



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN STIGMA PADA KELUARGA DENGAN KLIEN
GANGGUAN JIWA DI KOTA SEMARANG
STUDI FENOMENOLOGI**

Tesis

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

Oleh:

M. FATKHUL MUBIN

0606027133

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN STIGMA PADA KELUARGA DENGAN KLIEN
GANGGUAN JIWA DI KOTA SEMARANG
STUDI FENOMENOLOGI**

Tesis

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

Oleh:

M. FATKHUL MUBIN

0606027133

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim penguji,
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2008
Menyetujui

Pembimbing

Prof. Achir Yani S. Hamid, DNSc

Pembimbing

Wiwin Wiarsih, SKp., MN

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kehadirat Allah SWT, atas segala nikmat dan rahmat Nya, sehingga saya dapat menyelesaikan laporan hasil Penelitian dengan Judul “ Pengalaman Stigma Pada Keluarga dengan Klien Gangguan Jiwa Di Kota Semarang” Saya menyadari bahwa laporan penelitian ini masih belum sempurna sehingga kritik dan saran terutama dari penguji, pembimbing maupun oponent sangat saya harapkan demi kesempurnaan penelitian ini.

Pada Kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A., PhD, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp.,M.App.Sc., selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, DNSc yang telah memberi banyak bimbingan dalam penyusunan laporan penelitian, memberikan masukan sangat berarti dan sekaligus sebagai pembimbing pertama.
4. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN selaku pembimbing kedua dalam penyusunan laporan penelitian ini dan telah memberikan banyak masukan untuk kesempurnaannya.
5. Herni Susanti, S.Kp., MN. yang sabar dalam memberikan koreksi dan masukan dalam penyusunan laporan ini dan sekaligus sebagai co. Pembimbing

6. Seluruh staf pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya serta seluruh staf akademik yang membantu selama proses pendidikan
7. Keluargaku Tercinta: Titin istri, Yaya anak pertama dan Ayub anak kedua saya, dukungan dan do'a yang senantiasa saya rasakan sehingga menenangkan hati saya
8. Rekan-rekan seangkatan Kekhususan Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dorongan dalam penyusunan laporan penelitian ini.
9. Departemen Pendidikan Tinggi melalui Kopertis wilayah IV yang memberikan beasiswa dalam belajar S2 sehingga membuat saya semakin nyaman.
10. Partisipan yang telah bersedia dan meluangkan waktunya sebagai sumber data penelitian ini.
11. Semua pihak yang tanpa mengurangi rasa hormat tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Semoga laporan penelitian dapat bermanfaat dan dapat digunakan dalam rangka pengembangan layanan keperawatan.

Depok, Juli 2008
Peneliti,

M. Fatkhul Mubin

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

M F. Mubin

Pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa di Kota Semarang: Studi Fenomenologi.

x + 93 + 1 tabel + 7 skema + 9 lampiran

Abstrak

Stigma adalah label negatif yang diberikan masyarakat kepada seseorang atau kelompok tertentu. Keluarga dengan gangguan jiwa sering kali mengalami stigma oleh masyarakat dalam lingkungan tempat tinggalnya. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa di kota Semarang. Penelitian ini dilakukan dengan disain fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan adalah anggota keluarga yang tinggal bersama penderita gangguan jiwa yang didapat dengan cara *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan berupa hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan tehnik Collaizi. Penelitian ini mengidentifikasi 9 tema, yaitu: 1) respon kehilangan; 2) mekanisme Koping yang digunakan; 3) respon terhadap hubungan sosial; 4) konsekuensi negatif; 5) konsekuensi positif; 6) makna positif; 7) makna negatif; 8) harapan kepada masyarakat; dan 9) harapan kepada petugas kesehatan. Hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa pengalaman stigma pada keluarga sangat beragam, mulai dari respon keluarga, dampak stigma, makna stigma dan harapan keluarga terhadap stigma. Hasil penelitian diharapkan tenaga kesehatan profesional mampu meminimalisasi dampak dari stigma masyarakat dan stigma dari diri sendiri.

Kata kunci: stigma; keluarga; gangguan jiwa
Daftar pustaka, 52 (1993-2008)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING UNIVERSITY OF
INDONESIA

Thesis, June 2008
M. F. Mubin

The Stigma Experience on the Family with Mentally Illness Client in Semarang: a
Phenomenology Study

x + 93 pages + 1 table + 7 schemes + 9 appendices

Abstract

Stigma is a negative labeling from the people to a person or a certain group. A family with mentally illness person often experience stigma from the people who live nearby their neighborhood. The goal of this study was to have the picture of the stigma experience on the family with mentally illness client in Semarang. The method of this study is descriptive phenomenology design using in-depth interview method in data making. Participants are the family member who live together with mentally illness client and selected based on the purposive sampling method. The data that had been collected were recorded interviews and field notes. The data was analyzed by Collaizi technique. The findings of this study were 9 themes, which are: 1) grieving response, 2) the coping mechanism that had been used, 3) social relationship response, 4) negative consequences, 5) positive consequences, 6) positive implication, 7) negative implication, 8) people expectation, and 9) health professional's expectation. The result were showed the variation on the stigma experience such as family member response, the impact and implication of stigma, and the family expectation toward the stigma. From this study, the health professionals are expected to minimize the stigma among the people and personal stigma among the client.

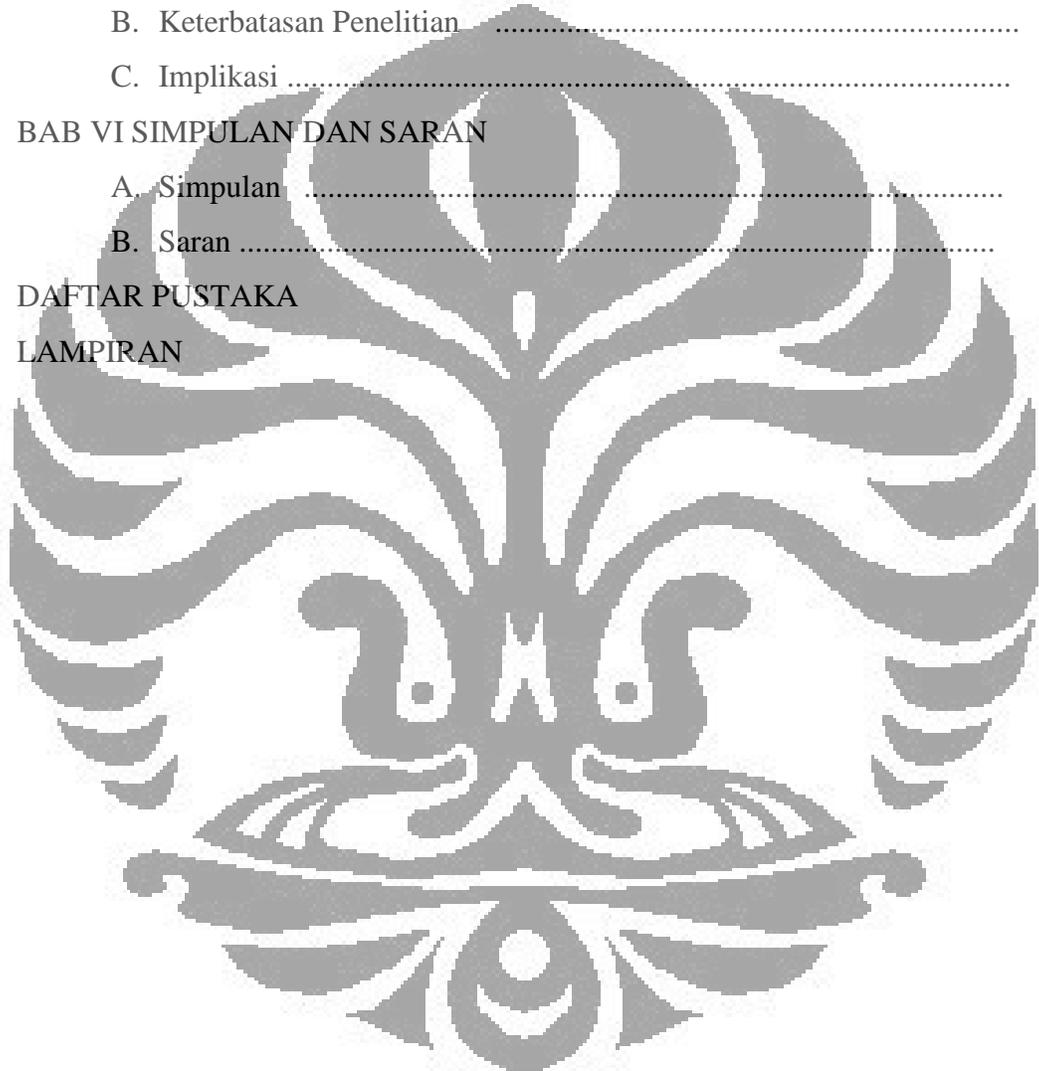
Keywords: Stigma, Family, mentally illness

Reference: 52 (1993-2008)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJAUN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Penelitian	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
1. Tujuan Umum	9
2. Tujuan Khusus	9
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Konsep Stigma	12
B. Respon dan Dampak Stigma	16
C. Peran, Fungsi dan Tugas Keluarga	21
D. Kerangka Pikir penelitian	27
E. Difinisi Konseptual	28
F. Pendekatan Fenomenologi	28
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Disain Penelitian	30
B. Populasi dan Sampel	31
C. Tempat Dan Waktu Penelitian	33
D. Pertimbangan Etik	34
E. Metode dan Alat Pengumpulan data	36
F. Analisa data	44

G. Keabsahan Data	47
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Karakteristik Partisipan	50
B. Analisis Tema	51
BAB V PEMBAHASAN	
A. Interpretasi Hasil Penelitian	66
B. Keterbatasan Penelitian	82
C. Implikasi	85
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	89
B. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR SKEMA

	halaman
Skema 2. 1 Stigma dan Kesempatan Kerja	17
Skema 2. 2 Siklus Stigma pada Keluarga	26
Skema 2. 3 Kerangka Pikir Penelitian	27
Skema 4.1 Skema Analisis 1	62
Skema 4.2 Skema Analisis 2	63
Skema 4.3 Skema Analisis 3	64
Skema 4.4 Skema Analisis 4	65

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran A : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran B : Penjelasan Penelitian
- Lampiran C: Lembar Persetujuan Menjadi Informan
- Lampiran D: Data Demografi
- Lampiran E: Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran F: Revisi Pedoman wawancara
- Lampiran G: Pedoman Catatan Lapangan
- Lampiran H: Pengkajian Awal
- Lampiran I : Kisi-kisi Tema
- Lampiran J: Transkrip
- Lampiran K: Ijin Penelitian
- Lampiran L: Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan, menurut *World Health Organization* (WHO), adalah suatu keadaan sejahtera meliputi fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Secara analogi, kesehatan jiwa adalah kondisi bukan hanya tidak adanya gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik positif, menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan serta mencerminkan kedewasaan dari kepribadian yang bersangkutan (Hidayat, 2005, ¶1, <http://www.pikiran-rakyat.com> diperoleh pada tanggal 22 Januari 2008).

Kesehatan merupakan hak azasi setiap manusia yang bersifat universal yang menentukan kualitas kehidupan manusia. Kualitas kehidupan manusia yang tinggi memungkinkan manusia untuk merespons perubahan yang terjadi dalam lingkungan kehidupannya. Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan perlakuan diskriminasi akibat stigma sehingga hak azasi manusia banyak terlanggar seperti: hak untuk hidup, memperoleh pendidikan, hidup bersama-sama seperti orang lain, mendapatkan perlakuan yang sama dan mendapatkan pekerjaan (Irmansyah, 2006, <http://www.warmasif.co.id/kesehatanonline> diperoleh pada tanggal 22 Januari 2008).

Data penderita gangguan jiwa menurut WHO (2001) adalah: terdapat 450 juta orang dewasa mengalami gangguan jiwa, 873.000 orang melakukan bunuh diri setiap

tahunnya dan terdapat lebih dari 90% kasus bunuh diri berhubungan dengan gangguan jiwa. Menurut Direktur Departemen Kesehatan Jiwa untuk WHO, Dr Benedetto Saraceno (2001), sekitar 76-85% kasus gangguan jiwa parah di negara-negara berkembang tidak mendapatkan pengobatan apapun pada tahun pertama. Penelitian oleh Prof. M. Harvey Brenner (1999) mengemukakan bahwa untuk setiap kenaikan 1% pengangguran, tercatat kenaikan 1.9% penyakit jantung, 4.1% bunuh diri dan 4.3% klien baru di Rumah Sakit Jiwa. Angka kejadian berbagai gangguan jiwa mulai dari ringan sampai berat di Asia Selatan dan Timur sebesar lebih kurang 25% (Hidayat, 2005, ¶3, <http://www.pikiran-rakyat.com> diperoleh pada tanggal 22 Januari 2008).

WHO (2006) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa, panik dan cemas merupakan gejala paling ringan. Dari total populasi 26 juta gangguan jiwa, terdapat 12-16% yang mengalami gangguan jiwa serius. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Departemen Kesehatan (Depkes RI, 1995) tentang kesehatan jiwa, terdapat 104 penderita per 1.000 penduduk untuk rentang usia di bawah 15 tahun, sedangkan pada usia di atas 15 tahun terdapat 140 penderita per 1.000 penduduk. Survei lain yang dilakukan Ernaldi (1995), diperoleh angka 185 per 1.000 warga rumah tangga dewasa memperlihatkan gejala gangguan kesehatan jiwa. Paling tidak satu diantara anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dan butuh pelayanan kesehatan jiwa (Maramis, 2007. <http://www.Depkes.Go.Id/Index>. diperoleh 3 Februari 2008). Angka penderita gangguan jiwa tersebut menunjukkan jumlah yang tidak kecil, sehingga beban keluarga, kelompok masyarakat dan bahkan pemerintah akibat penderita gangguan jiwa tidak bisa

dikatakan kecil.

Profil status kesehatan Kota Semarang (2006), menunjukkan bahwa angka gangguan jiwa serius adalah 4.096 klien atau sekitar 0.29% dari total penduduk Kota Semarang. Data tersebut masih bisa bertambah karena dihitung berdasarkan klien yang berkunjung ke puskesmas. Sementara klien gangguan jiwa masih banyak yang belum terdata di Dinas Kesehatan Kota Semarang karena keluarga lebih memilih merawat sendiri di rumah, membawa ke orang pintar dan membawa langsung ke Rumah Sakit Jiwa.

