaku spiritual keluarga juga dipengaruhi oleh ketersediaan sumber coping. Berdasarkan hasil penelitian ditemukan tema-tema seperti beban finansial yang identik dengan ketersediaan aset material, dukungan sosial dan keyakinan yang positif. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan konsep tersedianya sumber coping menurut teori adaptasi stres dari Stuart dan Laraia (2005). Teori adaptasi stres memandang sumber coping sebagai strategi yang membantu untuk menentukan apa yang akan dilakukan.

Individu.

## 2. Perkembangan Pelayanan Keperawatan Jiwa

Berdasarkan hasil penelitian, tampak bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi menjadi dimensi yang sangat penting untuk diperhatikan. Berbagai perilaku spiritual, respon spiritual, makna spiritual, faktor-faktor yang mempengaruhi dan pengaruh terhadap kemampuan merawat menunjukkan bahwa spiritual menjadi satu hal yang tidak bisa terlepas dalam asuhan keperawatan. Oleh karena itu diperlukan sebuah pendekatan holistik dari setiap tahapan proses keperawatan. Satu hal yang perlu ditingkatkan adalah pandangan perawat untuk melihat sistem klien sebagai satu kesatuan yang utuh baik secara fisik, psikologis, sosial budaya dan spiritual. Keluarga sebagai caregiver utama dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya di rumah perlu mendapatkan perhatian khusus dari perawat spesialis jiwa.

Pengkajian terhadap perilaku spiritual keluarga perlu difokuskan untuk memahami akibat yang ditimbulkan oleh adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Hasil penelitian mengidentifikasi empat tahapan perilaku spiritual baik yang bersifat intrapersonal, interpersonal dan transpersonal yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Respon perilaku spiritual meliputi respon kognitif, afektif dan psikomotor. Hasil studi juga memperlihatkan bahwa makna perilaku spiritual yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Perawat jiwa diharapkan mampu menyusun intervensi keperawatan yang

mampu meningkatkan perilaku spiritual keluarga yang adaptif dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Pengkajian dimensi spiritual dapat dilakukan dengan menggunakan suatu alat atau instrumen yang berisi pertanyaan- pertanyaan yang berhubungan dengan spiritual. Pengkajian yang dilakukan meliputi pengkajian fokal, kontekstual dan residual dalam dimensi spiritual. Salah satu instrumen yang dikembangkan dan dimodifikasi sebagai instrumen wawancara semi terstruktur pada penelitian ini adalah *Puchalski's FICA Spiritual History Tool* (Pulschalski, 1999). Hasil dari pengembangan intrumen ini melahirkan sebuah teori tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Lima komponen utama dari *Puchalski's FICA Spiritual History Tool* meliputi:

- a) F: *Faith* atau Keyakinan (apa keyakinan saudara?) Apakah saudara memikirkan diri saudara menjadi seseorang yang spiritual atau religius? Apa yang saudara pikirkan tentang keyakinan saudara dalam memberikan makna hidup?
- b) I: *Importance* dan *influence*: (apakah hal ini penting dalam kehidupan saudara) Apa pengaruhnya terhadap bagaimana saudara melakukan perawatan terhadap diri sendiri? Dapatkah keyakinan saudara mempengaruhi perilaku selama sakit?
- c) C: *Community* (Apakah saudara bagian dari sebuah komunitas spiritual atau religius? Apakah komunitas tersebut mendukung saudara dan bagaimana? Apakah ada seseorang didalam kelompok tersebut yang benar-benar saudara cintai atau begitu penting bagi saudara?)

- d) A: Address Bagaimana saudara akan mencintai saya sebagai seorang perawat, untuk membantu dalam asuhan keperawatan saudara?
- e) Pengkajian aktifitas sehari-hari pasien yang mengkarakteristikan perilaku spiritual yaitu mendengarkan berbagai pernyataan penting seperti perasaan ketika seseorang gagal, perasaan tidak stabil, perasaan ketidakmampuan mengontrol diri, pertanyaan tentang makna hidup dan hal-hal penting dalam kehidupan, dan perasaan hampa.

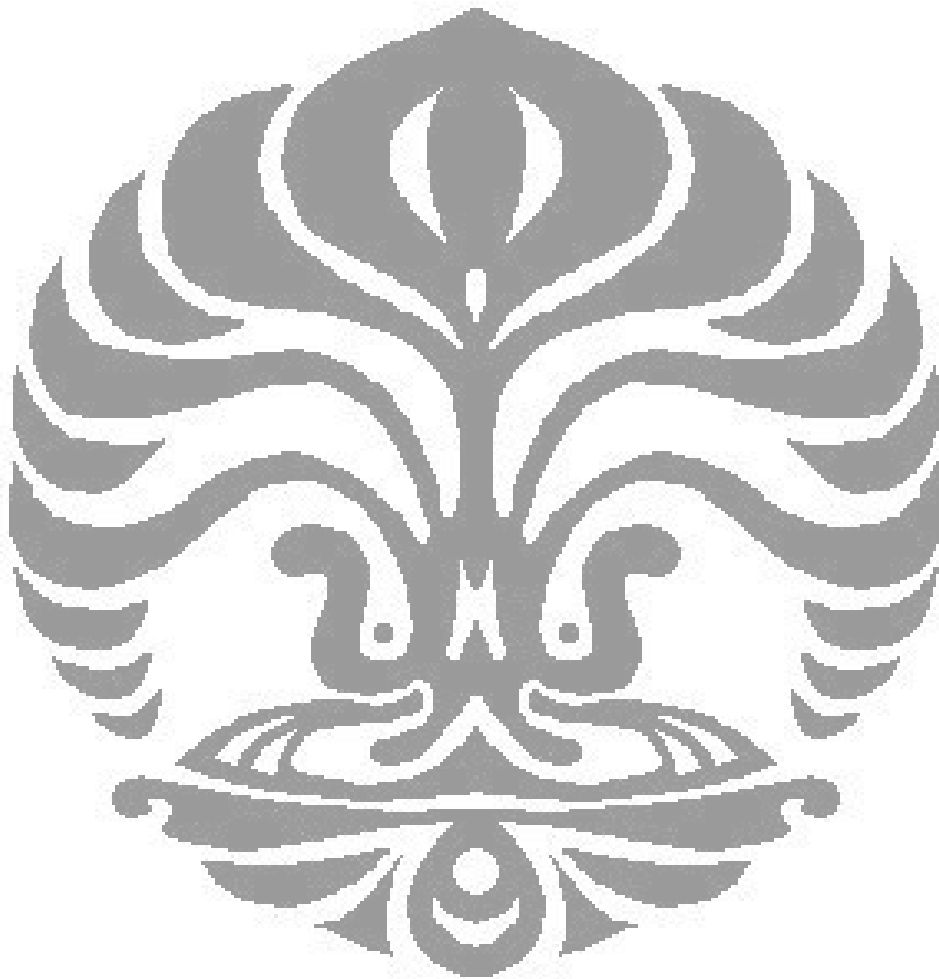
Intervensi keperawatan perlu disusun lebih komprehensif dalam membantu keluarga untuk meningkatkan perilaku spiritual keluarga dengan melibatkan adanya sistem pendukung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku spiritual dapat dilakukan melalui pendekatan mandiri berupa intervensi individu dan pendekatan kelompok yang dapat dikembangkan dalam bentuk terapi kelompok. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa efektifitas terapi keperawatan jiwa tidak hanya berfokus pada terapi individu namun juga terhadap terapi keluarga dan kelompok serta komunitas. Kebutuhan layanan masyarakat terhadap kesehatan jiwa yang teridentifikasi dalam penelitian adalah pendekatan agama, pendekatan *health professional* dan tradisional serta upaya komunikasi terbuka yang dapat ditingkatkan melalui pendidikan kesehatan. Layanan promosi kesehatan terhadap perilaku spiritual keluarga ini akan menurunkan *burden of disease* yang dapat mempengaruhi keberhasilan upaya perawatan yang diberikan terhadap klien dengan halusinasi. Hasil ini memberikan implikasi bahwa seorang perawat jiwa harus memiliki kompetensi ketrampilan tentang teknik asuhan keperawatan holistik kepada individu, keluarga dan masyarakat terutama dalam memenuhi

kebutuhan spiritual dan peran spiritual dalam meningkatkan kesehatan. Implikasi kedua penelitian ini adalah membantu perawat dalam mengenal kebutuhan spiritual dan menilai peran spiritual dalam meningkatkan kesehatan seseorang. Upaya ini untuk meningkatkan kesadaran spiritual, perkembangan spiritual dan menurunkan stres. Implikasi ketiga adalah perawat harus meningkatkan sensitifitas dan fleksibilitas terhadap praktik dan keyakinan religius keluarga, dukungan legal terhadap kebutuhan layanan *health profesional* yang diperlukan dan dukungan advokasi tentang organisasi-organisasi spiritual. Implikasi keempat perawat sebagai edukator harus berperan dalam mengintegrasikan spiritual dalam kurikulum keperawatan.