Indikasi adanya permasalahan dalam keluarga dengan klien gangguan jiwa dapat ditemukan pada hasil observasi dan penelitian. Hasil observasi dan studi dokumentasi yang dilakukan peneliti di ruang Nakula RS Amino Gondo Hutomo Semarang, pada tanggal 8 Januari 2008, didapatkan data bahwa 26 dari 34 atau sekitar 76% klien adalah klien berulang atau sudah dinyatakan sembuh dan dikembalikan kepada keluarga dengan rata-rata 5 kali dirawat di rumah sakit yang sama. Data hasil penelitian gangguan jiwa yang disebabkan masalah keluarga menempati prosentase terbesar di RS Jiwa Cimahi yaitu 17%, disusul oleh masalah pekerjaan 13% dan sosio-ekonomi 11% (Ridwan, 2006). Data tersebut menunjukkan adanya masalah pada keluarga atau masyarakat sekitar yang perlu diperbaiki sehingga keluarga atau masyarakat dapat menjadi proses kelanjutan penyembuhan klien.

Faktor sosial merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan jiwa diantara dua

faktor yang lain yaitu biologis dan psikologis menurut Pedoman Diagnosa Gangguan Jiwa (PDGJ), 2004. Ketiga faktor ini saling berkaitan dalam menimbulkan gangguan jiwa pada klien, dan dari ketiga faktor tersebut lingkungan sosial termasuk “stigma” memberi peranan penting dalam gangguan jiwa. Menurut Jones, et al. (1984), individu dengan gangguan jiwa seringkali mengalami stigma oleh masyarakat dalam lingkungan tempat tinggalnya.

Stigma adalah ciri/ label negatif yang diberikan masyarakat kepada seseorang atau kelompok tertentu (Poerwodarminto, 2006). Stigma di Indonesia dapat dijumpai seperti pada orang Jawa yang percaya bahwa psikosis (gangguan jiwa berat) dapat disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut: 1) pengaruh setan atau kekuatan supranatural lainnya; 2) mencoba 'ilmu' yang belum sempurna dikuasai; 3) korban ilmu hitam; 4) hukum karma; 5) tidak melakukan ruwatan; 6) melanggar pantangan; dan 7) ketularan penderita psikosis lain (Weiss, 1989). Sedang masyarakat Madura beranggapan bahwa gangguan jiwa dapat disebabkan oleh: 1) faktor yang terutama dari diri penderita, misalnya karena stres emosional, kelemahan mental dan spiritual, serta faktor organik herediter (yang diwariskan); 2) ilmu hitam, sihir, atau ilmu pengasih (penghulut); dan 3) kekuatan supranatural (Jordaan, 1985). Sementara itu, kepercayaan bahwa gangguan jiwa dapat disebabkan oleh kekuatan gaib atau makhluk halus dapat juga dijumpai di Bali (Siregar & Suratmin, 1990) dan di Jambi (Jafar et al., 1990). Orang-orang primitif juga beranggapan bahwa semua gangguan jiwa disebabkan oleh faktor-faktor dari luar tubuh, yakni kekuatan supranatural seperti roh jahat, sihir, setan, dewa-dewi, dan tukang sulap (Gunawan. 2002. <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/032002/sek-2.htm>).

Seseorang menderita gangguan jiwa, berikutnya akan mudah mendapatkan stigma baru karena perilaku yang ditampilkan tidak wajar di masyarakat (Jones et al., 1984). Kepercayaan akan sebab gangguan jiwa yang keliru menyebabkan keluarga sering melakukan kesalahan dalam mengambil keputusan dengan tidak membawa ke pelayanan kesehatan dan stigma yang diberikan pada gangguan jiwa akan mengakibatkan kekambuhan setelah klien dinyatakan sembuh.

Peneliti telah melakukan studi awal tanggal 4 dan 6 Januari 2008 dengan cara *wawancara* langsung secara terpisah pada 2 keluarga klien di Rumah Sakit jiwa Amino Gondo Hutomo dan 2 keluarga di masyarakat. Peneliti mendapatkan gambaran sebagai berikut: Tiga dari empat keluarga mengatakan sebab sakit anaknya atau anggota keluarga dikarenakan masuknya roh halus dalam tubuh klien, kurang kuat imannya atau lagi kosong imannya sehingga klien mudah kemasukan jin atau roh halus dari pohon belakang rumah atau penunggu hutan; dua dari empat keluarga mengatakan klien tidak dapat sembuh; tiga dari empat keluarga membawa klien ke dukun atau orang pintar beberapa kali sementara klien tidak menjadi lebih baik. Data lainnya adalah dua dari empat keluarga tidak membawa ke rumah sakit; satu keluarga membatasi aktivitas klien ke luar rumah agar tidak mengganggu orang lain dan membuat malu; satu keluarga lainnya memberikan keleluasaan ke luar rumah dengan alasan biar tidak jenuh di rumah, dan karena tidak membahayakan orang lain.

Dari hasil wawancara tersebut diidentifikasi bahwa ketidaktahuan dan adanya stigma tentang sebab gangguan jiwa menjadikan beberapa keluarga dengan gangguan jiwa (*caregiver*) mencari pertolongan selain pertolongan medis (orang pintar), dan menghabiskan biaya transportasi dan orang pintar sementara klien tidak menjadi sembuh. Adanya anggapan (stigma) tentang klien tidak dapat sembuh menyebabkan keluarga pesimis dalam upaya perawatan dan cenderung pasrah/ frustasi. Anggapan bahwa klien membahayakan orang lain dan tidak pernah benar jalan pikirannya menyebabkan keluarga cenderung mengurung klien gangguan jiwa dengan tidak banyak dilibatkan dalam aktivitas harian rumah tangga atau tidak diberi tanggung jawab.

Melihat dari kondisi tersebut peran perawat sebagai pendidik, advokat, manager dan kolaborator menjadi sangat penting untuk membantu mengatasi masalah keluarga. Peran pendidik memberikan pemahaman yang mendasar tentang gangguan jiwa pada keluarga dan masyarakat. Advokasi adalah upaya perawat agar klien dan keluarga mendapatkan kenyamanan, keamanan dan pertolongan yang semestinya. Besarnya pengaruh stigma pada keluarga/ *caregiver* mengharuskan perawat melakukan peran kolaborasi dengan bekerjasama lintas program dan sektoral untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam mengatasi atau meminimalkan stigma untuk kesehatan jiwa keluarga dan masyarakat (Perry & Pottter 2005). Selain beberapa peran perawat tersebut, diharapkan perawat peka dan memahami latar belakang sosial budaya dari setiap klien. Besarnya pengaruh budaya terhadap keberadaan stigma, mengharuskan perawat untuk memperhatikan latar belakang dari sosiokultural klien dalam melakukan asuhan keperawatan (Leininger,1995).

Saat ini implementasi peran perawat sebagai pelaksana, pendidik, manager, advokat dan kolaborator tidaklah seperti yang diharapkan. Berdasarkan pengalaman penulis saat melakukan praktek keperawatan jiwa masyarakat selama 2 bulan sejak Nopember sampai Desember 2007 di kelurahan Sindang Barang RW.08 dan RW.04. Bogor Jawa Barat, didapatkan data bahwa masyarakat belum pernah mendapatkan pendidikan tentang kesehatan jiwa dari tenaga kesehatan terdekat atau Puskesmas. Di Wilayah Kota Semarang kondisinya tidak jauh berbeda. Pada saat peneliti melakukan pembimbingan kepada mahasiswa praktek tahun 2007 di Wilayah Puskesmas Bangetayu, bahwa masyarakat juga belum pernah mendapatkan pendidikan tentang kesehatan jiwa dari tenaga kesehatan. Pemahaman tentang kesehatan jiwa yang kurang dapat menyebabkan persepsi yang keliru dan mudah munculnya stigma, hal ini disebabkan minimnya informasi tentang kesehatan jiwa dari petugas kesehatan setempat.

Persepsi keluarga yang keliru terhadap lingkungan luar termasuk stigma hanya akan menambah beban keluarga. Keluarga menjadi depresi dan bahkan rasa frustrasi akibat persepsi yang keliru terhadap lingkungan. Besarnya pengaruh stigma menuntut pemahaman tentang persepsi dan pengalaman keluarga terhadap stigma sangat diperlukan oleh perawat. Informasi yang akurat tentang persepsi dan pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa oleh perawat akan membantu perawat dalam merencanakan dan mengintervensi keluarga.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti sangat tertarik untuk menggali

pengalaman stigma pada keluarga. Persepsi, respon, dampak dan harapan keluarga terhadap stigma belum banyak dibahas apalagi yang sesuai dengan sosiokultural masyarakat Indonesia. Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi akan sangat tepat digunakan untuk menggali pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa. Pendekatan fenomenologi tersebut diharapkan dapat mengungkap secara rinci dan mendalam tentang pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa sehingga dapat digunakan untuk pengembangan keperawatan jiwa dan perbaikan pemberian pelayanan masyarakat.

B. Perumusan Masalah

Stigma terbentuk karena nilai dan norma yang dipersepsikan masyarakat atau persepsi sosial tentang penyebab, tanda dan gejala serta penanganan gangguan jiwa yang dirasakan oleh penderita dan keluarga. Dampak stigma pada keluarga diantaranya: menjadi stress, harga diri rendah, terisolasi, motivasi menurun dan frustrasi. Stigma juga dapat menyebabkan keluarga keliru saat mengambil keputusan dalam pemulihan klien. Keluarga dengan berbagai masalah akibat stigma tersebut akan mengganggu kemampuan untuk mendukung, melindungi dan merawat klien, sehingga klien tidak akan menjadi lebih baik tapi justru sebaliknya.

Berdasarkan pertimbangan tersebut, peneliti berkeinginan mengeksplorasi pengalaman keluarga dengan penderita gangguan jiwa yang menghadapi stigma di tengah masyarakat khususnya di Kota Semarang yang dalam studi awal peneliti masih menjumpai stigma terhadap penderita gangguan jiwa. Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi diskriptif dilakukan untuk menjawab pertanyaan: **Bagaimana**

gambaran pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa di Kota Semarang? Kota Semarang merupakan Ibukota Propinsi Jawa Tengah yang mempunyai 4.096 gangguan jiwa serius atau (0.29%) dari total penduduk Kota Semarang dan masih bisa bertambah karena pendataan penderita gangguan jiwa belum optimal.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa di Kota Semarang.

2. Tujuan khusus

- a. Menguraikan respon psikososial keluarga terhadap stigma pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
- b. Mengidentifikasi dampak stigma pada keluarga penderita gangguan jiwa.
- c. Menguraikan harapan keluarga terhadap masyarakat dan petugas kesehatan terkait dengan stigma yang dialami.
- d. Menguraikan makna stigma pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan kesehatan Jiwa

Hasil penelitian ini diharapkan berguna bagi layanan kesehatan terutama pada keluarga sebagai pemberi layanan kesehatan informal dan Puskesmas atau

institusi layanan kesehatan lain terutama dalam pelaksanaan program kesehatan jiwa masyarakat. Selain itu hasil studi ini juga dapat dijadikan acuan untuk mengintegrasikan intervensi yang peka terhadap pengaruh stigma dalam pelayanan keperawatan jiwa masyarakat sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai dasar pengembangan model keperawatan jiwa masyarakat Indonesia. Pada penelitian ini akan diperoleh gambaran pengalaman stigma pada keluarga dengan penderita gangguan jiwa yang meliputi: makna stigma pada keluarga, respon, dampak serta harapan keluarga. Pengalaman tersebut dapat menjadi salah satu masukan guna pengembangan model keperawatan jiwa masyarakat yang sesuai dengan situasi dan kondisi di Indonesia.

a. Pendidikan

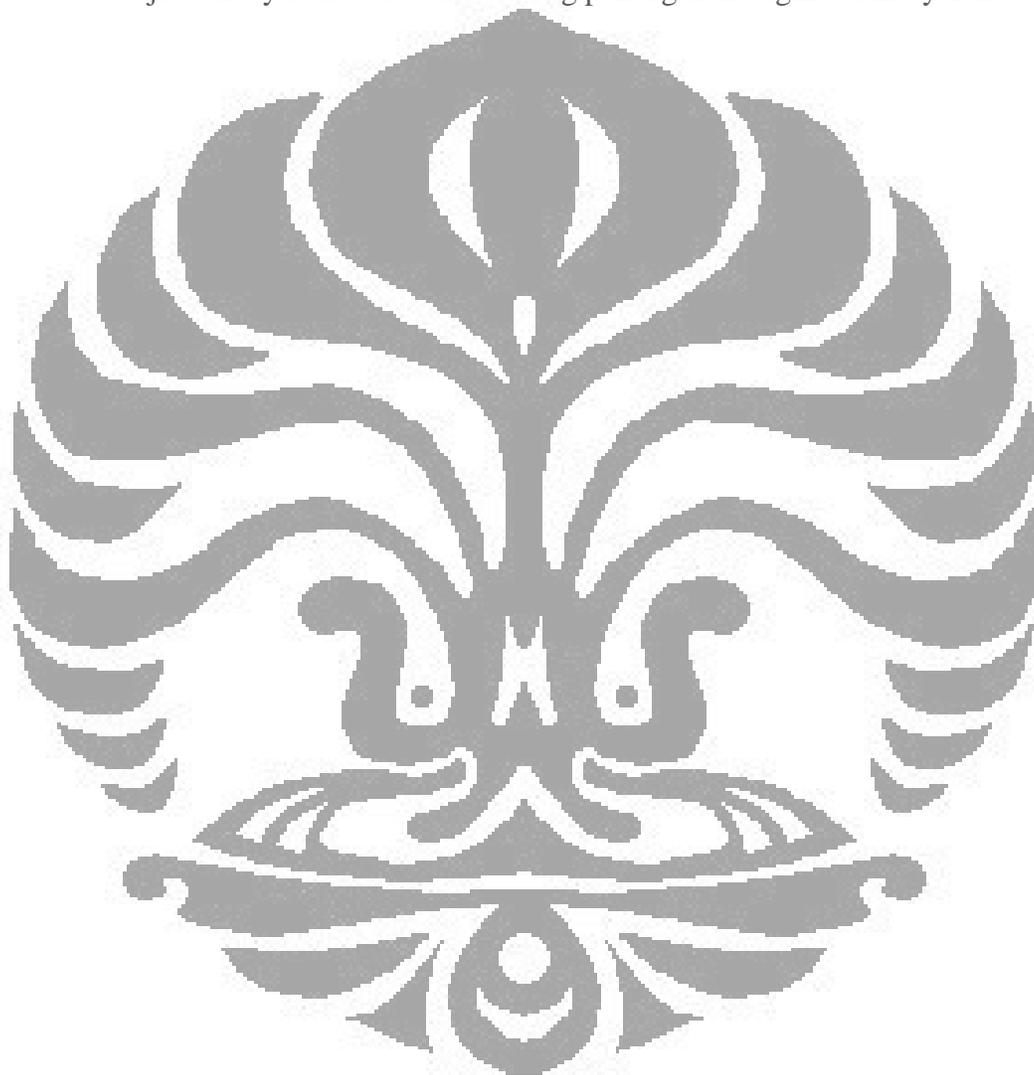
Hasil penelitian ini dapat dijadikan pengembangan pada kurikulum pendidikan sebagai upaya pemanfaatan *data base* untuk kajian, perumusan dan sosialisasi pengembangan model praktek keperawatan jiwa masyarakat yang terkait dengan stigma.

b. Penelitian

Teridentifikasinya respon, dampak, harapan dan makna stigma bagi keluarga melalui hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar bagi penelitian yang akan datang dengan tema terkait.

3. Kebijakan pelayanan kesehatan Jiwa

Teridentifikasinya harapan keluarga dengan penderita gangguan jiwa terhadap stigma di masyarakat akan membantu pemerintah khususnya Departemen Kesehatan dalam mengevaluasi kebijakan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat terutama tentang penanganan stigma di masyarakat.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stigma

Stigma adalah suatu istilah yang sebenarnya sukar didefinisikan secara khusus karena meliputi aspek yang luas, tetapi disepakati mengandung konotasi kemanusiaan yang kurang sempurna (Longhorn, 1984). Menurut Jones et al,(1984) stigma adalah sebuah penilaian masyarakat terhadap perilaku atau karakter yang tidak wajar. Soewadi (1997), mengungkapkan stigma adalah suatu sikap atau reaksi emosional yang muncul dalam masyarakat kepada penderita gangguan jiwa dengan mengucilkan atau merendahnya. Poerwanto (2006), mengartikan stigma adalah ciri negatif/label yang diberikan pada seseorang atau kelompok tertentu. Stigma dapat pula diartikan sebagai keyakinan atau kepercayaan yang salah dan lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasar reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan. Seseorang dengan gangguan jiwa seringkali mengalami stigma oleh masyarakat dalam lingkungan tempat tinggalnya.

Stigmatisasi adalah proses mengkaji karakteristik dan identitas negatif kepada seseorang atau grup yang menyebabkan seseorang atau grup tersebut merasa terkucil, tidak berguna, terisolasi dari masyarakat luas. Stigmatisasi dapat terjadi karena adanya anggapan/prasangka, diskriminasi, dan *stereotyping* (Jones et al,1984).

Terjadinya stigma gangguan jiwa ternyata telah ada sejak lama dan tidak hanya milik bangsa Indonesia, tetapi terdapat juga di negara-negara lain. Menurut Peterson (1996), di masa Babilonia, China, Mesir, dan Yunani Kuno terdapat pemikiran yang sering disebut demonologi, yaitu anggapan bahwa roh atau dewa dapat 'mengambil alih' manusia sehingga manusia yang bersangkutan menjadi bertingkah laku aneh. Demikian pula pada masyarakat Yahudi Kuno, ditemukan keyakinan bahwa perilaku menyimpang disebabkan oleh roh jahat yang memasuki tubuh seseorang karena Tuhan telah mencabut perlindungan dari orang itu.

Pada abad XX, kepercayaan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh kekuatan supranatural seperti roh atau arwah masih dijumpai, misalnya di Meksiko dan Filipina. Demikian juga di negara-negara Afrika, Asia Tenggara, India, Siberia, Haiti, bahkan di Amerika Serikat. Saat ini, di negara-negara barat dapat dibedakan pandangan tentang terjadinya penyimpangan tingkah laku, yang salah satunya adalah penjelasan magis yakni perilaku aneh atau menyimpang karena kekuatan roh jahat (Gunawan 2002. <http://www.tempo.co.id/medika> diperoleh 3 Februari 2008)

Dalam masyarakat kita, ada beberapa keadaan yang merupakan bentuk stigma untuk individu dengan gangguan jiwa (Soewadi, 1997). *Pertama*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa itu disebabkan oleh guna-guna, tempat keramat, roh jahat, setan, sesaji yang salah, kutukan, banyak dosa, pusaka yang keramat, dan kekuatan gaib atau supranatural. *Kedua*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan. *Ketiga*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang bukan

urusan medis. *Keempat*, keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang selalu diturunkan.

Dalam sejarah tampak bahwa stigma sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang atau masyarakat. Pada masa prasejarah atau pada masyarakat primitif, semua penyakit dipercaya disebabkan oleh kekuatan supranatural (Willis, 1976; Kolb & Brodie, 1982). Pada mulanya, masyarakat dengan dasar pengetahuan yang minim sekali, ditambah dengan dasar kepercayaan dan keyakinan yang dimiliki, menganggap bahwa penyakit yang menimpanya sebagai "murka dari Yang Maha Kuasa". Oleh sebab itu, tidak jarang ditemukan masyarakat yang melaksanakan hajatan dengan berbagai sajian untuk menyembuhkan orang sakit (Jafar et al, 1990).

Stigma yang timbul di masyarakat disebabkan oleh gejala-gejala yang dianggap aneh dan berbeda dengan orang normal. Adanya stigma ini juga berkaitan dengan faktor tradisi atau kebudayaan dalam masyarakat yang masih percaya takhayul dan tindakan-tindakan irrasional warisan nenek moyang. Selain itu, stigma muncul karena penyebab gangguan jiwa itu sendiri dirasa sulit ditemukan. Bahkan, para ahli jiwa masih sering berdebat tentang etiologi gangguan jiwa. Dalam keadaan yang demikian banyak orang yang lari pada sikap yang dapat menimbulkan stigma. Stigma di kalangan kedokteran dicetuskan oleh karena ketidaktahuan mengenai sifat dan hakikat ilmu kedokteran jiwa (Soewadi, 1997).

Terdapat dua stigma pada gangguan jiwa yaitu stigma dari masyarakat (*public stigma*) yang berarti reaksi / penilaian masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa dan stigma pada diri

sendiri (*self-stigma*) yang berarti reaksi / penilaian pada diri sendiri akibat adanya masalah kejiwaan (Corrigan, 2008). Keduanya, *stigma* masyarakat dan *stigma* pada diri sendiri diketahui berkaitan dengan *stereotype* (label), *prejudice* (prasangka) dan *discrimination* (mengucilkan) . Perbandingan dari ke dua stigma tersebut adalah: pertama; stigma masyarakat mempunyai kepercayaan negatif terhadap kelompok, bereaksi dengan emosional dan berperilaku diskriminasi. Sikap dan perilaku stigma masyarakat seperti; menganggap klien itu membahayakan orang lain, tidak mampu dan punya karakter lemah. Selanjutnya masyarakat bersifat emosional dengan marah dan penuh ketakutan, serta berperilaku menghindari dari klien dan tidak memberi kesempatan dalam kegiatan apapun pada klien. Kedua; stigma pada diri sendiri mempunyai pandangan negatif pada diri sendiri, bereaksi dengan emosional dan berperilaku menghindari. Sikap dan perilaku stigma pada diri sendiri seperti merasa tidak mampu, lemah, harga diri rendah, menganggap orang yang tidak beruntung, berbeda dari orang lain dan gagal mendapatkan kesempatan kerja (Corrigan & Watson 2002, ¶2, <http://www.pubmedcentral.nih>. diperoleh 19 Pebruari2008).

Persamaan dari kedua stigma, stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri, dapat dilihat pada penilaian yang berupa persepsi, keyakinan dan respon perilaku yang salah terhadap penderita gangguan jiwa. Sementara perbedaan dari keduanya adalah terkait dengan sumber atau asal persepsi dan dampak respon yang ditimbulkannya. Stigma masyarakat berasal dari sosial budaya yang terbentuk cukup lama dan mempunyai dampak cukup luas dalam menentukan sikap, perilaku, serta dalam mengambil keputusan untuk mencari pertolongan. Stigma pada diri sendiri berasal dari penilaian terhadap dirinya sendiri dan penilaian negatif dari lingkungan terhadap dirinya yang berdampak pada sikap, perilaku, motivasi pada diri sendiri (Corrigan &

Watson, 2002).

B. Respon dan Dampak Stigma

Dalam sejarah perawatan klien gangguan jiwa dikenal adanya perlakuan dari masyarakat yang kejam, penuh penderitaan dengan cacian yang mengharukan dalam memperlakukan klien. Sampai sekarang, adanya stigma ini masih sangat dirasakan. Hal ini terbukti dengan adanya penolakan halus yang selalu dilakukan dan secara diam-diam tetap menganggap klien sebagai sampah masyarakat (Gunawan 2002. Stigma Gangguan Jiwa <http://www.tempo.co.id/medika> diperoleh 3 pebruari 2008)

Stigmatisasi dikuatkan oleh masyarakat dan memberikan efek yang berarti bagi keluarga dengan gangguan jiwa. Efek stigma tersebut tidak mudah diatasi, karena stigmatisasi begitu nyata pada orang-orang dengan gangguan jiwa, khususnya pada mereka yang memiliki perilaku aneh, misterius, atau tingkah laku yang tidak rasional (Boyd & Mary Ann, 1998). Suatu studi survey persepsi pada 150 orang Kanada dengan gangguan jiwa yang telah dikucilkan masyarakat, mereka melaporkan bahwa stigma merupakan salah satu problem besar dalam kehidupan mereka (Herman & Smith, 1989).

Stigma akan memberikan pengaruh pada keluarga dengan gangguan jiwa. Pengaruh tersebut dapat berupa respon maupun dampaknya, seperti:

a. Respon terhadap Stigma

Respon adalah reaksi, tanggapan atau jawaban atas stimulus yang ada (Purwodarminto,

2006). Respon stigma dapat didefinisikan sebagai reaksi, tanggapan seseorang terhadap stigma yang dialami sebagai stimulus. Stigma yang diartikan sebagai stimulus dapat memberikan respon berbagai macam termasuk respon kehilangan. Respon kehilangan menurut Kuble-Ross terdiri dari menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima (dalam Susan, 2001).

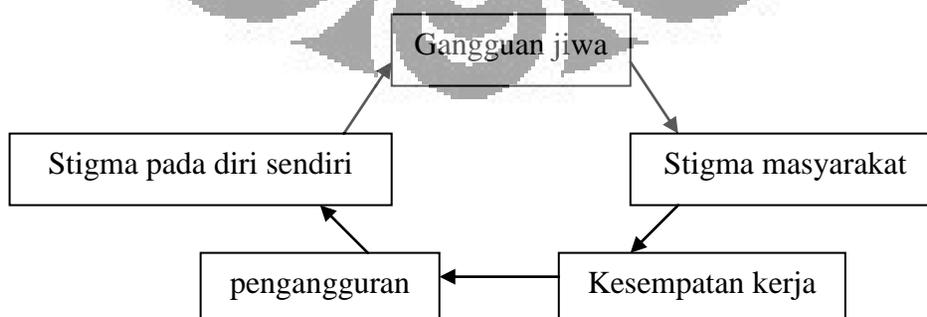
b. Dampak stigma

Dampak stigma terhadap penderita gangguan jiwa tidak saja pada individu, namun juga bisa berdampak pada keluarga, masyarakat dan atau pemerintah :

1). Dampak pada individu

Pada individu, stigma berdampak pada individu penderita gangguan jiwa seperti: harga diri rendah, penilaian negatif pada diri sendiri (*self-stigma*), ketakutan, diasingkan, kehilangan kesempatan kerja karena diskriminasi, menambah depresi, dan meningkatnya kekambuhan (Goffmand,2004). Stigma juga menyebabkan seseorang atau grup tersebut merasa terkucil, tidak berguna, terisolasi dari masyarakat luas (Jones et. al,1984) Terdapat siklus dari sikap stigma dan diskriminasi pada penderita gangguan jiwa sebagai tenaga kerja yang tidak layak (Kates et al, 1990).

Skema 2.1 Stigma dan Kesempatan Kerja



Skema 2.1 Stigma dan kesempatan kerja (sumber: Kates, et al. 1990).

Klien gangguan jiwa dengan perilaku tidak wajar dan berada pada latar belakang budaya primitifnya akan mudah sekali mendapatkan stigma (Soewandi,1997). Stigma dengan berbagai identitas negatif dari masyarakat akan mempengaruhi interaksi dan dukungan social terhadap penderita, sehingga penderita gangguan jiwa sering tidak mendapatkan kesempatan untuk bekerja dan menjadi pengangguran. Diskriminasi dalam pekerjaan terjadi ketika seseorang ditolak mendapatkan pekerjaan karena adanya gangguan / masalah kejiwaan, tanpa melihat kualifikasi atau kemampuan mereka (Wahl, 1999). Di samping itu status pengangguran akan mengikis rasa percaya diri dan menjadikan isolasi pada diri sendiri dan putus asa (*self-stigma*). Pengangguran dan kehilangan kesempatan mencapai karir merupakan faktor kunci masalah kesehatan mental yang menimbulkan tekanan psikososial yang ringan sampai ke depresi serius dan bunuh diri (Kates et al., 1990).

Interaksi dan dukungan sosial sekitar akan mempengaruhi seseorang mendapatkan / melakukan pekerjaan. Jika kita mendapatkan identitas negatif atau stigma di masyarakat akibat gangguan jiwa, maka kesempatan untuk mendapatkan karir atau pekerjaan akan berkurang, sehingga kesulitan dalam hal ekonomi, pencapaian kualitas hidup yang lebih baik, kematangan emosi dan partisipasi untuk kembali di masyarakat (Wahl 1999).

2). Dampak Stigma pada Keluarga

Stigmatisasi juga berdampak terhadap keluarga dalam memberikan asuhan pada klien. Pemberian asuhan dari keluarga umumnya berbentuk dukungan fisik, emosional, finansial dan bantuan yang paling rendah dalam aktifitas sehari-hari

seperti memandikan atau memberi makan dan membantu memberi obat oral. Dampak stigma dapat berupa beban finansial, kekerasan dalam rumah tangga, penurunan kesehatan fisik dan mental pada keluarga pengasuh, aktifitas rutin keluarga terganggu, kekhawatiran menghadapi masa depan, stress, dan merasa tidak dapat menanggulangi masalah (Carol, et al, 2004). Menurut Mohr & Regan (2000), keluarga akan mengalami pengalaman yang penuh stress dengan perasaan berduka dan trauma sehingga membutuhkan perhatian dan dukungan dari tenaga kesehatan yang profesional.

Dampak lain dari stigma pada anggota keluarga adalah harus menyesuaikan kebiasaan klien seperti menurunnya motivasi, kesulitan menyelesaikan tugas, menarik diri dari orang lain, ketidakmampuan mengatur keuangan, defisit perawatan diri, makan dan kebiasaan tidur yang kesemuanya dapat menguras konsentrasi dari keluarga (Karen Lee, 2003). Dengan demikian stigma bagi keluarga adalah hal yang menakutkan, merugikan, menurunkan harga diri keluarga, memalukan, sesuatu yang perlu dirahasiakan, tidak rasional, kemarahan, sesuatu yang kotor, keputusan dan keadaan tidak berdaya (Gullekson 1992).