### 3. Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan berupa tahapan perilaku spiritual keluarga, respon, makna, faktor-faktor yang mempengaruhi dan pengaruh terhadap kemampuan merawat dapat teridentifikasi beberapa area penelitian. Penelitian ini menemukan bahwa spiritual merupakan upaya untuk menghadapi stresor keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis (halusinasi). Metode penelitian kualitatif dalam perilaku spiritual keluarga perlu dikembangkan dan dievaluasi. Penelitian seharusnya mengkaji pengaruh spiritual terhadap proses asuhan keperawatan yang diberikan. Implikasi dari temuan tersebut akan membantu perawat untuk meningkatkan kemampuan dan sensitifitas perawat jiwa dalam meneliti area spiritual terutama perilaku spiritual keluarga pada gangguan jiwa secara umum, manfaat perilaku spiritual dan berbagai terapi spiritual dalam konteks

keluarga. Implikasi yang lain adalah perawat harus dapat melakukan penelitian tentang strategi spiritual yang efektif bagi keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.





## BAB VI

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Model perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi dikembangkan dengan mengadopsi model konseptual adaptasi Roy (1991). Tiga komponen utama dari model perilaku spiritual keluarga adalah stimulus, mekanisme kognator dan adaptasi. Tiga stimulus yang teridentifikasi yaitu fokal, kontekstual dan residual menunjukkan keterlibatan faktor internal dan eksternal sebagai penyebab terjadinya perilaku.

Komponen mekanisme kognator menggambarkan interaksi antara subsistem tahapan, respon dan makna perilaku spiritual keluarga. Fokus dari model ini adalah tahapan perilaku spiritual keluarga. Tahapan perilaku spiritual seluruhnya menunjukkan perilaku yang adaptif sebagai upaya mengatasi stimulus yang terjadi. Tidak teridentifikasi adanya perilaku yang bersifat negatif yang dilakukan oleh keluarga. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh faktor internal berupa keyakinan diri dan eksternal berupa latar belakang sosial budaya keluarga. Namun dari hasil interaksi tahapan dengan respon dan makna perilaku spiritual keluarga ditemukan adanya respon dan makna yang bersifat negatif sebagai konsekuensi adanya kegagalan tahapan perilaku spiritual.

Adaptasi digambarkan dalam bentuk peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Berbagai kemampuan ini

mengindikasikan adanya proses belajar yang dilakukan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Model perilaku spiritual ini menegaskan bahwa dimensi spiritual merupakan dimensi penyeimbang dalam rangka pemenuhan holistik terutama bagi keluarga sebagai *caregiver* di rumah. Kesimpulannya, model perilaku spiritual berkontribusi positif terhadap teori dasar keperawatan khususnya pada dimensi spiritual.

## B. Saran

Berbagai saran yang dapat diberikan kepada pihak-pihak yang terkait dengan teori perilaku spiritual keluarga yaitu :

### 1. Institusi Pendidikan Keperawatan

- a. Mengajarkan teori perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi dan pengkajian spiritual dengan menggunakan instrumen pengkajian perilaku spiritual guna memahami asuhan keperawatan holistik secara terintegrasi pada pendidikan magister ilmu keperawatan kekhususan keperawatan jiwa.
- b. Mengajarkan tentang teknik-teknik asuhan keperawatan spiritual keluarga dan mengembangkan terapi spesialis jiwa pada dimensi spiritual berdasarkan sistem klien yaitu keluarga, kelompok dan komunitas pada pendidikan magister ilmu keperawatan kekhususan keperawatan jiwa.
- c. Penggunaan model konseptual keperawatan dalam pengembangan teori keperawatan khususnya dimensi spiritual dengan melakukan penyesuaian sesuai hasil penelitian.
- d. Menyusun dan mengembangkan terapi kelompok aktivitas bagi keluarga dalam rangka memenuhi kebutuhan spiritual keluarga

- e. Bekerja sama dengan organisasi profesi (PPNI) dalam penyusunan kurikulum khususnya topik perilaku spiritual keluarga sesuai kompetensi setiap tingkatan pendidikan keperawatan (DIII, S1 dan Magister)

## 2. Layanan Keperawatan Jiwa Komunitas

Pemenuhan kebutuhan spiritual keluarga dapat dilakukan dengan strategi:

- a. Penggunaan instrumen pengkajian dan intervensi pada perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi bagi perawat spesialis jiwa.
- b. Kolaborasi perawat spesialis jiwa dengan tokoh agama dalam memenuhi kebutuhan spiritual keluarga melalui kegiatan kesehatan jiwa masyarakat dalam bentuk pendidikan kesehatan jiwa khususnya dimensi spiritual keluarga dengan mengaktifkan peran serta keluarga melalui peran majelis taklim.

## 3. Keluarga dan Masyarakat

- a. Keluarga perlu menjadi *role model* bagi setiap anggota keluarga dalam melakukan perilaku spiritual seperti aktivitas berhubungan dengan Tuhan (sholat, mengaji, dzikir, dan kegiatan keagamaan lain), berinteraksi dengan masyarakat, dan mengembangkan kreativitas berdasarkan kemampuan individu (seni, olah raga dan hobi) ketika dihadapkan pada stresor yang ada.
- b. Masyarakat hendaknya mengembangkan budaya yang dapat berpengaruh positif terhadap perilaku spiritual keluarga melalui aktivitas spiritual

kelompok seperti pengajian dalam rangka memberikan dukungan bagi keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

- c. Masyarakat dapat melakukan perilaku spiritual dengan memanfaatkan *health professional* ketika merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

#### 4. Penelitian Keperawatan Jiwa

- a. Studi etnografi tentang perilaku spiritual keluarga berdasarkan perbedaan keyakinan dan budaya.
- b. Penelitian tentang manfaat perilaku spiritual keluarga yang dapat dijadikan rujukan pengembangan model pelayanan keperawatan jiwa keluarga dalam mengatasi *burden of disease* akibat merawat klien dengan halusinasi
- c. Penelitian untuk menguji efektifitas perilaku spiritual keluarga untuk mengatasi *burden of disease*.
- d. Penelitian tentang teknik efektif mengatasi *burden of disease* dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi juga perlu dikembangkan untuk mencari alternatif terapi keluarga bagi keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi
- e. Penggunaan data pendukung *indept interview* seperti observasi, studi dokumentasi, dan *self report* pada penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*.
- f. Penelitian lebih lanjut tentang perilaku spiritual dapat menggunakan teori dan model konseptual keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustian, A.G. (2001). *Rahasia sukses membangun kecerdasan emosi dan spiritual ESQ: Emotional spiritual quotient berdasarkan 6 rukun iman dan 5 rukun Islam*. Jakarta: Arga Wijaya Persada.
- Ahmadi, F. (2006). *Culture, religion and spirituality in coping*. Sweden: Uppsala University Library.
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association*. (5<sup>th</sup> Ed.), Washington, DC: American Psychological Association
- Auerbach, S.M., & Gramling, S.E. (1998). *Stress management: Psychological foundations*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Baldacchino, S.M., dan Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 134(6), 833-841.
- Barker, P. (2003). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. London: Oxford University Press Inc.
- Benson, H. (1997). *Timeless healing*. New York: Simon & Schuster.
- Bown, J., & Williams, S. (1993). Spirituality in nursing: A review of the literature. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 2(4), 41-66.
- Boudreaux, E.D., O'Hea, E., & Chasuk, R. (2002). *Spiritual role in healing: An alternative way on thinking: Primary care*. 439-454.
- Brady, N., & McCain, G.C. (2004). Living with schizophrenia: A family perspective. *Online J Issues Nurs*. 10(1):7. diakses tanggal 26 Februari 2008
- Brown, K.M. (1991). *Mama lola: A vodu priestess in Brooklyn*. Berkeley CA: University of California Press.
- Burkhardt, M.A., & Nagai-Jacobson, M.G. (2002). *Spirituality: Living our connectedness*. Albany, NY: Delmar Thomson Learning.
- Burns, N., & Grove, K.T. (2003). *Understanding nursing research*. (2<sup>nd</sup> ed), Philadelphia: WB Saunders Company.
- Cardoza-Orlandi C.F. (1995). Drum beats of resistance and liberation: Afro Caribbean religious and the struggle for life and the Cristian theologian. *Journal Hispanic/Latin Theol*, 3, 50-60.

- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chandra, L. (2000). *Pelayanan Kesehatan Jiwa* ¶ 1, [http://idionline.org/info/idi-isi.php?news\\_id=766](http://idionline.org/info/idi-isi.php?news_id=766), diperoleh tgl 2 Mei 2006)
- Chiu, L., Morrow, Marina., Ganesan, S. & Clark, N. (2005). *Spirituality and treatment choices by south and east asian women seriousvmental illness*. Sage Publication: <http://tps.sagepub.com> , diakses tgl 6 November 2007)
- Corbin, J. & Strauss, A. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedure and techniques*. Newbury Park: SAGE publications.
- Corey, G. (2003). *Teori dan Praktek konseling dan psikoterapi*. Bandung: Refika Aditama.
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five tradition*. United States of America (USA): Sage Publication Inc.
- Dep.Kes (2005). *Jumlah Penderita Gangguan Jiwa Terus Bertambah*. ¶ 1, <http://depkes.org>, diakses tanggal 9 Februari 2008).
- Dochterman, J.M., & Bulechek, G.M. (2004). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). Age and sex difference in strategies of coping and defence across the life span. *Psychology and aging*, 11, 127-139 diakses pada tanggal 3 Maret 2007).
- Dobratz, D. (2005). The Meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advance Nursing*. 26(6), 1183-1188.
- Eisenbruch, M. (1994). Mental health and the Cambodian traditional healer for refugees who resettled, were repatriated or internally displaced and for those who stayed at home. *Collegium Antropologicum*, 18, 219-230.
- Ellison, A., & Levin, J.S. (1998). *The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions*. Health education & behavior, 25, 700-720
- Emmons, R.A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guildford Press.
- Eptein N.B. dkk. (1993). *The McMaster model view of healty family functioning*. New York: The Giulford Press, 138-60.

- Farran, C.J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S., & Wilken, C.S. (1991). Finding meaning: an alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *Gerontologist*, 31, 483-489.
- Fortinash, K.M. dan Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). St. Louis: Mosby
- Friedman, I.A. (1991). High- and low- burnout scholls: School culture aspect of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 84(6), 325-334.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valey, CA: Sociology Press.
- Hamid, A.Y.S. (1999). *Aspek Spiritual dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Harwood, A. (1977). Puerto Rican Spiritism. *Cult Med. Psychiatry*, 1(1), 69-95 dan 1(2), 135-154.
- Hatch, R.L., Burg, M.A., Naberhaus, D.S., & Hellmich, L.K. (1998). *The spiritual involvement and beliefs scale, development and testing of a new instrument*. *J. Fam Pract*, 46, 476-86.
- Hebert, R.S., Jenckes, M.W., Ford, D.E., O'Connor, D.R., & Cooper, L.A. (2001). Patient perspectives on spirituality and the patient-physician relationship. *Juornal of Genaral Internal Medicine*, 16(10), 685-692.
- Hidayat, D. (2007). *Simposium Sehari Kesehatan Jiwa Dalam Rangka Menyambut Hari Kesehatan Jiwa Sedunia*. ¶ 1, [http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanan\\_kesehatan.htm](http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanan_kesehatan.htm), diakses tanggal 28 November 2007)
- Hinds, C. (1992). Suffering: A relatively unexplored phenomenon among family caregivers of non institutionalized patient with cancer. *Journal Advance Nursing*, 17, 918-925.
- Kehoe, N.C. (1999). *A therapy group on spiritual issues for patient with chronic mental illness*. *Psychiatric services*, August 1999, vol. 50. hal 8. diakses pada tanggal 3 April 2007
- Kirschbaum, M.S. (1996). Live support decisions for children: What do parent value?. *Advance Nursing Science*, 19, 51-71.
- Koenig, H.G., & Larson, D.B. (1998). Use of hospital services, religious attendance, and religious affiliatio. *Southern Medical Journal*, 18, 925-932.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbookof religion and health*. Oxford: Oxford University Press.

- Koenig, H.G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-200.
- Kraut, M.M. (1990). Healers and stonger: immigrant attitudes toward the physician in America- a relationship in historical perspective. *JAMA*, 1807-1811.
- Lazarus, R.S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R., (1985). *Stress and adaptation outcome*. *American Psychologist*, 40, 770-779. Diakses pada tanggal 3 Maret 2007)
- Maramis. (2006) *Mengurangi resiko gangguan jiwa*. ¶ 3, <http://www.suarakarya-online.com/news.html?id=157830>, diakses tanggal 25 Oktober 2006)
- Maramis. (2006). *FK Universitas Indonesia membangun kesadaran baru*. Suara Karya Online.htm. diakses tanggal 26 Februari 2008)
- Marvin, I.H.M.D., & Stephen R.M.M.D. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- McCubbin, H.L., & Thompson, A.I. (1991). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- Media Indonesia. (2005). *Sehat jiwa penting*. ¶ 3, <http://www.freedipart.nu/>, diakses tanggal 9 Februari 2008)
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Moloeng, L.J. (2004). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT Remaja Putra Karya.
- Mullen, P.D., & Reynold, R. (1978). *The potential of grounded theory for health education research: Linking theory and practice*. *Health Education Monographs*, 6 (3), 280-294.
- NANDA. (2005). *Nursing diagnoses: Definitions & classification 2005-2006*. Philadelphia USA: NANDA International
- Pandit, N.R. (1996). The creation of theory: A recent application of the grounded theory method. *The Qualitative Report*, Volume 2, Number 4, December, 1996, <http://www.nova.edu/ssss/OR/QR2-4/pandit.html>, diakses tanggal 8 November 2007)
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, I. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*, 37, 710-724.



- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. (ed-3), Jakarta: Perfecta LPSP3. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Press Ganey Research. (2003). *Patient perceptions of care in the United States*. Press Ganey National Data Base. South Bend, IN: Press Ganey Associates.
- Pulchalski, C.M. (1999). *A spiritual history. Lecture given at the american Academy of hospice and palliative medicine annual symposium*. Snowbird, Utah June 22-26.
- Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional. (2008). *Kamus besar bahasa Indonesia*. <http://pusatbahasa.diknas.go.id/kbbi/index.php>. diakses tanggal 11 Maret 2008)
- Rahmi (2008). Curi perhatiannya, rebut konsentrasinya. [http://halohalo\\_co\\_id.htm](http://halohalo_co_id.htm), diakses tanggal 27 Februari 2008)
- Ray, M. A. (1985). *Philosophical method to study nursing phenomena*. In M. M. Leininger (Ed.), *Qualitative research methods in nursing* (pp. 81-92). London: Grune and Stratton, Inc
- Reed, P.G., & Runquist, J.J. (2007). Reformulation of a methodological concept in grounded theory. *Nursing science quarterly*. <http://nsq.sagepub.com>, diakses tanggal 6 November 2007).
- Roy, C. (1991). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Sara, dkk. (2002). *Religious/ spiritual coping in childhood cystic fibrosis: a qualitative study*. *Journal of the American academy of pediatrics*, 109, 1-11. Diakses pada tanggal 2 April 2007 dari [www.pediatrics.org](http://www.pediatrics.org)
- Saunders, J.C. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Online J. Issues Nurs.* 20(2):95-113. diakses tanggal 26 Februari 2008)
- Scahmitt, R. (1978). Religious views of parent of retarded children. *Journal religious Health*, 17, 80-87.
- Sherwood, G.D., (2000). The power of nurse-client encounters. Interpreting spiritual themes. *Journal of Holistic Nursing*, 18(2), 159-175.
- Shifren, K. & Hooker, K. (1997). Stability and change in optimism: A study among spouse caregivers. *ExpAging Res*, 21, 59-76.

- Siswono (2001). *Sangat besar, beban akibat gangguan jiwa*. Gizi.net, diperoleh tgl 26 Februari 2008)
- Smucker, C. (1996). A phenomenological description of the experience of spiritual distress. *Nursing diagnosis*.7 (2), 81-92.
- Solari-Twadell, P.A., & McDermott, M.A. (1999). *Parish nursing: Promoting whole person health within faith communities*. London: Sage Publications. [www.sagepub.com](http://www.sagepub.com), diperoleh tanggal 17 Juli 2008).
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (1983). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (7<sup>th</sup> edition). St Louis: Mosby
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7<sup>th</sup> edition). St Louis: Mosby
- Sugiono. (2005). *Metode penelitian administratif*. (edisi 12). Bandung: Albeta.
- Sukandar. (2005). *Gangguan jiwa*. 6, <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=1205&Itemid=2>, diperoleh tanggal 8 Oktober 2006).
- Sullivan, N., & Walton, J. (2004). Men of prayer: Spirituality of men with prostate cancer: A grounded theory study. *Journal of Holistic Nursing*. 133-151, <http://jhn.sagepub.com>, diakses tgl 6 November 2007)
- Swinton, J. (2001). *Spirituality and mental Health care: Rediscovering a forgotten dimension*. London: Jessica Kingsley.
- Tanyi, R.A. (2002). Towards clarification of meaning of spirituality. *Journal of advance nursing*, 39 (5), 500-509.
- Taylor, S.E. (1991). *Affiliation, social support, and biobehavioral responses to stress*. In J. Suls & K.A. Wallston (Eds.), *social psychological foundations of health and illness*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Tepper, L., Rogers, S.A., Coleman, E.M., & Malony, H.M. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Service*. 52, 660-665.
- Teschinsky, U. (2000). Living with Schizophrenia: The family illness experience. *Online J Issues Nurs*. 21(4):387-96. diakses tanggal 26 Februari 2008)