3). Dampak Stigma pada Masyarakat

Stigma di masyarakat dapat berdampak pada bentuk penanganan dan rehabilitasi pada seorang yang mengalami gangguan jiwa. Ketika masyarakat meyakini benar terhadap stigma dan itu berlangsung lama, maka akan mempengaruhi konsep diri dalam kelompok/ masyarakat. Masyarakat akan menampilkan perilaku frustrasi dan tidak nyaman di masyarakat akibat stigma (Herman & Smith 1989).

4). Dampak Stigma pada Kebijakan Pemerintah

Stigma mempengaruhi pemberi kebijakan/ pemerintah dalam kepedulian terhadap perbaikan nasib penderita gangguan jiwa. Permasalahan kejiwaan bagi mereka kurang menarik, tidak menghasilkan pendapatan domestik tapi justru menghabiskan banyak biaya. Dari persepsi seperti itu berdampak pada alokasi anggaran pemerintah daerah atau pusat. Proyek penelitian dan pengembangan sumberdaya ke arah kesehatan jiwa juga sangat minim dibanding dengan isu-isu yang menarik menurut mereka, seperti penyakit ; kanker, jantung, penyakit yang mangancam pada anak dan lainnya (Stuart, 2001). Kebijakan pemerintah Indonesia tidak berbeda jauh dengan kondisi di atas, bahwa program terkait dengan penanganan stigma pada klien gangguan jiwa juga sangat minim atau belum menjadi perhatian pemerintah Indonesia saat ini.

Stigma tidak hanya memunculkan persepsi dan dampak negatif saja namun juga dampak positif. Hasil riset kualitatif dari Serfaty, et al, (2004), bahwa enam dari 46 partisipan keluarga yang mengalami gangguan jiwa memberikan respon dan tanggapan positif terhadap stigma. Mereka menerima diagnosa gangguan jiwa tidak berbeda dari penyakit lain dan telah melakukan penyesuaian, mereka mengatakan “saya tahu ada yang salah dalam jiwa saya, saya sadar akan hal itu, itu hanya nama/ diagnosa yang tidak berbeda dengan penyakit lain, mereka hanya mendiagnosa tetapi saya tidak terkejut karena hal itu wajar-wajar saja (Sartorius, 2004). Dari hasil penelitian Serfaty ini menunjukkan bahwa stigma tidak saja memberikan dampak negatif bagi keluarga namun juga memberikan dampak positif bagi keluarga dengan klien gangguan jiwa.

C. Peran, Fungsi dan Tugas Keluarga

Keluarga mempunyai banyak fungsi peran dalam hidup seseorang. Para ahli sosiologi keluarga sering menggambarkan keluarga sebagai rangkaian peran yang saling berinteraksi dan bergantung satu sama lain dalam suatu keadaan equilibrium yang dinamis (Turner, 1970 dalam Friedmen, Bowden & Jones, 2003). Peran keluarga dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori, yaitu peran informal atau *overt*; dan peran formal atau *covert*. Peran formal adalah peran-peran eksplisit yang terdapat dalam struktur peran keluarga, seperti ayah-suami; istri-ibu; anak laki-laki-kakak/adik; anak perempuan-kakak/adik. Pada *extended family* (tiga generasi), lebih banyak struktur peran yang muncul (Friedmen, Bowden & Jones, 2003). Sedangkan peran informal merupakan peran-peran implisit, yang sering tidak tampak di permukaan, tapi diharapkan untuk memenuhi kebutuhan emosional anggota keluarga dan atau untuk mempertahankan keseimbangan keluarga. Beberapa contoh peran informal keluarga antara lain adalah koordinator, pengambil keputusan, penghalang, pengembang ide-ide, pencair suasana (Friedmen, Bowden & Jones, 2003).

Peran keluarga merupakan peran sentral yang harus dipelajari oleh setiap orang agar dapat melaksanakan dengan sukses. Berfungsinya peran secara adekuat menentukan keberhasilan fungsi keluarga. Fungsi keluarga tersebut akan dicapai dengan penampilan peran-peran keluarga (Friedmen, 1998).

Menurut Friedmen (1998), keluarga memiliki berbagai fungsi, yaitu: fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan

fungsi perawatan kesehatan. Fungsi-fungsi tersebut merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga dan terlihat hubungannya saat dilakukan pengkajian atau mengintervensi keluarga.

Fungsi afektif merupakan fungsi yang memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, termasuk kebutuhan untuk ditemani dan kebutuhan akan cinta. Melalui pelaksanaan fungsi ini, keluarga menjalankan tujuan psikososial yang utama yaitu kemampuan stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan akrab dan harga diri (Friedmen, 1998).

Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial adalah fungsi yang membantu anak-anak untuk mempersiapkan dan melakukan peran-peran sosial orang dewasa. Karena fungsi ini dipikul bersama dengan lembaga-lembaga lain dan dipengaruhi oleh banyak faktor-faktor ekstrinsik, maka peran keluarga dalam sosialisasi menjadi berkurang (Friedmen, 1998). Fungsi sosial keluarga juga akan terpengaruh oleh stigma masyarakat yang berbentuk diskriminasi.

Fungsi reproduksi menjamin berkelanjutan keluarga antar generasi dan keberlanjutan di masyarakat. Fungsi dasar ini berperan dalam menyediakan tenaga kerja bagi masyarakat (Leslie & korman, 1989 dalam Friedmen, 1998). Fungsi ini setidaknya akan terpengaruh dengan stigma masyarakat yang mengatakan bahwa, gangguan jiwa adalah keturunan (Gunawan, 2002). Kondisi seperti ini tentu akan memberikan perasaan tidak nyaman bagi keluarga dalam peran reproduksinya.

Fungsi ekonomi meliputi penyediaan sumber-sumber yang adekuat untuk bertahan hidup dan proses pengambilan keputusan yang berfokus pada pengalokasian yang tepat dari sumber-sumber tersebut. Pengkajian tentang fungsi ini dapat memberikan gambaran tentang kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber-sumber ekonomi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan secara memadai (Friedmen, 1998).

Fungsi perawatan kesehatan merupakan pertimbangan vital dalam identifikasi kesehatan keluarga. Fungsi ini mementingkan pemenuhan kebutuhan fisik seperti makanan, tempat tinggal, pakaian dan perawatan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga. Dari perspektif masyarakat, keluarga merupakan sistem dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan dipertahankan. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga juga mempunyai tanggung jawab utama untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional perawat kesehatan (Friedmen, 1998).

Di dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga terdapat tugas-tugas keluarga yang harus dilaksanakan. Tugas perawatan keluarga antara lain adalah: 1) mengenal gangguan perkembangan. Ini ada hubungannya dengan kesanggupan keluarga untuk mengenal adanya masalah kesehatan; 2) membuat keputusan untuk mengambil tindakan kesehatan yang tepat; 3) memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, yang tidak dapat membantu diri karena sakit; 4) mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan

kepribadian. Ini ada hubungannya dengan bagaimana keluarga dapat memodifikasi lingkungan sebagai sarana untuk menunjang perawatan kesehatan, dan; 5) mempertahankan timbal balik antara masyarakat dan lembaga-lembaga kesehatan lainnya. Ini menunjukkan penggunaan dan pemanfaatan dengan baik fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada. (Freemen, 1978). Keluarga yang sanggup melaksanakan tugas-tugas kesehatan yang tercantum di atas dapat dikatakan “sanggup mengatasi dengan baik masalah-masalah kesehatan dan memerlukan adanya sedikit pengawasan dan bimbingan.

Pendapat lain menurut Efendi (1998) bahwa keluarga merupakan kelompok sosial yang ada di masyarakat yang mempunyai prioritas tertinggi mensejahterakan anggotanya. Terdapat tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, yaitu : 1) Asih : memberikan kebutuhan psikologis, memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya; 2) Asuh : menjamin keberlanjutan antar generasi, penyediaan sumber-sumber yang adekuat untuk bertahan hidup, memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan agar sehat baik fisik, psikologis, sosial dan spiritual; 3) Asah: membantu anak untuk mempersiapkan dan melakukan peran-peran sosial orang dewasa, memenuhi kebutuhan pendidikan sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya (Efendy,1998).

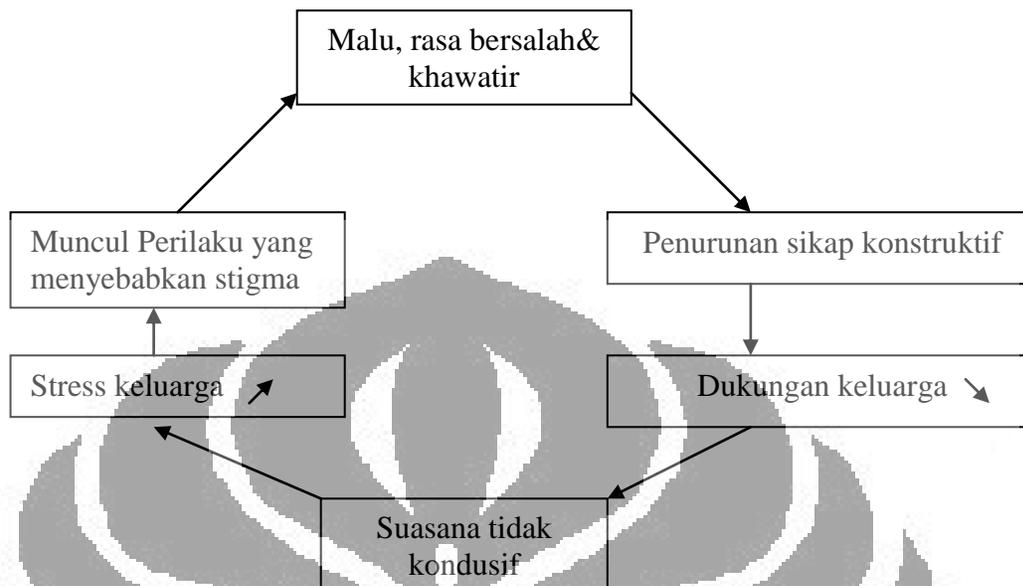
Adanya penderita gangguan jiwa ditengah-tengah keluarga menyebabkan keluarga mendapatkan beban baru yang diantaranya adalah keluarga perlu beradaptasi terhadap dua sumber stressor internal dan eksternal yang muncul, sementara mereka

harus tetap menjalankan fungsinya. Stressor internal dalam keluarga adalah perubahan atau pembagian peran baru terhadap perubahan sikap dari penderita, seperti ; defisit perawatan diri, harga diri rendah, sulit tidur, emosi tidak terkontrol (Lee, 2003) dan *self-stigma* dari penderita. Stressor eksternal keluarga adalah stressor yang didapat dari stigma masyarakat akibat persepsi yang keliru dari masyarakat pada umumnya (Corrigan & Watson 2003).

Ketidakmampuan keluarga melakukan adaptasi akan menyebabkan stress. Stress adalah suatu respon terhadap suatu stimulus lingkungan hasil dari kehidupan sehari-hari. *Caregiver stress* adalah respon keluarga sebagai hasil dari ketidak seimbangan kognitif antara kebutuhan alami dan kapasitas seorang pemberi keperawatan (Nolan & Colleagues, 1990 dalam Hunt, 2003; Potter & Perry, 2005). Mengacu pada konsep stress adaptasi menurut Selye (1976, dalam Potter & Perry, 2005), indikator stress meliputi aspek fisiologis, perkembangan, perilaku emosional, intelektual, sosial, dan spiritual.

Stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri, keduanya dapat menyebabkan beban dan stress pada keluarga dengan penderita gangguan jiwa. Perasaan yang ada sebagian besar adalah malu, perasaan bersalah dan cemas seperti yang diungkapkan oleh Corrigan (2004). Dibawah ini digambarkan lingkaran stigmatisasi pada keluarga:

Skema 2.2 Siklus Stigma Pada Keluarga



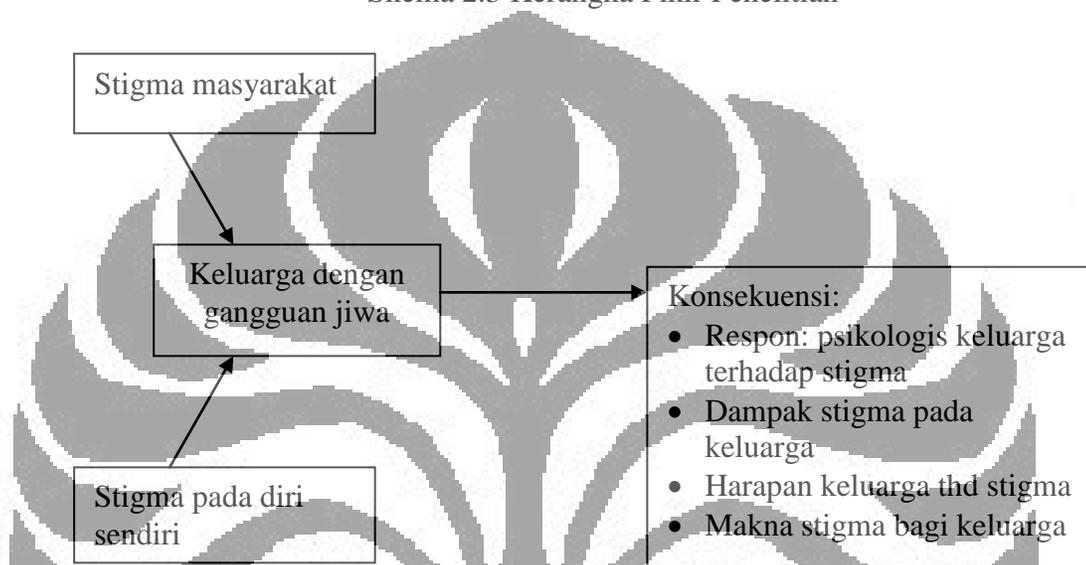
Skema 2.2 Siklus stigma pada Keluarga (Sumber :Corrigan & Watson, 2004)

Bagan ini menunjukkan bahwa, perasaan malu, bersalah dan ragu pada keluarga akan membawa dampak pada penurunan perilaku / sikap keluarga. Dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit akan berkurang jika ada perubahan dan penurunan perilaku tersebut, sehingga keluarga akan mengalami keadaan yang tidak menguntungkan. Stress pada anggota keluarga dapat meningkat jika berada pada situasi yang tidak menguntungkan. Situasi keluarga yang mengalami stress tinggi akan menampilkan perilaku orang sakit dan mendapatkan stigma kembali dari masyarakat. Dalam masalah yang sama, siklus tersebut menggambarkan keluarga juga kehilangan *self esteem* dan percaya dirinya untuk merawat anggota keluarga yang sakit (Carrigan, 2004. ¶4, <http://www.Experimentcental.org>, diperoleh tanggal 13 Pebruari 2008).

D. Kerangka Pikir Penelitian

Peneliti menggunakan kerangka pikir dalam upaya menggali pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa.

Skema 2.3 Kerangka Pikir Penelitian



Kerangka pikir diatas menunjukkan bahwa keluarga dengan gangguan jiwa seringkali terpapar dengan adanya stigma. Stigma dapat berasal dari masyarakat dan dari diri sendiri. Keluarga yang terkena paparan stigma tersebut akan mengalami kosekuensi baik negatif ataupun positif berupa; respon, dampak, harapan dan pemberian makna terhadap stigma.

E. Definisi Konsepsual

Table 2.1 definisi Konsepsial

Istilah	Difinisi Konsepsual
Respon psikososial	Adalah respon atau reaksi keluarga secara psikologis dan sosial akibat adanya stigma
Dampak stigma	Adalah situasi atau keadaan baik material maupun imaterial dan baik positif maupun negatif yang timbul akibat stigma
Harapan keluarga	Adalah sebuah pengharapan keluarga kepada tenaga kesehatan dan masyarakat untuk mengatasi masalah stigma yang ada
Makna stigma	Adalah makna yang dirasakan selama keluarga merawat anggota keluarga penderita gangguan jiwa dengan mendapatkan stigma.

F. Pendekatan Fenomenologi

Fenomenologi sebagai studi tentang fenomena telah tumbuh dan berkembang sebagai suatu filosofi dan metode penelitian. Pergerakan fenomenologi sebagai filosofi dimulai pada fase Jerman dan Perancis. Edmund Husserl merupakan salah satu tokoh pada fase Jerman yang meletakkan dasar-dasar tentang fenomenologi sekitar abad duapuluh. Husserl berkeyakinan bahwa suatu penampakan fenomena hanya akan ada bila ada subyek yang mengalami fenomena tersebut dan tujuan fenomenologi sebagai metode penelitian adalah untuk memahami arti dan makna suatu fenomena sebagaimana pengalaman manusia yang mengalaminya dalam konteks alami. Dasar pemikiran Husserl diatas merupakan pondasi bagi perkembangan fenomenologi sebagai suatu filosofi dan metode penelitian (Creswell, 1998; Struebert & Carpenter, 1999). Fenomenologi deskriptif yang akan digunakan sebagai pendekatan dalam penelitian ini adalah satu elemen dari beberapa elemen sentral fenomenologi seperti: esensi, *appearance*, konstruktif, reduktif dan

hermeneutik (Spiegelberg,1975).

Fenomenologi deskriptif meliputi eksplorasi langsung dan menggambarkan fenomena secara teliti, berupaya dan bebas untuk menelaah dan mendeskripsikan pengalaman hidup manusia sebagaimana adanya, tanpa proses interpretasi dan abstraksi dan bukan penyelidikan perkiraan, ditujukan untuk menampilkan perasaan secara maksimal. Lebih lanjut dijelaskan bahwa fenomenologi deskriptif mensimulasikan atau mempersepsikan pengalaman hidup yang menekankan pada penghayatan tanpa jarak, dan penggalian pengalaman secara mendalam. Fenomenologi deskriptif ini dapat mendorong terbentuknya persepsi yang kaya terhadap pengalaman mereka secara mendalam. (Spiegelberg, 1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999).

Berdasarkan dari tujuan yang ditetapkan dalam penelitian yaitu ingin menggali pengalaman: respon, dampak, harapan dan makna tentang stigma keluarga dengan klien gangguan jiwa dan pengalaman peneliti sebelumnya seperti Servaty, et al.(2004), maka pendekatan dengan studi fenomenologi deskriptif sangat tepat untuk digunakan.

BAB III

METODE PENELITIAN

Pada bab metode penelitian ini akan dibahas konsep dan aplikasi serta alasan penggunaan rancangan penelitian fenomenologi dalam usaha mengungkap arti dan makna pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa yang berada di rumah, di Wilayah Kota Semarang. Rancangan penelitian fenomenologi ini memandu arah dan langkah-langkah penelitian selanjutnya dalam hal pemilihan sampel penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data dan analisa data.

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan metodologi fenomenologi yaitu berusaha memahami arti dan makna pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa di rumah. Fokus penelitian fenomenologi adalah penemuan fakta suatu fenomena tersebut dan berusaha memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif informan (Struebert & Carpenter, 1999; Poerwandari, 2005). Tujuan menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif adalah mengeksplorasi fenomena pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa. Proses penelitian fenomenologi deskriptif mempunyai 3 tahap, yaitu *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Spielgelberg, 1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999).

Tahap *intuiting*, peneliti memasuki secara total dengan empati dan menghargai ungkapan informan pada fenomena yang diteliti dan merupakan proses dimana

peneliti mulai tahu tentang fenomena yang digambarkan informan. Peneliti mengosongkan atau meninggalkan pengetahuan dan keyakinannya selama tahap ini agar informasi yang diperoleh bersifat alami tanpa ada pengaruh dari peneliti (bracketing). Tahap *analyzing*, peneliti mengidentifikasi intisari fenomena tentang pengalaman stigma pada keluarga klien gangguan jiwa berdasarkan data-data yang diperoleh dari informan. Pada tahap ini peneliti melakukan identifikasi intisari fenomena setelah dan secermat mungkin untuk memperoleh keakuratan dan kemurnian hasil sesuai dengan pengalaman informan. Tahap *describing*, merupakan tahap terakhir dari fenomenologi deskriptif. Pada tahap ini peneliti membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena yang diteliti. Deskripsi tulisan ini bertujuan untuk mengkomunikasikan arti dan makna pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa di rumah sesuai pandangan informan. Ketiga langkah tersebut merupakan satu kesatuan dalam pemahaman arti dan makna menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif dan pelaksanaannya dilakukan secara berurutan.

B. Populasi Dan Sampel

Sampel penelitian dalam penelitian kualitatif menggunakan istilah informan. Informan dalam penelitian kualitatif dipilih berdasarkan kemampuan dalam memberikan informasi tentang fenomena (Moleong, 2004). Informan diseleksi menggunakan teknik sampling *purposive* yaitu informan yang mempunyai karakteristik sesuai dengan tujuan penelitian (Miles & Huberman, 1994 dalam Carpenter, 1999). Adapun jenis teknik sampling yang digunakan untuk penelitian ini adalah *convenience sampling* yaitu semua informan yang mengalami fenomena

yang diteliti memenuhi karakteristik atau ciri-ciri yang sesuai dengan yang diinginkan peneliti, yaitu : 1) Anggota keluarga yang tinggal bersama dengan klien gangguan jiwa; 2) Keluarga dengan klien gangguan jiwa kronis (lebih dari 6 bulan) yang sedang dirawat di rumah sakit atau di rumah; 3) Mampu menceritakan pengalaman stigma selama tinggal bersama klien gangguan jiwa; 4) mampu berbahasa Indonesia atau bahasa Jawa. Beberapa alasan dari kriteria inklusi tersebut adalah informan telah mengalami stigma itu sendiri dan tinggal bersama klien, kemudian mampu dan mau menceritakan pengalamannya baik positif maupun negatif dengan jelas. Bahasa Indonesia dan Jawa yang dikuasai sebagai syarat karena dalam penggalan informasi yang lebih dalam menuntut pemahaman yang sama antara informan dan peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pengkajian awal untuk mendapatkan informan yang sesuai dengan karakteristik yang diinginkan dengan dibantu kader puskesmas.

Identifikasi informan diawali dengan melihat data di Dinas Kesehatan Kota Semarang. Berbekal informasi yang diperoleh dari Dinas kesehatan Kota dan surat izin penelitian, peneliti berkunjung ke puskesmas untuk mengklarifikasi data keluarga dengan klien gangguan jiwa. Hasil klarifikasi terdapat 14 klien gangguan jiwa kronis di RW.01 sampai RW.10. di Kelurahan Bangetayu, Semarang Timur. Peneliti ditemani kader kesehatan melakukan kunjungan ke rumah keluarga dan melakukan pengkajian awal tentang pengalaman stigma untuk memastikan bahwa keluarga dapat menjadi informan penelitian. Keluarga yang berhasil dikunjungi sebanyak 14 keluarga.

Menurut Dukes (1984 dalam Creswell, 1998), jumlah informan dalam penelitian kualitatif adalah 3 sampai 10 orang, tetapi jika sudah mencapai saturasi (datanya telah jenuh, jika ditambah sampel lagi tidak memberikan informasi yang baru) pengambilan data dari informan berikutnya dihentikan. Dalam penelitian ini informan ditetapkan 10. Jumlah partisipan tidak menutup kemungkinan lebih dari 10 seperti penelitian Sarfety, et al. (2004) tentang dampak stigma pada klien gangguan jiwa berjumlah 46 partisipan.

Peneliti mendapatkan data awal tentang jumlah keluarga dengan klien gangguan jiwa Kelurahan Bangetayu di RW.1-10 sebanyak 14 orang. Pada proses penentuan informan bersama kader kesehatan Kelurahan Bangetayu didapatkan 12 klien dengan gangguan jiwa kronis atau lebih dari 6 bulan serta mengalami stigma masyarakat sesuai kriteria. Dari 12 klien gangguan jiwa kronis terdapat 2 klien dengan kelainan genetik idiot atau *borderline* atau tidak sesuai kriteria. Dari 10 keluarga yang sesuai kriteria terdapat 8 keluarga bersedia menjadi informan penelitian dan 2 keluarga tidak bersedia dengan alasan malu atau tidak jelas. Dari jumlah tersebut satu orang di RW 2, tiga orang di RW 4, tiga orang di RW 5, dan satu orang di RW 7 kelurahan Bangetayu. Setelah peneliti melakukan pengumpulan data, saturasi dicapai pada partisipan keenam. Peneliti menganggap data telah mencapai saturasi ketika banyak tema yang muncul berulang dan tidak ada tema baru yang muncul.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di rumah masyarakat secara langsung, pada klien yang saat ini tinggal di rumah bersama keluarganya dan berada di wilayah Peskesmas

Bangetayu, Semarang, Jawa Tengah. Hal ini didasarkan ditemukannya fenomena tersebut di wilayah kota Semarang baik keluarga yang sedang berkunjung di rumah sakit jiwa Semarang ataupun di rumah masyarakat. Angka klien baru di Rumah Sakit Jiwa Semarang menunjukkan kecenderungan meningkat berturut-turut dari tahun 2003, 2004 dan 2005 ialah 1957 orang, 1973 orang dan 3023 orang; kekambuhan atau klien dirawat lebih dari 3 kali di Rumah Sakit Jiwa Semarang khususnya di Ruang Parikesit (kelas tiga) adalah 48 % dari 36 klien. Berdasarkan pengamatan penulis pada saat melakukan pembimbingan mahasiswa di Kota Semarang khususnya di Puskesmas Bangetayu dan interaksi secara langsung di masyarakat, pemahaman tentang stigma dan dampaknya oleh masyarakat belum banyak dimengerti, bahkan pelayanan kesehatan di beberapa Puskesmas di kota Semarang melalui program pokoknya belum menyentuh tentang penanganan stigma di masyarakat. Kondisi pelayanan kesehatan di kota Semarang tersebut menunjukkan perlunya pembenahan pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Penelitian ini dilakukan pada bulan Pebruari sampai Juni 2008 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal oleh peneliti dengan arahan pembimbing, sidang proposal dihadapan penguji, pengumpulan data, pengolahan hasil, ujian hasil dan penulisan laporan hasil penelitian (jadwal terlampir).

D. Pertimbangan Etik

Penelitian ini menggunakan berbagai pertimbangan etik. Pertimbangan etik digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian berlangsung, maka peneliti berupaya untuk mengantisipasi dan mengatasinya. Kemungkinan

risiko atau dampak dalam penelitian ini adalah informan merasa terpaksa dalam berkontribusi dalam penelitian, merasa *privacy* terganggu, malu akibat nama dan informasi-informasi yang diberikan berasal dari diri informan diketahui akan orang lain dan kenyamanan terganggu akibat proses wawancara meliputi tempat, waktu dan penggunaan alat perekam *tape recorder*.

Upaya untuk meminimalkan potensi risiko tersebut, adalah adanya kesepakatan menjadi informan serta menjelaskan maksud dan manfaat dari penelitian. Dalam proses wawancara salah satu informan mengalami ketidaknyamanan dalam menyampaikan pengalamannya maka proses wawancara dihentikan terlebih dahulu, selanjutnya ditawarkan kembali untuk melanjutkan wawancara, diteruskan saat itu, ditunda di hari lain atau bahkan dihentikan sama sekali. Hal lain yang perlu diperhatikan adalah informan tidak dapat memberikan informasi secara utuh akibat keluarga terlibat secara langsung dengan stigma yang telah di percayainya. Apabila keluarga terlibat secara langsung dan mempercayainya maka yang penulis lakukan adalah menerima apa adanya sesuai yang diungkapkan informan sebagai bentuk dari pengalaman stigmanya.

Pertimbangan-pertimbangan etik lain yang digunakan dalam penelitian ini untuk mengatasi kemungkinan resiko diatas adalah *self determination*, *privacy*, *anonymity*, *confidentiality* dan *protection from discomfort* (Streubert & Carpenter 1999). Peneliti memberi penjelasan tentang partisipasi informan dalam penelitian ini. Informan mempunyai kebebasan dengan sukarela untuk menjadi informan dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*), dalam

proses penelitian ini terdapat 2 keluarga yang menolak untuk menjadi informan. Selama proses penelitian, informan bisa mengajukan keberatan dan mengundurkan diri untuk berpartisipasi dalam penelitian ini (prinsip *self determination*). Peneliti menjelaskan proses penelitian dan apa informasi yang akan digali dari informan. Informasi yang dieksplorasi dalam penelitian ini adalah pengalaman stigma keluarga dengan klien gangguan jiwa, yang mempunyai dampak baik positif maupun negatif karena memasuki *privacy* dari informan dan perlu minta ijin (prinsip *privacy*). Peneliti juga menyampaikan bahwa tidak menggunakan nama informan tetapi menggunakan *initial* informan (prinsip *anonymity*). Peneliti menjamin bahwa informasi yang diberikan hanya diketahui informan dan peneliti. Informasi-informasi yang diberikan dijaga kerahasiannya dan informasi tersebut hanya digunakan untuk kegiatan penelitian. Peneliti juga mengantisipasi informasi didengar oleh klien gangguan jiwa di rumah dan anggota keluarga lain dengan cara mengajak komunikasi dulu dengan klien gangguan jiwa dan anggota keluarga lain kemudian minta ijin untuk mewawancarai informan secara terpisah (prinsip *confidentiality*).