- Theis, S.L., Biordi, D.L., Coeling, H., & Nalepka, C. (2003). Spirituality in caregiving and care receiving. *Holistic Nursing Practice*. 17(1), 48-55.
- Thomson, S.B. (2004). *Qualitative research: Grounded theory- Sample size and validity*. Dept. of management, [Bruce.Thomson@BusEco.monash.edu.au](mailto:Bruce.Thomson@BusEco.monash.edu.au), diperoleh tanggal 6 November 2007)
- Torosian, M.H., & Biddle, V.R. (2005). Spirituality and healing. *Seminars in Oncology*, 32(2), 232-236.
- Townes, E. (1998). *Breaking the fine rain of death: African American health issues and a womanist ethic of care*. New York, NY: Continuum.
- True, G. (1997). "My soul will come back to trouble you": culture and ethical issue in the coerced treatment of a Hmong adolescent. *South Folklore*. 54, 101-113.
- Tuck, I., Alleyne, R., dan Thinganjana, W. (2006). Spirituality and stress management in healthy adults. *Journal of holistic nursing*, 24, 245-253, <http://jhn.sagepub.com> diakses pada tanggal 19 Agustus 2007).
- Varcorolis, E.M. (2000). *Psychiatric Nursing Clinical Guide: assessment tools and diagnosis*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Walton, J. (1996). Spiritual relationship: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 14, 237-250, <http://jhn.sagepub.com>, diakses tgl 6 November 2007)
- Westerhoff, J. (1998). *Will our children have faith?*. New York: Seabury P.

## **PENJELASAN PENELITIAN**

### **PERILAKU SPIRITUAL KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN HALUSINASI *A GROUNDED THEORY STUDY***

Saya :

**Heni Dwi Windarwati**

**Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dengan NPM: 0606037185.**

Bermaksud mengadakan penelitian tentang "Perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah, *A Grounded Theory Study*" dengan pendekatan kualitatif. Maka bersama ini saya jelaskan beberapa hal sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah di kota Bogor Jawa Barat. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk menghasilkan konsep perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah sebagai dasar pengembangan model keperawatan jiwa keluarga.
2. Wawancara akan dilakukan satu kali pertemuan selama 50-60 menit dengan informan, sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti dan informan, jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara yang kedua dengan waktu disepakati tetapkan kemudian.

3. Selama wawancara dilakukan, informan diharapkan dapat menyampaikan pengalamannya dengan utuh.
4. Selama penelitian dilakukan peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan dan tape recorder untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
5. Penelitian ini akan memberikan dampak psikologis terhadap informan, karena akan menggali perasaan informan tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.
6. Dalam penelitian ini tidak ada perlakuan terhadap informan dan hanya menggunakan teknik wawancara untuk menggali informasi perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.
7. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya.
8. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode informan dan bukan nama sebenarnya dari informan.
9. Informan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dan informan.
10. Keikutsertaan informan dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip sukarela tanpa tekanan atau paksaan dari peneliti.
11. Jika ada yang belum jelas, dipersilahkan informan untuk mengajukan pertanyaan

Bogor, Maret 2008

Peneliti

Heni Dwi Windarwati

NPM. 0606037185

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama ( inisial ) :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan kami tentang manfaat penelitian ini, maka kami memahami tujuan yang nantinya akan bermanfaat bagi keluarga-keluarga lain yang juga merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah. Kami mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak kami sebagai informan. Kami berhak menghentikan berpartisipasi dalam penelitian ini jika suatu saat kami merasa keberatan.

Kami sangat memahami bahwa keikutsertaan kami menjadi informan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan spiritual keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi di rumah. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti kami telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda Tangan Informan

Tanggal :

Tanda Tangan Saksi

Tanggal :

Tanda Tangan Peneliti

Tanggal :

## INSTRUMEN WAWANCARA SEMI TERSTRUKTUR

Judul tesis : Perilaku Spiritual Keluarga Yang Merawat Anggota Keluarga Dengan Halusinasi, *A Grounded Theory Study*

Waktu wawancara :

Tanggal :

Tempat :

Pewawancara :

### A. Pertanyaan Umum Caregiver Utama

#### 1. Data Demografi Caregiver Utama

a. Nama : .....

b. Usia : .....

c. Jenis kelamin : .....

d. Pendidikan : .....

e. Pekerjaan : .....

f. Nomor telepon : .....

g. Alamat : .....

## B. Pertanyaan Spesifik

1. Sejak kapan saudara merawat anggota keluarga dengan halusinasi?
2. Perilaku apa yang ditampilkan oleh klien saat mengalami halusinasi?
3. Bagaimana perasaan saudara menghadapi anggota keluarga dengan halusinasi ?
4. Apa yang saudara lakukan dalam menghadapi perasaan saudara?
5. Bagaimana dampak perasaan saudara terhadap keyakinan saudara?
6. Perilaku apa yang saudara lakukan berhubungan dengan keyakinan saudara tersebut dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi?
  - a. Bagaimana perilaku atau tindakan saudara berhubungan dengan Tuhan saat merawat anggota keluarga dengan halusinasi?
  - b. Bagaimana saudara berhubungan dengan sesama manusia, alam dan lingkungan saat saudara merawat anggota keluarga dengan halusinasi?
  - c. Bagaimana kegiatan spiritual/ menentramkan hati terhadap semangat saudara merawat anggota keluarga dengan halusinasi
7. Apa yang saudara rasakan dengan perilaku yang saudara lakukan berhubungan dengan keyakinan saudara saat merawat anggota keluarga dengan halusinasi?
8. Apa makna yang saudara rasakan dengan tindakan/ perilaku spiritual (menentramkan hati) yang anda lakukan terhadap perasaan saudara saat merawat anggota keluarga dengan halusinasi?
9. Jelaskan apa saja yang mempengaruhi perilaku spiritual (menentramkan hati) yang saudara gunakan terhadap perawatan yang saudara berikan kepada anggota keluarga dengan halusinasi?
10. Bagaimana pengaruh tindakan atau perilaku spiritual (menentramkan hati) yang saudara lakukan terhadap perawatan yang saudara lakukan di rumah?



**INSTRUMEN FIELD NOTE**

**Judul Tesis: Perilaku Spiritual Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi, *A Grounded Theory Study***

Pewawancara : Tanggal : Tempat : Informan : Posisi informan : Waktu :	
<b>Field Note: Catatan Komunikasi Non Verbal</b>	<b>Coding</b>
Rencana isi field note adalah 1. komunikasi non verbal yang mendukung komunikasi verbal yang disampaikan informan 2. komunikasi non verbal yang berlawanan dengan komunikasi verbal yang disampaikan informan.	
(Empty space for field notes and coding)	

**INSTRUMEN *SELF REPORT***

**Judul Tesis: Perilaku Spiritual Keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi, *A Grounded Theory Study***

Informan :		
Tanggal :		
Tempat :		
Waktu :		
Waktu	Perilaku Spiritual	Alasan

## KARAKTERISTIK INFORMAN

NO	KODE INFORMAN	JENIS KELAMIN	USIA (TH)	PENDIDIKAN	STATUS PERNIKAHAN	PEKERJAAN	PENGALAMAN MERAWAT			
							KLIEN	LAMA MERAWAT	TIPE HALUSINASI	TAHAPAN HALUSINASI
1	P1	LAKI-LAKI	54	SMP	MENIKAH	WIRASWASTA	K1	1 TAHUN	VISUAL	MENGONTROL
2	P2	PEREMPUAN	29	SMA	JANDA	WIRASWASTA	K2	3 TAHUN	AUDITORI	MENYALAHKAN
3	P3	PEREMPUAN	57	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	K3	9 TAHUN	AUDITORI	MENGONTROL
4	P4	PEREMPUAN	54	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	K4	3 TAHUN	AUDITORI	MENGONTROL
5	P5	PEREMPUAN	46	SMP	MENIKAH	WIRASWASTA	K5	10 TAHUN	VISUAL	MENYALAHKAN
6	P6	PEREMPUAN	48	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	K6	5 TAHUN	PENCIUMAN	MENGONTROL
7	P7	PEREMPUAN	51	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	K7	2 TAHUN	AUDITORI	MENGONTROL
8	P8	PEREMPUAN	62	SD	MENIKAH	WIRASWASTA	K8	13 TAHUN	AUDITORI	MENGONTROL
9	P9	PEREMPUAN	56	SMA	JANDA	PNS	K9	8 TAHUN	AUDITORI	MENGONTROL
10	P10	PEREMPUAN	56	SD	JANDA	WIRASWASTA	K10	1 TAHUN	AUDITORI	MENGONTROL

## INFORMAN 1

---

<b>Inisial informan</b>	: Bapak Nr
<b>Lingkungan</b>	: Peneliti dan bapak Nr duduk dalam satu ruangan yaitu ruang tamu keluarga bapak Nr dan duduk berhadapan. Ruang tamu keluarga bapak Nr berada didepan dan dekat dengan jalan raya. Pada saat wawancara pintu ruang tamu tertutup namun tetap masih terdengar suara mobil sesekali lewat. Selain peneliti dan bapak Nr duduk di ruangan tersebut ibu Nr yang duduk tepat disamping peneliti. Alat perekam diletakkan dimeja diantara peneliti dan informan dan peneliti memegang lembar field note dan pulpen.
<b>Deskripsi infroman</b>	: Ekspresi informan tampak tenang, kontak mata positif, ekspresi wajah tampak ramah sedang ibu Nr lebih banyak diam dan mengangguk-anggukkan kepala saat bapak Nr berbicara.
<b>Tanggal wawancara</b>	: 22 April 2008
<b>Jam</b>	: 11.10 – 12.05
<b>Tempat</b>	: Rumah keluarga bapak Nr RW 09 Kel. Sindang Barang

---

**Peneliti** :  
 Selamat siang Bapak, akan kita mulai saja, kebetulan saya ingin melakukan penelitian tentang perilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Sebelumnya saya ingin tahu pak semenjak kapan putra bapak mengalami halusinasi dan apa yang ditampilkan saat itu pak? (*duduk berhadapan, tersenyum, tubuh sikap terbuka*)

**Informan** :  
 E... sebelumnya saya mengatakan bahwa saya tidak bermaksud untuk istilahnya ngomongin keluarga gitu ya saya hanya punya tujuan mudah-mudahan ini bisa dijadikan manfaat, mudah-mudahan peristiwa yang saya alami ada manfaatnya untuk masyarakat. Awal gejala, gejala awalnya yaitu mula-mula sering murung, sering menangis sendiri dan sangat perasa (*menatap peneliti dan tampak matanya berkaca-kaca*)

**Peneliti** :  
 Sejak kapan itu?

**Informan** :  
 Setahun yang lalu, (*diam sejenak, dan menghela napas panjang*) sangat perasa jadi dia murung sering mengurung diri di kamar kalau tersentuh sedikit dia menangis, mula-mulanya begitu seperti orang bingung (*menggelengkan kepala*) E... kemudian dia mulai nggak berani keluar rumah karena katanya malu, itu gejala awalnya, diajak bicara susah, itu gejala awalnya.

**Peneliti :**

Kemudian peristiwa apa pak yang kemudian mengejutkan keluarga ini?

**Informan :**

Pada saat dia mulai apa namanya “saya kenapa?, saya kenapa?” (*sambil memegang kepalanya*) dia bingung penyakit saya apa ini saya kenapa? , kita keluarga bingung kamu khan nggak papa? Iya tapi Saya kenapa, saya kenapa bingung, kita belum bertindak apa-apa karena nggak tahu.

**Peneliti :**

Dia pernah bercerita melihat sesuatu , mendengar sesuatu?

**Informan :**

Nggak dia tidak bercerita kesana, cuman dia apa namanya jadi begitu asing di keluarga. Merasa asing dikeluarga, jadi nggak mau... dan punya sikap memusuhi terhadap ayahnya. Ada kemungkinan saya punya salah saya nggak tahu (*nada suara tampak ada penyesalan*), nah setelah kejadian seperti itu lama kira-kira satu bulan dia nangis sendiri, dia murung sendiri, dia sedih sendiri, nach mulai dia eror eh berbuat sesuatu yang agak kasar sama orang, dianggap tidak apa-apa (*ekspresi wajah tampak sedih*). Dia ambil batu dia lempar ke mobil itu, saya tidak tahu sama sekali bahwa dia dalam keadaan putus asa (*nada suara pelan dan mengusap mata*), tiba-tiba saya tegur kamu jangan begitu itu kurang bagus saya itu hanya merem tetapi rem itu merusak... ternyata teguran itu menambah parah dia. Saya nggak tahu, nggak tahu sama sekali menambah parahnya. Ada satu hal yang sangat mengejutkan buat dia itu khan dan saya sendiri sampai sekarang ini baru sadar bahwa itu menjatuhkan mental dia, dia berteman dengan para mahasiswa itu karena teman2 banyak, karena anak-anak muda ini ya namanya, waktu mahasiswa kadang-kadang nakal ada ya...bawa kaset porno dan distel dirumah saya di dalam kamar waktu itu, saya nggak tahu bahwa mereka sedang nyetel itu tapi sering dalam sehari dua hari ini ada apa ini kok tapi di dalam kamar kok diam saya curiga. Dia padahal kondisinya sudah mulai goyang begitu dia pergi saya cari di kamar ketemu kaset oh saya mikir gimana negurnya supaya dia nggak tersinggung, tapi saya juga jangan sampai ada orang nyetel yang begituan dirumah saya gimana, saya mikir.... waktu saya nggak ngasihin itu, dia mencari kesana-kesini... dia bingung, tapi dia nggak ngomong, padahal saya tahu yang dicari pasti kaset ini, hari kedua saya taruh dimejanya sambil saya tulisan tolong jangan ada maksiat di rumah kita, cuman begitu tapi ternyata akibatnya itu sangat-sangat menjatuhkan mental dia, sejak itu dia kacau sama sekali.. (*terdengar nada suara penyesalan*)

**Peneliti :**

Maksudnya kacau bisa djelaskan karena kita ingin belajar kacaunya seperti apa karena tadi bapak menyebutkan bahwa putra bapak, misalkan halusinasi tadi khan bapak menceritakan tentang halusinasi, nach yang dimaksud bapak halusinasi tadi seperti apa?

**Informan :**

Belum sampai sana...kacaunya itu jadi dia eh jadi apa namanya eh kebingungannya lebih, mondar-mandir, kemudian tindakannya salah, kepalanya ditarik-tarik, saya nich sakit apa, saya nich sakit apa... bingung.... (*sambil memegang kepala dan mengeleng-gelengkan kepala, ekspresi wajah tampak kawatir*) saya sendiri juga bilang nggak papa, jadi saya mikir apa pernah saya pukul gitu khan kepalanya atau kenapa tapi rasanya kok masak sich... Nach mulai dia ini e... dia berhalusinasi.....saya kedatangan si anu sia anu si anu gitu

**Peneliti :**

Dia bercerita seperti didatangi oleh orang

**Informan :**

Iya oleh orang... oleh roh roh paman-pamannya.... mula-mulanya gitu, saya bisa ngobbrol dengan yang meninggal (*menunduk dan menggelengkan kepala*)

**Peneliti :**

Kalau bapak lihat sering nggak dia ngomong sendiri?

**Informan :**

Betul....

**Peneliti :**

Tertawa sendiri?

**Informan :**

Tertawa sendiri, kemudian bisa bertemu dengan paman-pamannya yang sudah meninggal, cerita bibinya itu... minta dibacakan ini Qidho, mulai kacau tapi ini nggak berhenti, kepalanya nggak berhenti... saya sakit apa... saya sendiri bingung kepalanya ditarik-tarik, apa iya nich orang sakit kepala, saya minta bantuan sama saudara-saudara (*ekspresi wajah tampak kebingungan*), Tolong si Ab ini begini... gimana caranya?

**Peneliti :**

Jadi begini saya potong sebentar ya pak ya tadi sudah mulai ditunjukkan halusinasi ya ketawa sendiri, bicara sendiri kemudian yang bapak lakukan pada saat itu apa pak? Secara spiritual... kalau kita ngomongin spiritual hubungan kita keyakinan pada Tuhan juga sama hubungan dengan orang lain, nach yang dilakukan pada saat itu apa pak?

**Informan :**

Saya belum sampai kepada hal-hal spiritual dilakukannya meyakinkan bahwa dirinya itu sebetulnya tidak apa-apa cuman begitu aja, nah saya rundingan sama saudara kemudian anak itu di scanning

**Peneliti :**

Jadi pada waktu itu bapak mencari ke saudara dulu ya pak ya

**Informan** :

Scaning aja karena pembuktian dengan nasehat, dengan obat tuch tidak memberikan bekas apa-apa, maaf saya jadi mulai saya nggak percaya sama obat-obatan

**Peneliti** :

Tapi sebelumnya sudah diberikan obat?

**Informan** :

Sudah ke rumah sakit...

**Peneliti** :

Kerumah sakitnya pada saat apa itu pak pada saat halusinasi atau....