Selama pengambilan data peneliti berusaha menjaga kenyamanan informan dengan melakukan wawancara di tempat yang diinginkan informan dan waktu yang ditentukan oleh informan. Sebelum penggunaan *tape recorder*, peneliti meminta persetujuan kepada partisipan setelah dijelaskan tujuannya terlebih dahulu (prinsip *protection from discomfort*).

E. Metode dan Alat Pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan setelah mengurus surat ijin penelitian dari

Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, untuk melakukan penelitian di wilayah Dinas Kesehatan Kota Semarang. Kemudian peneliti melakukan pengumpulan data dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Menetapkan metode pengumpulan data

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (*indepth interview*) dan catatan lapangan. Wawancara mendalam dipilih dalam penelitian ini untuk mengeksplorasi secara mendalam makna-makna subyektif yang dipahami informan terkait dengan pengalaman stigma keluarga dengan klien gangguan jiwa. Waktu wawancara untuk satu informan ditetapkan 60 – 90 menit (tertulis juga dalam *informed consent*). Penetapan waktu wawancara yang cukup lama ini didasarkan pada informasi yang digali mencakup informasi secara keseluruhan, baik hal-hal yang bersifat positif maupun negatif serta makna-makna subyektif informan (Moleong, 2004; Creswell, 1998). Namun dalam penelitian ini wawancara sesuai pedoman berlangsung rata-rata tidak lebih dari 60 menit, hal ini dikarenakan tujuan yang ingin dicapai tidak terlalu banyak atau 4 buah, keterbatasan keluarga untuk mengungkapkan pengalamannya dan atau peneliti adalah peneliti pemula.

Peneliti menghilangkan atau mengosongkan pengetahuan dan keyakinannya dengan cara hanya berpedoman dengan panduan wawancara, tidak mengarahkan jawaban informan dan atau membiarkan informan mengungkapkan pengalamannya secara bebas atas pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara sehingga data yang diperoleh merupakan informasi alamiah yang sesuai pengalaman informan. Pengosongan pengetahuan dan keyakinan peneliti

ini juga berfungsi untuk menjaga peneliti menghindari mengarahkan informan memberikan informasi sesuai pemahaman peneliti (Creswell, 1998; Streubert & Carpenter, 1999).

Bentuk pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara adalah semi terstruktur dan *open ended question* (panduan wawancara terlampir). Bentuk pertanyaan terbuka ini dipilih didasarkan pada informasi yang digali bersifat mendalam sesuai dengan sudut pandang informan sehingga informan memiliki kebebasan dalam memberikan informasi. Sedangkan semi terstruktur dipilih untuk mengantisipasi informasi yang diberikan informan melebar dari fokus penelitian. Untuk mendapatkan gambaran yang utuh pengalaman informan digunakan metode lain yaitu catatan lapangan (Creswell, 1998; Streubert & Carpenter, 1999). Peneliti dalam melakukan uji coba pedoman wawancara menemukan beberapa pertanyaan yang perlu modifikasi dari panduan yang sudah disiapkan. Perubahan pedoman itu terletak pada penyederhanaan bahasa dan penambahan contoh-contoh yang bisa dipahami informan. Dari hasil perubahan pedoman wawancara tersebut membuat informan mampu mengerti dan dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan.

Catatan lapangan merupakan catatan tertulis tentang apa yang didengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangka pengumpulan data dan refleksi terhadap data dalam penelitian kualitatif (Bogdan & Biklen, 1982 dalam Moleong, 2004). Catatan lapangan dipilih karena dapat melengkapi informasi yang diberikan informan secara verbal pada proses wawancara. Catatan lapangan digunakan

untuk mendokumentasi respon non verbal yang berisi tentang tanggal, waktu, tempat, deskripsi (gambaran proses wawancara). Catatan lapangan dibuat selama proses wawancara berlangsung (Creswell, 1998).

2. Alat pengumpul data

Alat pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara, catatan lapangan dan *tape recorder*. Alat pengumpulan data utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Kemampuan peneliti sebagai alat pengumpul data diuji coba dengan melakukan wawancara mendalam pada dua anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Dari hasil uji coba dua wawancara tersebut peneliti telah mampu mengambil kekuatan dan kelemahan wawancara yang dilakukan. Kelemahan yang dilakukan pada saat uji coba adalah peneliti kurang mampu mengembangkan pertanyaan atas respon informan dan terlihat masih kaku dalam menggunakan bahasa. Kekuatan peneliti dalam uji coba tersebut adalah peneliti dapat merumuskan ulang bagaimana struktur dan mengembangkan wawancara untuk mendapatkan tanggapan yang sesuai dengan pengalaman informan. Kekuatan lain dari hasil uji coba tersebut adalah peneliti menjadi lebih percaya diri untuk melakukan wawancara pada informan berikutnya.

Peneliti dalam melakukan wawancara harus menguasai tehnik komunikasi terapeutik untuk memudahkan menggali informasi dari informan. Ketrampilan peneliti meliputi ketrampilan mendengar, fokus pada apa yang sedang dibicarakan, melibatkan dalam pembicaraan tanpa mengganggu fokus informan,

memperhatikan respon non verbal, melakukan catatan penting selama proses wawancara dan akrab. Peneliti dikatakan layak sebagai pewawancara, jika mampu berkomunikasi secara efektif dalam pengumpulan data. Indikator keefektifan ini adalah tergambarkannya secara verbal maupun non verbal semua informasi yang dibutuhkan sesuai pedoman wawancara dan catatan lapangan, Joko,(2007) (Interviewer Skills, 2006, http://www.appstate.edu/pricej/TEACHING_method/qualitative.pdf, diperoleh tanggal 8 April 2007).

Pedoman wawancara yang berisikan pertanyaan terkait dengan tujuan penelitian dilakukan uji coba terlebih dahulu. Hasil uji coba tersebut didapatkan beberapa pertanyaan yang tidak langsung bisa dijawab oleh informan. Berdasarkan hasil uji coba tersebut pedoman wawancara disusun dalam bahasa yang sederhana disertai contoh-contoh untuk memfasilitasi informan dalam menjawab pertanyaan, seperti pertanyaan tentang persepsi keluarga terhadap makna stigma, respon, dampak dan harapan keluarga. Pedoman tersebut adalah panduan yang digunakan peneliti selama proses wawancara. Penelitian menggali secara mendalam tentang informasi pengalaman stigma pada keluarga klien gangguan jiwa sesuai perspektif informan, sehingga sangat memungkinkan informasi yang diberikan keluar dari tujuan penelitian. Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan agar selama proses wawancara peneliti dapat memfokuskan arah wawancara sesuai dengan tujuan penelitian. Kelayakan pedoman wawancara dinilai melalui kemampuan informan untuk memahami dan menjawab seluruh pertanyaan yang ada sesuai dengan tujuan peneliti. Kelayakan catatan lapangan dinilai atas kemampuan melengkapi informasi verbal yang telah diperoleh sesuai

pedoman wawancara (Creswell, 1998, Moleong, 2004).

Tape recorder digunakan untuk menjamin informasi verbal selama proses wawancara dapat terekam secara lengkap. *Tape recorder* dipilih didasarkan bahwa pada proses wawancara mendalam, peneliti tidak mungkin mencatat respon verbal informan secara lengkap sehingga *tape recorder* membantu merekam seluruh respon verbal dari informan. Kelayakan *tape recorder* sebagai alat pengumpulan data dipastikan dengan menggunakan baterai yang selalu baru dan kaset perekam berdurasi kurang lebih 60 menit untuk setiap wawancara. Sebelum digunakan *tape recorder* dicoba untuk merekam wawancara pada saat uji coba penggunaan pedoman wawancara. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah fungsi perekaman *tape recorder* menghasilkan kualitas yang baik melalui volume diatur rendah, arah mikrofon perekam dan jarak penempatan *tape recorder* (Moleong, 2004; Documentation, 2006, http://www.appstate.edu/pricejl/TEACHING_method/qualitative.pdf, diperoleh tanggal 8 April 2007).

Catatan lapangan menggunakan dokumentasi beberapa hal seperti: tanggal, waktu, tempat dan deskripsi atau jalannya proses wawancara. Deskripsi dari proses wawancara meliputi gambaran diri informan, siapa yang hadir, bagaimana pengaturan lingkungan fisik, interaksi sosial dan catatan tentang peristiwa khusus.

3. Menetapkan prosedur pengumpulan data

a. Tahap persiapan

Peneliti bekerjasama dengan petugas kesehatan Puskesmas dan Kader kesehatan dalam memilih calon informan. Peneliti menjelaskan kepada petugas Puskesmas mengenai kriteria calon informan, yaitu keluarga dengan klien gangguan jiwa di rumah. Penjelasan kriteria calon informan meliputi : keluarga dengan klien gangguan jiwa di rumah dan mampu berbahasa Indonesia dan bahasa Jawa sesuai dengan bahasa peneliti.

Berdasarkan informasi yang diberikan oleh Petugas Puskesmas, peneliti menyeleksi calon informan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan dengan mendatangi langsung ke rumah calon informan dengan diantar Kader Kesehatan. Pada kunjungan pertama ini peneliti memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud kunjungan. Kemudian memberikan penjelasan kepada calon informan terkait dengan pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa di rumah. Pada kunjungan ini peneliti melakukan pengkajian awal dan juga membangun hubungan saling percaya dengan meyakinkan bahwa identitas dan pengalaman informan dan proses penelitian tidak memberikan dampak terhadap calon informan. Pembicaraan dimulai dari topik yang bersifat umum mengenai biodata calon informan, menanyakan tentang pengalaman stigma dan memberi kesempatan kepada keluarga untuk bertanya. Hubungan saling percaya mulai saat informan tanpa ragu bertanya dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti. Akhir kunjungan ini, peneliti menanyakan kesediaan berpartisipasi dalam

penelitian. Bila calon informan tidak setuju, maka peneliti melakukan terminasi dengan mengucapkan terima kasih atas kesediaan menerima kunjungan tersebut. Bila calon informan setuju, maka calon informan menandatangani lembar kesediaan berpartisipasi dalam penelitian (*informed consent*) dan membuat kesepakatan kontrak untuk kunjungan berikutnya.

b. Tahap proses pengumpulan data

Pada kunjungan kedua, peneliti mengunjungi informan sesuai dengan kontrak yang telah disepakati bersama. Pada kunjungan ini peneliti kembali memberi penjelasan penelitian dan memberi kesempatan bertanya untuk meyakinkan bahwa informan benar-benar ingin berpartisipasi dalam penelitian dengan sungguh-sungguh.

Pada saat pengumpulan data peneliti mengawali dengan menanyakan pada informan dimana tempat yang nyaman untuk proses wawancara. Setelah tempat disepakati tempat duduk diusahakan berhadapan sesuai dengan keinginan informan. Langkah selanjutnya alat bantu wawancara dipastikan berjalan sesuai dengan fungsinya, kemudian peneliti melakukan wawancara mendalam. Wawancara mendalam dilakukan untuk mengeksplorasi pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa di rumah sesuai pedoman wawancara. Kegiatan wawancara diakhiri setelah informasi yang dibutuhkan telah diperoleh sesuai pertanyaan-pertanyaan pada pedoman wawancara. Sebelumnya Pedoman Wawancara dilakukan uji coba terlebih dahulu pada dua keluarga dengan gangguan jiwa. Pada saat uji coba

ditemukan beberapa pertanyaan dalam pedoman wawancara yang masih sulit dimengerti informan. Berdasarkan hasil uji coba dilakukan modifikasi pedoman wawancara dengan menyederhanakan bahasa dan disertai contoh-contoh keseharian.

Pendokumentasian hasil wawancara dilakukan pada hari yang sama dengan cara menuliskan transkrip di komputer dengan mendengarkan *tape recorder* dan melihat *field note*. Setelah itu melihat kembali transkrip dan menterjemahkan bila terdapat unsur bahasa Jawa ke dalam bahasa Indonesia.

F. Analisis Data

Proses analisis data dilakukan secara bertahap yang dimulai dengan proses pengumpulan data. Setelah semua data dari hasil wawancara dibuat dalam transkrip data, kemudian peneliti melakukan interpretasi dengan mengidentifikasi berbagai kemungkinan tema sementara dari hasil wawancara berdasarkan penjelasan-penjelasan yang telah diberikan oleh informan. Jika bahasa yang digunakan adalah campuran dengan mengandung unsur bahasa Jawa maka peneliti terlebih dulu mentransfer ke dalam bahasa Indonesia agar bahasa menjadi seragam. Interpretasi dilakukan dengan memasuki wawasan persepsi informan dengan cara melihat konteks transkrip dan catatan lapangan yang ada, kemudian melihat bagaimana mereka melewati suatu pengalaman kehidupan dan memperlihatkan fenomena serta mencari makna dari pengalaman informan (Nurachmah, 2006).

Proses analisa dalam penelitian ini menggunakan langkah-langkah dari Colaizzi

(1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Alasan pemilihan metode analisa ini didasarkan pada kesesuaian dengan filosofi Husserl, yaitu suatu penampakan fenomena hanya akan ada bila ada subyek yang mengalami fenomena (informan), sehingga sangat cocok untuk memahami arti dan makna suatu fenomena pengalaman stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa di rumah. Adapun langkah-langkah analisa sebagai berikut :

1. Membuat deskripsi informasi tentang fenomena dari informan dalam bentuk narasi yang bersumber dari hasil wawancara dan *field note*.
2. Membaca kembali secara keseluruhan deskripsi informasi dari informan untuk memperoleh perasaan yang sama seperti pengalaman informan. Peneliti melakukan 3 – 4 kali membaca transkrip untuk merasa hal yang sama seperti informan.
3. Mengidentifikasi kata kunci melalui penyaringan pernyataan informan yang signifikan dengan fenomena yang diteliti. Pernyataan-pernyataan yang merupakan pengulangan dan mengandung makna yang sama atau mirip maka pernyataan ini diabaikan.
4. Memformulasikan arti dari kata kunci dengan cara mengelompokkan kata kunci yang sesuai pertanyaan penelitian selanjutnya mengelompokkan lagi kata kunci yang sejenis. Peneliti sangat berhati-hati agar tidak membuat penyimpangan arti dari pernyataan informan dengan merujuk kembali pada pernyataan informan yang signifikan. Cara yang perlu dilakukan adalah menelaah kalimat satu dengan yang lainnya dan mencocokkan dengan *field note*.
5. Mengorganisasikan arti-arti yang telah teridentifikasi dalam beberapa kelompok tema. Setelah tema-tema terorganisir, peneliti memvalidasi kembali kelompok

tema tersebut.