**Informan** :

Pada saat dia sakit...sakit, segala macam kemudian dia nangis sendiri sudah saya bawa ke rumah sakit

**Peneliti** :

Jadi kalau boleh saya ulangi lagi, pada awalnya sakit kepala sudah dibawa kerumah sakit marzoeki mahdi tapi belum sampai halusinasi dan lain sebagainya belum ya pak ya?

**Informan** :

Belum tapi sudah diduga itu saraf katanya, nah saya bawa ke rumah sakit minum obat-minum obat tidak ada bekas sama sekali bahkan dia tambah bingung, saya jadi agak kesel sama obat gitu ya .... sebetulnya obat apa yang diberikan kok tidak ada bekasnya (*ekspresi wajah tampak kesel dan wajah tampak tegang*), contohnya begini dia khan nggak bisa tidur, tidak bisa tidur terus minum obat itu... tidak bisa tidur, saya kasih panadol tidur, jadi ini sebenarnya nggak kena sasaran saya bingung (*menggelangkan kepala, tangan tampak menggenggam karena kesal*), nggak percaya, padahal kalau ngasih obat itu kan sebetulnya lihat kondisinya. Jangan memberi orang coba ini dulu coba ini dulu karena berhubungan dengan penyakit... Begitu dia makin bingung penyakitnya nggak sembuh-sembuh pakai obat tambah kalap obat 50 butir itu diminum semua.....

**Peneliti** :

Bapak ketika obatnya kok nggak ada reaksinya, perasaan bapak waktu itu gimana?

**Informan** :

Oh saya marah sekali sama dokternya (*matanya melotot dan ekspresi wajah tegang*)

**Peneliti** :

Marah sama dokternya?

**Informan :**

Maaarah saya (*tangan kanan menggenggam dan dipukul-pulukkan pada telapak tangan kiri*), anak saya dimainin...marah....(*nada suara tegar, dan mata tampak berkaca-kaca*)

**Peneliti :**

Kemudian yang dilakukan bapak?

**Informan :**

Saya stop..... apalagi setelah dia minum yang 50 butir itu diminum semua...15 butir diantaranya obat tidur.... itu saya panik luar biasa saya bawa ke Marzoeki Mahdi kemudian dia apa namanya di keluarkan isi perut semuanya dikasih susu terus gitu khan selesai. Tapi pulang dari rumah sakit dia ke dokter lagi sendiri dia berangkat. Sendiri dia berangkat ke PM eh ke karya bakti sendiri...

**Peneliti :**

Dokter umum apa dokter jiwa pak?

**Informan :**

Dokter umum, anehnya tidur.... Coba begitu dia minum itu dia tidur pulas enak, ini obat apa yang dikasih sama dokter.. (*telunjuk tangan kanan menunjuk ditelapak tangan kiri*) itu yang membingungkan saya, nach... tapi biarpun bagaimana dia orang yang sangat logika eh... logika .... pengertian-pengertian berupa nasehat nggak akan masuk kecuali dia dengan bukti yang ada, itu kenapa kemudian dibawa scan.....

**Peneliti :**

Dibawa scanning.... itu keputusan bapak apa keputusan bersama?

**Informan :**

Keputusan bersama, saya dengan saudara...karena menyangkut biaya, saya rundingan dengan saudara gimana...biaya dibantu oleh saudara....(*tampak menunduk*). Discaning saya tunggu sehari.... ini normal ini normal ini normal ini normal...., khan saya kuatir sebetulnya ada apa dikepalanya, tapi begitu disebut normal-normal saya juga nangis itu khan kamu nggak apa-apa.... ini gambarnya ini keterangan dokternya, kamu sebetulnya tidak punya penyakit dikepala ..... sebetulnya saya masih bertanya juga akurat nggak itu khan, dia melihat itu dia tertegun sebentar, dia nggak ngomong kemudian setelah itu pusingnya hilang.....padahal habis scanning tidak diberi obat apa-apa. Jadi ternyata dia itu seolah-olah cuma sugesti aja kepalanya sakit gitu khan... setelah discaning nggak dikasih obat... cuman pulang scanning ke PMI ya eh ke karya bakti minum obat setelah itu dia nggak pernah mengeluh kepala nggak pernah mengeluh apa-apa.....



**Peneliti** :

Sampai sekarang? Kalau gitu sudah sampai pernah apa namanya merasakan halusinasi, nach sekarang apakah halusinasinya masih ada atau tidak pak?

**Informan** :

Ehm... makin besar (*ekspresi wajah tampak kuatir dan sedih*)

**Peneliti** :

Makin banyak halusinasinya.....?

**Informan** :

Jadi gini waktu dulu halusinasinya itu waktu sebelum ke sana ke ustad entis haji entis itu menyuruh dia untuk apa namanya.... pokoknya dia galak... ayah bunuh... khan saya pernah dibawain pisau... saya kaget itu... apa itu .... saya mau bunuh bapak ...saya pegang aja pisaunya udah jangan-jangan kurang bagus... dia masih punya pertimbangan karena kalau halusinasi nggak ada pertimbangan dia bertindak langsung... dia masih... ininya masih (*menunjuk kepalanya*) ...otaknya masih jalan kemudian ....saya belum.. belum tahu persis karakter dia begitu.... suatu malam saya kasih dia makanan, dia lagi nonton TV. Kalau kamu mau makanan mau nggak... nggak saya simpan dimeja ya... he eh.... Eh saya nyimpan dimeja dia nguber saya dipukulin abis-abisan ... dipukulin saya.... kamu kenapa.....? wah abis saya ..bengkak-bangkak saya, berdarah, karena dia merasa terganggusegitu ininya nggak pertimbangan ada tapi anehnya besoknya menangis sejadi-jadinya karena dia nyesel. Sekarang juga kalau dia diomongin itu dia nangis.... saya mukulin ayah... saya mukulin ibu.. kalau makan kalau kurang cocok banting itu jadi karakternya sangat aneh... eh memang dalam tiap sholat saya minta ke Allah... ya Allah sembuhkan anak saya, saya tidak berdaya.... itu setiap sholat... (*mata tampak berkaca-kaca, suara pelan dan menundukkan kepala*)

**Peneliti** :

Jadi untuk mengusir kegalauan bapak kekawatiran bapak tadi... bapak dengan sholat?

**Informan** :

Sholat.... saya minta kepada Allah...saya nangis ditempat sholat.... cuman jarang ada yang tahu ya....(*ekspresi tampak sedih, suara bergetar*) begitu saya bawa beberapa orang sudah datang pakai yakin pakai ini pakai ini... spiritual yang kira-kira apa namanya mau ngobatin dia...waktu itu... ada yang kasih air... ada yang dibacain, segala macamlah..... Saya juga nggak spiritual juga nggak sembarangan karena sama kasusnya seperti obat yang tadi itu, kalau cuman sekedar gitu-gitu aja bukan bertambah sembuh anak... tapi bertambah parah.... itu bertambah parah.... dimandiin segala jam 12 nggak ketahuan sama saya tuch dia diobatin sama orang lain... bukannya tambah sembuh tambah parah, tambah ngamuk....jadi nggak tepat gitu. Bukannya nggak ada kasiat ya baik obat yang tadi maupun spirit dari orang-orang... bukan nggak ada kasiat cuman nggak tepat sasaran....makanya saya nggak mau setiap orang yang ngaku paranormal datang

kesini mau ngobatin si Ab saya nggak mau.... kenapa? Saya pingin ngelihat dulu apa yang bisa dia kerjakan....yang tidak mengganggu terhadap kesehatan jiwa anak saya. Dibawa ke Puraseda minggu waktu dia parah-parahnya.... marah-marah terus... Dibawa ke Puraseda

**Peneliti** :  
Apa itu pak?

**Informan** :  
Ke puraseda daerah loliang Bogor....

**Peneliti** :  
Puraseda.... Kiai itu ya?

**Informan** :  
Kiai.... saya bawa...Ke haji Entis... Bawa ke Puraseda haji entis ngobatin...dia ngobatinnya dengan diapanya gitu ya dikepalanya dipijit sama dia . kemudian..dibagian tangan dipijit dan dikasih telor, ditemelin telor kepalanya... begitu telor itu diangkat...itu ternyata isinya darah.... (*ekpresi wajah tampak khawatir dan bingung*) terus dikasih jamu...saya tanya ke pak haji entis... pak haji sudah berapa orang yang sembuh yang begini.... banyak! Kebanyakan mahasiswa gitu jawabnya eh... mahasiswa yang mau skripsi cenah... Mahasiswa di depok pada kesini datang dan haji entis itu... dokter juga datang ke sana anehnya ... Bukannya kita-kita aja dokter sendiri minta bantuan...

**Peneliti** :  
Dari kiai?

**Informan** :  
Aneh ...Nah itu yang jadi pegangan saya.... jadi saya pingin spiritual itu yang tepat sasaran... Yang paling tepat sasaran adalah orang tua (*tangan menunjuk ke dada*)...jelas ya doanya, cuman nggak bisa langsung nanti orang tua itu diberi jalan gitu.....

**Peneliti** :  
Jadi kalau boleh saya ulangi, tadi bapak sudah mengalami ya perubahan-perubahan yang terjadi pada putra bapak, kemudian yang dilakukan tadi sudah pernah ke dokter juga sudah, ke kiai sudah , sholat, berdoa ya pk, kemudian ada lagi nggak pak kegiatan-kegiatan mungkin yang berhubungan dengan dilingkungan sini, orang-orang dilingkungan sini pak? Khan bapak merasa khawatir banget tadi juga saya dengar cerita juga ke keluarga ya pak, kalau dengan pengajian atau kegiatan lain

**Informan** :  
Dia nggak bisa ngikutin pengajian karena merasa malu

**Peneliti :**  
Maksud saya bapak....

**Informan :**  
Oh saya, jadi kalau eh kalau saya sengaja ngundang orang kesini kayaknya nggak tepat, orang sini itu pada segen gitu ya... Pak nasir bisahen gitu ya... tapi....

**Peneliti :**  
Kalau pengajian bulanan gitu....

**Informan :**  
Nggak pernah ikut si Ab Cuma saya aja... Khan saya nggak pernah minta doa... coba tolong ajari alquran aja...

**Peneliti :**  
Jadi sendiri aja ya pak ya?

**Informan :**  
Suatu saat dia nggak bisa tidur...malam nggak bisa tidur dikasih obat nggak bisa tidur juga. Saya lihat wajahnya bahwa dia sebetulnya ada kegelisahan yang tersembunyi. Kamu duduk dech sebentar... nggak bisa tidur ya...kamu duduk dech... saya amparin apa sajadah ya...kamu baca kalimatnya la ila ha ilalloh 165 kali kamu baca dan kamu jangan punya pikiran keman-mana... itu aja baca....dia nurut baca... belum sampai 165 dia tidur.... itu ya jadi eh apa namanya kekacauan pikirannya jadi sangat mengganggu kepada badannya itu khan.

**Peneliti :**  
Nah sekarang berkaitan dengan keyakinan bapak sendiri tadi khan bapak mengatakan bahwa makin parah ya pak ya si putranya bapak, sekarang ini bagaimana kondisinya?

**Informan :**  
Sekarang begini waktu dulu arahnya ke keluar, dia mengganggu orang, galak sana tendang, anak orang ditendang segala macam, dia banting-banting segala macam itu waktu saya, saya juga eh lama-lama khan saya khan jadi tegang di rumah....tidur juga takut kunci kamar...takut dia marah-marah ngamuk dia tengah malam....karena saya pernah dibawain pisau...(matanya menatap dengan tegang) Suatu saat saya diam mikir... ini anak diginiin terus jangan-jangan berkembangnya lebih parah nich... saya galakin..saya bawain.... saya pura-pura sebetulnya.... saya bawain kayu ...kalau kamu galak ini bagianmu ... dia sangat ketakutan sejak itu dia nggak galak lagi ... Kalau dia galak saya datang pura-pura aja bawa tongkat...itu hilang galaknya waktu itu dan dia bisa tenang beberapa minggu halusinasinya terbalik bukan ke orang lain ke dirinya sendiri. Bunuh aja diri kamu gitu yang bisik-bisik, bunuh diri aja. Minta di ini aja dibales aja, dihukum pernah berbuat maksiat ini, maksiat ini waktu kamu nggak sadar. Kamu

minta dihukum aja gitu dia mah galak diri sendiri itu yang nggak bisa.... jadi nggak bisa diduga ya...Saya selalu harus ngawasin dia karena khawatir sampai kejadian suatu saat apa nggak ke kontrol, itu yang sebetulnya mengawatirkan saya... (*ekspresi wajah tampak kebingungan dan mencoba menggeser tempat duduknya*)

**Peneliti :**

Sekarang ini pak, inikan putra bapak ini khan sudah hampir satu tahun ya seperti itu, gimana perasaan bapak sendiri sebagai bapak melihat putra bapak dalam kondisi seperti itu?

**Informan :**

Saya merasa gagal menjadi orang....(*tertunduk dengan mata tampak berkaca-kaca*). Sebagai orang tua saya merasa gagal... kenapa anak saya sampai begini, sehingga karena perasaan begitu betul-betul eh setiap saat setiap kesempatan gara-gara dia terus, saya coba belajar sabar (*nada suara terdengar bergetar dan melihat kearah istri. Sang istri menganggukkan kepala dan tampak menangis*), belajar saabar karena kalau nggak sabar ....marah...

**Peneliti :**

Nah sekarangkan bapak merasa gagal, nah apa tindakan yang dilakukan bapak untuk mengurangi atau mengatasi rasa kegagalan bapak tadi

**Informan :**

Ya... minimal anak saya harus sembuh (*tangan menggenggam dan dengan suara tegas, sesekali tangan mengusap mata*)... saya harus melakukan terapi menurut saya, yang saya lakukan... saya membaca kondisi anak. Jadi perilaku anak tuh kita mesti hapal. Apa sebetulnya keinginan dia... kalau dia keinginannya cuman pak saya mau ini nich sebetulnya nggak begitu, jadi kita mesti tahu sendiri deh sebetulnya yang kamu minta ini. Contoh ginilah kalau kasarnya pingin kawin pak, saya pingin nikah pak....nah kalau nikah dia masih baru 22 tahun, belum selesai kuliah, usaha juga nggak...masih begitu khan sulit.. itu hal-hal yang nggak mungkin tetapi kenapa dia begitu terdorong ingin kawin, saya tahu itu hanya dorongan apa namanya libido ya cuman itu aja... Tapi nyadarinya susah makanya satu-satunya cara eh apa namanya eh...diberi pengertian sama dia

**Peneliti :**

Berbicara dengan dia ya pak ya?

**Informan :**

He eh, yang nomor satu kuliah dulu selesai. Kamu mesti tahu bahwa itu cuman dorongan seks saja. Perkawinan bukan sekedar dorongan seks gitu. Dia emh dia pada dasarnya memang orang lo...logika dia ngerti, dia nggak pernah minta lagi, nggak tahu ya dalam hatinya....Tapi sebelum dia bicara gitu dulu... orang gitu mungkin seksnya tinggl kali ya kondisinya tidak sadar. Hal-hal yang diluar moral gitu khan, tapi saya nggak nyalahin dia, kenapa? emang orang nggak sadar

gimana sich dan waktu kemarin dia sadar ngomong saya nyesel segala kemaksiatan saya lakukan. Itu waktu dia ngomong sudah nyambung sudah bisa. Sekarang khan sudah nyambung sejak dia pulang dari Puraseda itu dia sudah bisa ngomong,... bagus. Minggu pertama nggak ada reaksi apa-apa obatin dari haji entis. Minggu kedua sudah mulai bicara dia nyambung

**Peneliti** :  
Sekarang sudah minggu ke berapa pak?

**Informan** :  
Oh minggu ke 8 kali. Kalau dulu menurut pengalaman 20 kali katanya. Artinya kalau seminggu sekali berarti 20 kali seminggu, kira-kira lima bulanlah...Mulai nyambunglah dia bicara mulai ngomong lancar, mula-mulanya waktu ngomongnya mau nyambung itu susah, misalkan berusaha gimana dianya bisa ngobrol gitu ya, saya ngumpulin semuanya, ayo kita ngobrol, ibunya, saya, anak-anak yang lain...cerita. Ceritanya tidak satupun yang nyambung. Pak nabi sulaiman itu pak memilih pak madu apa susu apa racun. Dia pilih susu pak... Khan saya lagi ngobrolin yang lain dia ngomong itu khan begitu ya contohnya. Tetapi itu saya ngerti pokoknya dia mengeluarkan apa yang dihati dialah gitu khan. Ajakin ngobrol terus...nah suatu saat dia mungkin nggak tahu kenapa ya jadi nyambung...jadi nyambung sekarang...Kalau kita ngobrol sekarang dia ngerti. Dan dia bisa mengeluarkan ide bisa.... dia bisa

**Peneliti** :  
Pendekatan ya pak ya

**Informan** :  
Iya betul Pendekatan itu...

**Peneliti** :  
Kalau yang dilakukan bapak sendiri atau mungkin yang dilakukan bersama putra bapak? Ada nggak kegiatan lainnya....

**Informan** :  
Saya kuncinya adalah dia bagaimana dia berkomunikasi dengan orang gitu, jadi untuk itu saya tiap pagi pasti dech bawa dia jalan-jalan keluar setengah jam atau satu jam (*tangan manunjuk ke arah jalan yang biasanya dilakukan jalan-jalan*). Kerumah saudara, nanti dia walaupun disana dengan anak kecil ngobrol dengan saudara-saudaranya gitu khan atau dengan bibinya, atau dengan kakeknya, dengan neneknya ngobrol sebentar, Walaupun sepeatah dua patah mula-mulanya khan gitu.