6. Mengintegrasikan semua hasil penelitian ke dalam suatu narasi yang menarik dan mendalam sesuai dengan topik penelitian.
7. Mengembalikan semua hasil penelitian pada masing-masing informan untuk divalidasi kembali oleh mereka setelah transkrip dibuat. Setiap ada informasi baru dari informan lalu diikutsertakan pada deskripsi hasil akhir penelitian.

Peneliti menerapkan proses tersebut di atas dengan: (1) menyusun studi literatur tentang teori dan hasil penelitian terkait dengan pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa; (2) melakukan wawancara mendalam dan menyusun catatan lapangan selama wawancara pada partisipan; (3) membaca berulang-ulang transkrip yang disusun berdasarkan rekaman wawancara mendalam dan catatan lapangan; (4) memilih pernyataan yang bermakna dan terkait dengan tujuan penelitian; (5) menyusun kategori berdasarkan kata kunci yang terdapat dalam pernyataan tersebut dalam tabel pengkategorian awal; (6) menyusun tabel kisi-kisi tema yang memuat pengelompokan kategori ke dalam sub tema, tema dan kelompok tema; (7) menuliskan gambaran awal hasil penelitian; (8) memvalidasi gambaran awal hasil penelitian pada partisipan setelah beberapa tema ditemukan dari hasil analisa dengan cara kembali ke rumah informan untuk menyampaikan beberapa temuan tema dari kumpulan beberapa informan; (9) dan menyusun suatu gambaran akhir dari pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa berupa hasil penelitian.

G. Keabsahan Data

Pada penelitian kualitatif untuk memperoleh keabsahan data menggunakan kriteria derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*) (Guba & Lincoln, 1994 dalam Streubert & Carpenter, 1999; Understanding reliability and validity in qualitative research, 2003, <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR8-4gholafshani.pdf>, diperoleh dari Joko pada tanggal 8 April 2007; Moleong, 2004).

Penelitian ini menggunakan beberapa kegiatan untuk mendapatkan derajat kepercayaan (*credibility*) yaitu peneliti menyusun hasil penelitian meliputi pemilihan pendekatan fenomenologi deskriptif, informan penelitian, tempat dan waktu penelitian, metode dan alat pengumpulan data, analisa data, keabsahan data dan pertimbangan etik penelitian. Pada pelaksanaan penelitian, peneliti memilih informan yang sesuai kriteria, prosedur pengumpulan data dan analisa data yang jelas parameternya. Pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan proses penelitian yaitu proses pengumpulan data, pengorganisasian data baik data hasil wawancara maupun catatan lapangan demikian pula strategi analisa data. Peneliti melakukan pengecekan kembali data yang terkumpul dengan menguji kembali adanya kemungkinan perbedaan interpretasi yang dapat mengarah pada temuan penelitian yang berbeda. Semua usaha diatas ditujukan untuk memperoleh data yang akurat.

Transferability mengandung makna sejauh mana hasil penelitian yang dilaksanakan pada populasi tertentu dapat diterapkan pada populasi yang lain (Polit &

Hungler,2001). *Transferability* berbeda dengan generalisasi, karena fokusnya bukan pada memprediksi hasil yang spesifik pada suatu populasi umum, tetapi pada mengkonfirmasi bahwa apa yang berarti pada suatu tempat tertentu juga berarti dan akurat pada kelompok atau setting yang berbeda (Macnee, 2004). Salah satu aktivitas yang dilakukan peneliti untuk menjamin *transferability* adalah menggambarkan tema-tema yang telah diidentifikasi pada suatu partisipan terhadap suatu kelompok atau partisipan yang serupa dan tidak terlibat dalam pengumpulan data awal untuk menentukan apakah kelompok kedua menyetujui tema tersebut, prosedur ini sering disebut dengan *external check*.

Dependability mengandung pengertian kestabilan data dari waktu ke waktu dan kondisi. Salah satu teknik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detil oleh seorang penelaah external (Polit & Hungler, 2001). Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

Confirmability mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Pemenuhan prinsip *confirmability* pada penelitian ini adalah sejauh mana tercapai kesamaan pandangan diantara peneliti dengan pembimbing satu dan dua mengenai aspek-aspek yang akan dibahas. *Confirmability* juga dicapai peneliti melalui keterbukaan melalui beberapa konsultasi dengan pembimbing yang kemudian mendapatkan kooreksi dan masukan yang berarti dalam menyusun

penelitian ini. Berdasarkan koreksi dan masukan pembimbing tersebut peneliti melakukan perbaikan berdasarkan konteks tujuan penelitian dan masukan yang didapatkan.

Selain peneliti, informan juga mempunyai peran yang penting dalam memperoleh keabsahan data dalam penelitian ini. Peran informan termasuk pada prinsip *credibility* dan *transferability* yaitu memperoleh data yang akurat dan untuk menyajikan hasil penelitian seteliti dan secermat mungkin. Informan diharapkan memberikan informasi yang lengkap dengan menjunjung tinggi kealamiahannya data sehingga diperoleh data yang akurat sesuai dengan perspektif informan. Informan juga berperan dalam melakukan pengecekan kembali terhadap deskripsi yang telah dibuat peneliti.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bagian ini akan menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan dan bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa. Bagian ini terdiri dari uraian tentang karakteristik partisipan dan tema yang muncul dari perspektif partisipan tentang pengalaman mereka terhadap stigma pada klien gangguan jiwa.

A. KARAKTERISTIK PARTISIPAN

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah enam orang. Semua partisipan bertempat tinggal di wilayah Puskesmas Bangetayu, kelurahan Bangetayu Semarang Timur. Usia partisipan bervariasi dengan usia termuda 42 tahun, dan usia tertua 65 tahun. Partisipan terdiri dari tiga orang laki-laki dan tiga orang perempuan. Tingkat pendidikan partisipan juga bervariasi mulai dari SD sampai SMA. Partisipan berasal dari suku yang sama yaitu suku Jawa. Hubungan partisipan dengan klien adalah ayah kandung tiga orang, ibu kandung dua orang dan anak kandung (anak pertama) satu orang. Penghasilan partisipan setiap bulannya mulai dari lima ratus ribu sampai tujuh ratus ribu dan ada yang tidak tentu jumlahnya. Partisipan dalam lama merawat klien gangguan jiwa mulai dari 2 tahun sampai 7 tahun. Seluruh partisipan mengalami stigma dengan klien gangguan jiwa baik stigma dari masyarakat maupun dari keluarga sendiri. Data selengkapnya mengenai partisipan dapat dilihat pada lampiran

I.

B. ANALISA TEMA

Data penelitian berupa transkrip dan catatan lapangan dari setiap wawancara mendalam, dianalisis dengan menggunakan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Collaizi (1978, dalam Fain 1999). Setelah melakukan sembilan langkah analisis data yang dikemukakan Collazi, peneliti mengidentifikasi 9 tema sebagai hasil penelitian ini. Proses pemunculan tema-tema tersebut dapat dilihat pada lampiran I. Tema-tema tersebut akan diuraikan berdasar tujuan penelitian.

1. Respon psikososial keluarga terhadap stigma

Respon psikososial keluarga terhadap stigma tergambar dalam tiga tema, yaitu: respon kehilangan, mekanisme koping yang digunakan dan respon terhadap hubungan sosial. Ketiga tema tersebut akan diuraikan di bawah ini.

Tema 1: Respon kehilangan

Respon kehilangan dimukakan oleh beberapa partisipan dengan beberapa kategori yang sesuai, diantaranya adalah: menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi dan menerima. Kategori menyangkal disampaikan oleh beberapa partisipan seperti merasa sedih, bingung dan menyampaikan ketidaksukaannya, diantaranya pada partisipan :

" Ya saya sedih terkadang jengkel dengan mereka, masak mereka tidak mengerti kalau T itu..."(P3)

"Ya tidak suka, ibu saya dibilangin stress....(P4)

" Saya sering jadi bingung... kenapa saya dapat cobaan seperti ini..(P6)

"Ya saya geregetan pak, terutama saat saya dengar dari orang lain kalau anak saya mau dikeroyok"(P1)

Respon kehilangan dengan kategori marah diungkapkan oleh partisipan dengan membentak, mengancam untuk memukul, merasa cepet marah seperti :

"..T tidak boleh keluar..... paling-paling membentak biar dia menurut.. "(P1)

"..kadang ya saya ancam untuk dimasukin ke kamar atau dipukul"(P1).

" Jengkel, emosi, mau saya datangi orang-orang itu...(P1)

Partisipan lain mengungkapkan respon kehilangan dengan kategori tawar-menawar pada partisipan:

"..terkadang saya berpikir pada diri sendiri apa salah keluarga saya sehingga mereka berpikir seperti itu..saya tidak pernah bikin susah orang(P1)

" Ya nyesel juga..masak trisno yang lagi sakit masih dimarahain, tapi kalau tidak dibekitukan dia tidak mau merhatiin omongan-saya...(P1)

Sementara partisipan yang berespon dengan kategori depresi terhadap respon kehilangan digambarkan dengan ungkapan; sedih, sulit konsentrasi, mudah capek dan seterusnya, seperti pada partisipan:

"Sulit konsentrasi, rasanya mudah capek dan khawatir terus..."(P1)

" Kalau perasaan saya ya sedih, bingung kenapa anak saya bisa begini(sambil memegang sudut meja di depannya), apalagi katanya tidak bisa sembuh total...kalau masalah menerima ya saya tidak menerima"(P2)

".....rasanya mudah capek dan khawatir terus.... Perasaan saya tidak karuan Pak, terkadang saya jadi sulit tidur, makan tidak selera.."(P1)

Pada proses kehilangan fase terakhir dengan kategori menerima disampaikan seperti ungkapan pasrah, cobaan dari Allah dan sabar:

"Biar mereka bicara apa saja ya tidak apa-apa. Saya sih Pasrah, ini cobaan dari Allah.."(P2)

"Ya kita sabar saja. Wong Allah itu yang membuat sakit dan yang..."(P3)

“Pasrah wong saya ini orang susah mau dibilangin apa..”(P6)

Tema 2: Mekanisme koping yang digunakan

Mekanisme koping yang digunakan didapatkan dengan beberapa kategori, diantaranya adalah konfrontatif, defensif aktif dan defensif pasif seperti:

kategori yang menggunakan mekanisme koping dengan konfrontasi dengan mau menjelaskan atau mengungkapkan kepada warga, seperti pada partisipan:

”...yang saya lakukan terhadap mereka, paling-paling saya bilangin ke mereka jangan meledek...”(P5)

Defensif aktif terdapat ungkapan partisipan seperti sama-sama jantan, merasa jengkel anaknya dibilang menakutkan, seperti pada:

“secara jantan kalau sama-sama laki tahu sendiri, tapi mereka tidak mungkin berani, wong saya tidak pernah berbuat salah pada mereka.(P1)”

“.. terkadang jengkel masak sih anak saya menakutkan, menurut saya dia masih mau dibilangin dan nurut..”(P2)

Sementara partisipan yang menggunakan kategori defensi pasif dengan mengatakan memendam atau didiamkan saja, antara lain:

” Ha..ha..saya pendem saja mas(sambil senyum), namanya tetangga kalau dibilangin nanti malah salah paham”(P4)

“didiamin saja, atau dimaafkan nantikan selesai sendiri, wong memaafkan itu anjuran Rosul Muhammad”(P3).

Tema 3: respon terhadap hubungan sosial

Respon ini dibentuk oleh dua sub tema yaitu; pertama bentuk hubungan dengan kategori curiga dan kaku, Kedua dukungan keluarga dengan kategori perhatian dan kompak.

Terdapat ungkapan dari partisipan yang mengatakan bahwa hubungan dengan warga menjadi kaku tidak seperti dulu dan juga merasa curiga terhadap orang yang memberi guna-guna, seperti pada partisipan:

“..Ya itu tadi,..ada perasaan curiga itu tidak bisa dihilangkan..”(P4)

“..akhirnya ya kayak kaku kalau saya dengan dia..”(P4)

Partisipan dengan kategori perhatian disampaikan dalam bentuk saling menjaga klien, seperti:

“...mereka itu semakin perhatian dengan T dan saling menjaga T setelah saya kasih tahu”(P3).

2. Dampak stigma pada keluarga

Dampak stigma pada keluarga dari hasil analisis muncul dua tema yaitu: konsekuensi negatif dan konsekuensi positif. Masing-masing tema lebih jelas diuraikan di bawah ini.

Tema 4: konsekuensi negatif

Tema konsekuensi negatif ini muncul dari ungkapan beberapa partisipan dengan 4 sub tema yaitu: 1) beban keluarga; 2) penyimpangan perilaku; 3) hubungan keluarga terganggu dan; 4) aktivitas harian yang terganggu.

Sub tema, 1) beban keluarga terbentuk dari 3 kategori. Yang pertama adalah beban finansial dengan ungkapan sudah jual kebun dan butuh uang tidak sedikit seperti:

“..sering membawa ke orang-orang pintar sebelum ke rumah sakit jiwa, bayar utang di warung-warung dan itu butuh uang tidak sedikit...(P1)

“Tidak bisa dihitung mas! wong sampai jual kebun di sebrang jalan sana...ya untuk berobat ke kiai, alim ulama, kerumah sakit juga” (P3)

Kategori yang ke dua adalah beban emosional yang diungkapkan oleh partisipan dengan perasaan minder, harga diri jatuh dan bahkan malu, seperti pada partisipan:

"Kalau minder iya..saya kok seperti ini apa dosa saya, saya suka malu kalau harus ketemu anak saya di jalan rasanya pingin nangis terus ya saya bawa pulang.." (P1)

"Harga diri saya jatuh, semuanya jadi malu kalau mengingat J, bahkan anak saya yang kecil pernah tidak mau sekolah gara-gara malu dengan kakanya" (P2)

Beban sosial dengan informan tidak bisa bekerja lagi atau pekerjaan sering terganggu merupakan kategori ketiga yang ada pada partisipan:

"Nah kalau pekerjaan saya sudah tidak bisa lagi jualan semenjak J sakit."(P2)

"..Kalau pekerjaan saya sering terganggu kalau R itu kumat"(P)

Konsekuensi negatif dengan sub tema,2) penyimpangan perilaku dengan membentak dan mengancam terdapat dua kategori diantaranya adalah; pertama perilaku kekerasan seperti:

".....paling-paling membentak biar dia menurut.."(P1)

"..Saya suruh diam, kadang ya saya ancam untuk dimasukin ke kamar atau dipukul."(P1)

Kedua dengan pembatasan aktivitas klien dengan melarang keluar rumah, seperti:

"...saya larang J untuk keluar rumah... eh bukan melarang sih tapi membatasi"(P2)

Sub tema 3), dengan hubungan keluarga terganggu terbentuk karena ada indikasi konflik dalam hubungan keluarga diantaranya adalah suka uring-uringan dan salah paham yaitu kategori konflik keluarga, seperti;

"Alhamdulillah tidak ada, tapi ya kadang suka uring-uringan kalau yang lain ada pekerjaan sendiri.."(P1)

“Ya marah saja..kadang bapak saya langsung bilangin..kadang juga bapak saya diamkan”(P6).