**Peneliti** :  
Itu salah satu juga untuk mengatasi perasaan bapak yang gagal?

**Informan :**

Ya memang khan saya diburu, diburu untuk bagaimana anak ini sembuh (*nada suara terdengar pelan dengan penuh pengharapan*)

**Peneliti :**

Selain itu ada lagi nggak pak yang dilakukan selain mengajak dia jalan-jalan

**Informan :**

Jalan-jalan, saya ajakin ngobrol, kemudian saya beliin meja pingpong karena saya tahu meja pingpong itu khan butuh perhatian tapi tidak butuh pemikiran khan gitu ya...Dia memperhatikan bola pada saat dia memperhatikan bola pasti ininya jalan gitu khan. Bagaimana bola supaya itu kembali lagi. Saya belikan meja pingpong. Saya beliin alat-alat musik, saya beliin gitar, piano juga ada walaupun itu pinjam ya...saya belikan sound sistem. Waktu dulu waktu eror ya...dia main gitar manggil anak anak band... waa... Saya sudah gembira... barangkali bisa hilang dengan cara begini...

**Peneliti :**

Terus mungkin barangkali saya ingin tahu pak setelah bapak banyak yang dilakukan oleh keluarga ini baik itu ke dokter baik itu secara spiritual ke kiai dan pendekatan bapak sendiri, nah makna apa yang sekarang ini bapak rasakan... maknanya dengan bapak melakukan tindakan tadi?

**Informan :**

Jadi begini saya melihat dari awal penyakit, saya merasa paling bagus mengasuh anak. Karena anak saya kuliah semua aklaknya bagus semua, ibadahnya bagus gitu khan, saya berhasil dech dalam hati saya.... ternyata saya tidak kenal kepada anak .... itu.... saya kaget sama sekali bahwa begitu anak sebetulnya punya kelemahan, nggak bisa menghadapi masalah, itu yang sangat menyentuh saya.... (*mata tampak mengeluarkan air mata, istri bapak Nr yang ada didekat peneliti juga tampak tidak kuasa menahan air mata sambil mengangguk-anggukkan kepala*)

**Peneliti :**

Jadi bapak merasa harus lebih memahami anak ya....

**Informan :**

Iya...Lebih lagi (*suara tegas*), jadi....kalau boleh saya apalagi mereka yang kerja ya, apalagi mereka yang sering pergi-pergi meninggalkan anak ya...saya aja yang diam-diam dirumah tuch nggak sepenuhnya kenal dengan anak. Yang kedua saya harus belajar sabar, luar biasa sabar....ini saya kayak diajarin sama anak gitu...supaya apa? Supaya sabar... kalau nggak begitu kacau. Saya sampai dipukulin saya diam, masak bodoh saya mau gimana saya dipukulin. Sampai uang ditempatnya ilang saya sabar karena saya tahu dia nggak sadar. Saya tahu dia kehilangan kontrol. Itu yang menjadi patokan saya. Sekarang sama anak nggak berani bersikap kasar.

**Peneliti :**

Sebenarnya apa yang mempengaruhi bapak kemudian memilih seperti contohnya pendekatan individu ke putranya, pendekatan kekiai?

**Informan :**

Pertama saya mengenal sekali keinginan anak saya, lingkungan anak saya itu lebih banyak ke agama, karena dia memang sekolahnya agama terus sejak dari SD. Jadi yang berdekatan dengan spiritual cocok buat dia, jadi tidak setiap spiritual cocok buat orang ya, karena orang yang tadinya nggak percaya susah tuch....nggak mau dia... tapi dia cocok. Kemudian saya yakin benar kepada spiritual tapi yang bener khan, kalau paranormal yang pakai menyan-menyan segala macam saya nggak percaya., sama sekali nggak percaya. Saya hanya percaya hanya mereka yang menggantungkan diri kepada Allah. Jadi spiritualnya dijalankan dengan cara-cara Islam.

**Peneliti :**

Secara vertikalnya ya pak ya.... Kalau secara horisontal? Apa yang mempengaruhi bapak melibatkannya ke masyarakat, jalan-jalan

**Informan :**

Ya karena saya harus mengenal, karena ini keinginan dan dan saya kenal penyakitnya ini kuncinya adalah komunikasi. Itu yang menyebabkan saya: kamu olahraga minimal kamu berpikir kesana, kamu bergaul, minimal kamu pikiran kamu nggak mandek gitu ya, bertanya sana bertanya sini, kamu bermain musik itu pikiran kamu memainkan musik itu nggak beku, nggak jalan eh nggak diam itupasti khan, kamu dzikir misalnya jangan biarkan pikiran ini diam. Kira-kira begitu. Jangan biarkan pikiran dia itu diamankan mengelana keman-mana nanti halusinasi. Yang jadi patokan saya gitu khan. Nah itu khan satu lagi yang ingin saya tanyanya.... kepercayaan dirinya... itu yang menjadi sasaran saya (*suasana ruangan menjadi hening*)

**Peneliti :**

Jadi bapak yakin spiritual akan membantu ....(*informan memotong pertanyaan peneliti*)

**Informan :**

Kepercayaan dirinya, jadi dia keimanannya. Terus terang saja ya jangan dia, orang lain saja keimanannya kurang bagus. Banyak sekali....Tapi mulut saya kalau dia sampai menyentuh hati itu nggak akan terjadi yang begini. Nach ini yang ingin saya tanamkan ini hidup bukan kamu yang menentukan, Allah yang menentukan tetapi kamu tidak merasakan itu walau tidak diajarkan yang begitu. Nach itu yang sebetulnya ingin saya sampaikan. Tetapi dengan bicara-bicara tidak bisa harus dengan prakteknya., jadi kamu dzikir, kamu lihat hasilnya. Kamu merasakan apa yang kamu katakan untuk Allah, itu ada buktinya apa.

**Peneliti :**

Itu dilakukan sendiri atau sama bapak dilakukannya biasanya?

**Informan :**

Kadang-kadang saya suruh sendiri sambil saya awasi, kadang-kadang berdua kadang-kadang saya ajak ngaji Qur'an, habis magrib atau sengaja ngaji Al Quran

**Peneliti :**

Selanjutnya bagaimana pengaruhnya terhadap perawatan yang diberikan oleh bapak kepada putra bapak?

**Informan :**

Baik... Banyak sekarang mah berubah...Cuman satu penyakitnya yang lain sudah bisa komunikasi udah lancar, pikirannya kecerdasan sudah jalan lagi, hapalannya tentang Al Quran sudah sedikit-sedikit ini lagi, terus udah mengenal orang, kenal moral gitu khan... jadi saya ini salah saya ini bener sudah tahu, ibadahnya juga udah jalan, sholatnya sudah nggak usah disuruh suruh lagi, makan segala macam udah nggak kayak dulu ya. , gitu khan tidurnya juga normal, apalagi dong yang mesti saya kerjakan, satu halusinasi yang kearah dirinya itu yang paling ngeri saya sama mindernya yang masih belum hilang.

**Peneliti :**

Maksud saya untuk bapak sendiri tindakan bapak merawatnya?

**Informan :**

Sesuai dengan sasaran tadi ya khan kalau tipenya kita nggak tahu tetapi kuncinya adalah membuka pikirannya supaya jalan. Kedua membangkitkan harga dirinya, keimanannya. Kemudian harus ada dalam bentuk nyata sekolahnya harus lulus, walaupun hanya berusaha saya supaya lulus itu salah satu untuk mengangkat harga dirinya. Baru setelah itu baru kita pikirkan apa dia mau dagang apa dia mau kerja. Saya pingin harga dirinya kembali tumbuh dengan bukti yang betul.

**Peneliti :**

Barangkali untuk pertemuan kita hari ini, nanti jika ada yang ingin diklarifikasi pertemuan selanjutnya akan saya hubungi kembali bapak. Terima kasih selamat siang.



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata :**

Nama : Heni Dwi Windarwati  
Tempat/ Tanggal Lahir : Pacitan, 26 Februari 1980  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Staf Pengajar PSIK-FK Universitas Brawijaya  
Alamat Instansi : Jl. Veteran Malang  
Alamat rumah : Jalan Bali no 36 C Jombang- Jawa Timur  
Telp. (0321-874913) / 085214555180

### **Riwayat Pendidikan :**

1. SDN Donorojo II Pacitan : Lulus tahun 1992
2. SMPN 2 Jombang : Lulus tahun 1995
3. SMUN 2 Jombang : Lulus tahun 1998
4. S-1 Kep FIK Universitas Indonesia : Lulus tahun 2003

### **Riwayat Pekerjaan :**

Staf pengajar PSIK-FK Univ. Brawijaya Malang : tahun 2003 sampai sekarang.