”...Bapak nanggapinya berbeda dengan saya...saya larang J untuk keluar rumah... eh bukan melarang sih tapi membatasi. Tapi bapaknya berbeda dia bilang tidak usah biarin saja J juga perlu keluar rumah biar tidak tambah pusing.”(P2)

Aktivitas terganggu merupakan sub tema ke 4 dari konsekuensi negatif dengan ungkapan sulit tidur, selera makan berkurang dan merasa lemes atau kategori aktivitas harian terganggu, seperti pada partisipan;

”...Kalau dipikir-pikir ya ada soalnya menjadi sulit tidur meskipun sudah dipasrahkan pada Alloh swt”.(P3)

”..semuanya jadi susah, lemes, mau apa-apa atau ngerjain pekerjaan rumah harus sambil jaga ibu”(P4)

”..karena ibu saya itu tidak bisa membantu pekerjaan saya, sering menanggapi obrolan yang tidak-tidak terus salah paham. Jadi saya tidak bisa konsentrasi bekerja, disamping malu juga capek”(P4)

Tema 5: Konsekuensi positif

Tema konsekuensi positif terbentuk dari 4 sub kategori yaitu: pertama persiapan finansial dengan kategori etos kerja meningkat, kedua dukungan keluarga dengan kategori kopling keluarga, sikap peduli, dan dukungan spiritual.

Persiapan finansial dengan kategori etos, terdapat keluarga yang justru bersemangat untuk bekerja dan mampu menerima klien yang banyak untuk biaya anaknya, seperti pada partisipan:

”masih sering dipanggil kadang mereka minta dipijat di rumah ini. Yang minta tolong menurut saya malah banyak..” (P3)

”Biasa malah saya jadi semangat dengan anak saya sakit seperti itu, biar bisa membiayai keluarga dan pengobatan R” (P5)

Dukungan keluarga dalam bentuk memberi perhatian, kompak atau membantu mencuci baju dengan kategori koping keluarga adalah:

“..Anak, mantu dan cucu saya itu sangat perhatian dengan T... kompak. Bahkan mantu saya itu selalu mengikuti ke mana T itu pergi atau menjaganya. Mengadakan sholawatan di mussola dekat ini(musola ada di depan rumah) dan ngaji bareng”(P3)

”biar saya bantu ibu mencuci bajunya mas J...dan kakaknya juga sering membantu jais padahal dulunya jais dan kakanya itu sering bertengkar eh malah setelah jais ”(P2)

Kategori dengan sikap yang menunjukkan kepedulian seperti tambah kasihan, sayang dan sering membantu keperluan klien, terdapat pada partisipan:

”...mencubit atau memukul saya tidak pernah, justru saya tambah kasihan dan sayang dengan jais. Bapaknya juga begitu.” (P2)

”...dan kakaknya juga sering membantu J padahal dulunya J dan kakanya itu sering bertengkar eh malah setelah J sakit itu dia malah sayang sama jais.”(P2)

“....Saya suruh masuk ke rumah, saya jarang marah sama ibu, wong membentak saja tidak boleh kan?(suara datar)(P4)

Sementara dukungan keluarga dengan kategori dukungan spiritual dengan mengadakan pengajian ada pada partisipan:

“Mengadakan sholawatan di mussola dekat ini(musola ada di depan rumah) dan ngaji bareng...memperbanyak do'a dan memohon pada Alloh untuk jalan keluar, atau mendapat hikmah dari kejadian tomi ini.. “(P3)

Subtema hubungan sosial seperti hubungan masih sama dengan seperti dulu, atau pengajian masih tetap sama seperti dulu dengan kategori aktivitas sosial terdapat beberapa partisipan seperti:

”Biasa saja, tidak ada masalah sama seperti dulu, hanya kalau lagi ketemu ada yang meledek langsung atau bilangin Ibu stress itu saya tidak bisa terima (P4)

“Biasa kayak tidak ada apa-apa.. anak saya sudah 4 tahun dicoba seperti ini, sejak dulu waktu T sebelum sakit sampai sakit seperti ini, hubungan saya dengan mereka tidak berubah, pengajian tetap jalan, kerja bakti ya ikut atau yang lain..”(P3)

Kategori penerimaan seperti iklas, pasrah dan sabar membentuk tema adaptasi spiritual pada tema konsekuensi positif seperti pada partisipan:

“Saya sih iklas (sambil menengok ke arah istrinya yang kebetulan datang memberi minuman) dengan kondisi ini mau diapakan lagi...” (P1)

“....sudah empat tahun sampai sekarang, tapi sekarang ya pasrah saja pasti alloh nanti akan memberikan jalan keluar..(P3)

3. Makna stigma pada keluarga

Makna stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa mempunyai dua makna yaitu makna positif dan negative. Keduanya lebih jelas pada keterangan di bawah ini.

Tema 6: Makna positif

Tema dengan makna positif terbentuk dari dua kategori pertama, coping keluarga dan nilai spiritual. Kedua kategori itu ada pada partisipan, pertama coping keluarga yang terdiri dari ungkapan keluarga semakin kompak dan semakin sayang seperti pada partisipan:

”...saya merasakan hikmah bahwa keluarga saya tambah kompak dan terlihat rukun setelah T dicoba seperti ini, yang dulu kakanya dan T itu sering bertengkar dan membuat orang jengkel. Sekarang kakaknya justru paling sayang pada T. Menantu saya juga sangat memperhatikan T...saya juga heran kenapa dia sampai terus-terusan setia...” (P3)

Kedua bernilai spiritual seperti ujian dari Alloh, sabar dan bahkan rizki dariNya, ada pada partisipan:

“...Ini ujian buat saya dari alloh, supaya saya bisa sabar” (P6)

”...mungkin sudah rizki saya untuk bisa beribadah”.(P2)

Tema 7: Makna negatif

Tema dengan makna negatif dibentuk dari tiga sub tema yaitu: pertama pengalaman yang tidak menyenangkan seperti lemes dan menakutkan dengan kategori perasaan aman dan nyaman terganggu. Berikut ungkapan partisipan:

"...pokoknya lemes lah pak, kurang semangat kalau ingat dengan semua itu".(P1)

"...Menakutkan, membuat saya selalu khawatir dan tidak nyaman..."(P1)

Sub tema ke dua dengan kategori jenis gangguan seperti, lemes, khawatir dan capek sebagai berikut:

"..Hidup ini jadi lemes, cemas dan khawatir terus, kok tidak selesai-selesai cobaan ini, kerja jadi kurang semangat kalau ingat T, anak2 juga terkadang merasa malu (P1)

"capek banget kayaknya warga tidak tahu kesediha saya"(P6)

sub tema ke tiga adalah konsep diri seperti merasa putus asa dengan kategori rendah diri, seperti pada partisipan berikut:

"Sebenarnya omongan itu membuat keluarga saya capek kalau harus dipikirin terus, hati ini jadi lemes dan putus asa..." (P2)

4. Harapan keluarga terhadap warga dan petugas kesehatan

Harapan keluarga terhadap warga dan petugas kesehatan muncul dengan dua tema yaitu: harapan keluarga terhadap warga dan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan.

Tema 8: Harapan kepada warga

Tema harapan kepada warga muncul karena terdapat beberapa partisipan yang mengungkapkan seperti tidak perlu memusuhi, ucapan yang membuat orang sedih dengan dua kategori yaitu, pertama sikap warga yang diharapkan seperti:

"...Itu saja mereka mau mengerti kesulitan saya."(P4)

"..yang penting kita itu tidak saling memusuhi, bicara yang menyenangkan,"(P3)

"...ucapan yang tidak baik dan membuat orang lain sedih, tapi itu karena ketidak tahuan mereka. Kalau sudah tahu kan tidak bicara begitu lagi"(P3)

"..Terus kalau ada di jalan mereka bisa mengantar ke rumah atau setidaknya memberi tahu keluarga...tidak usah membicarakan yang tidak-tidak.." (P1)

kedua yaitu harapan informan seperti mereka mau membantu dan memberi kesempatan bermain anaknya dengan kategori perilaku warga yang diharapkan:

"Ya membantu saja, diajak ngobrol yang bener tidak usah didiamin terus malah diomongin yang tidak-tidak seperti tadi" (P2)

".....Orang tuanya memberitahu anak-anaknya agar tidak mengejek anak saya, dan beri kesempatan untuk bermain yang normal" (P5)

"mereka itu harusnya paham J dan membantunya anak saya itu perlu ditolong..."(P2)

Tema 9: Harapan kepada petugas kesehatan

Tema harapan kepada petugas kesehatan dibentuk dari dua kategori yaitu aktivitas yang diharapkan dan bentuk kegiatan dari yang difasilitasi oleh petugas kesehatan, seperti partisipan di bawah ini:

Aktivitas yang diharapkan kepada petugas kesehatan antara lain memberi tahu warga agar mereka paham dan mengerti pada gangguan jiwa dengan kategori aktivitas yang diharapkan seperti:

"Kalau itu saya setuju, mereka perlu diberi tahu atau apa ya...penyuluhan barangkali..biar mereka mengerti kalau anak saya itu sakit dan tidak perlu di bicarakan yang tidak-tidak" (P1)

"...Iya itu perlu sekali, biar mereka paham dan tidak takut lagi" (P2)

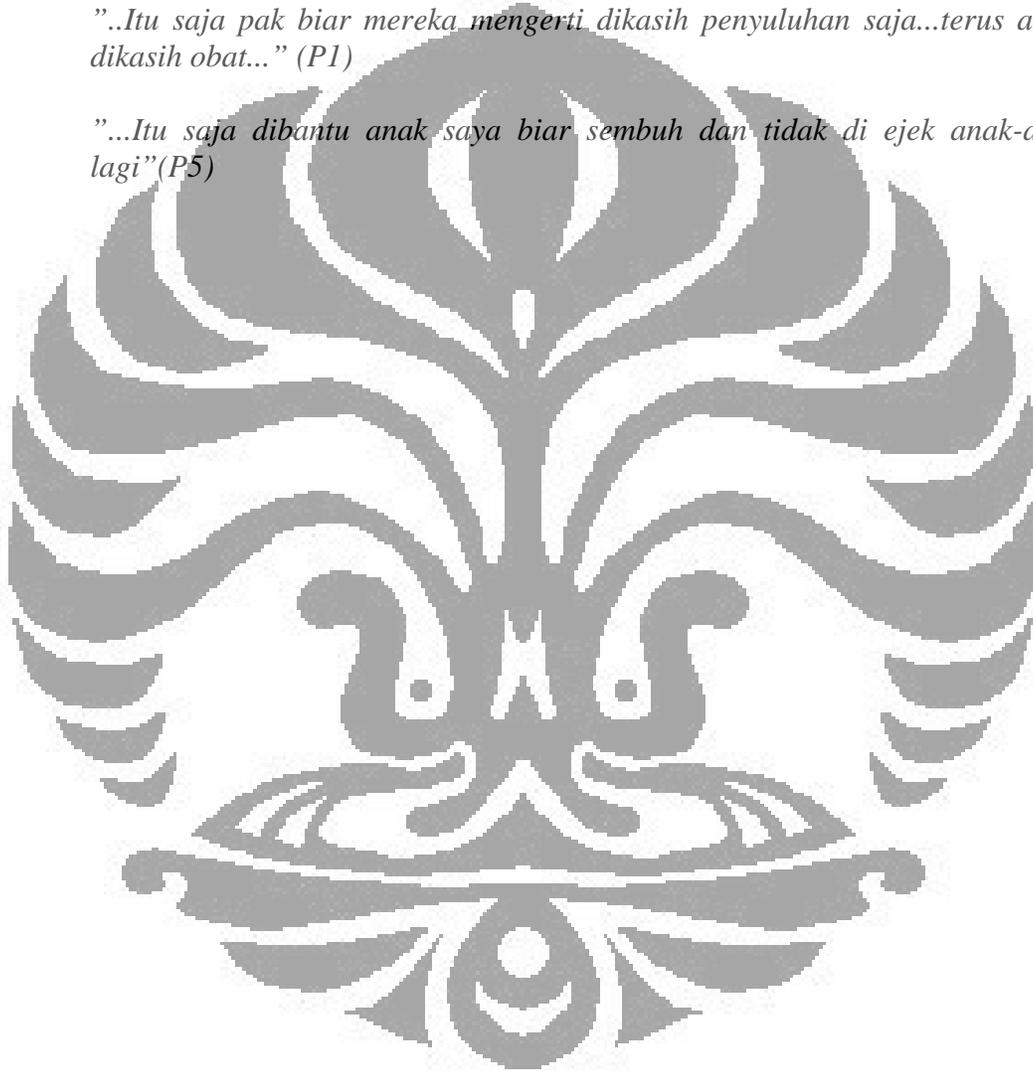
"..Ya itu barangkali perlu, pemberitahuan pada mereka dari segi kesehatan dan agama..." (P3)

Bentuk kegiatan yang diharapkan seperti penyuluhan dan pengajian dengan kategori bentuk kegiatan seperti:

"...penyuluhan itu kan memberi tahu tentang ilmu bisa ilmu kesehatan atau agama, kalau tempatnya di pengajian RT dan RW itu cocok soalnya kalau pengajian itu yang datang orangnya banyak biar semuanya tahu" (P3)

"..Itu saja pak biar mereka mengerti dikasih penyuluhan saja...terus anak saya dikasih obat..." (P1)

"...Itu saja dibantu anak saya biar sembuh dan tidak di ejek anak-anak lain lagi"(P5)



BAB V

PEMBAHASAN

Pada bagian ini, peneliti menjelaskan tentang interpretasi dari hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya, apakah terdapat kesamaan atau perbedaannya. Selanjutnya antara hasil penelitian dan studi pustaka dibahas dimana letak kesamaan dan perbedaannya sampai pada kesimpulan penulis. Keterbatasan penelitian ini akan digambarkan sebagai bentuk proses penelitian yang perlu diperbaiki untuk penelitian selanjutnya. Keterbatasan diidentifikasi dengan membandingkan antara proses penelitian yang telah dilalui dan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sementara implikasi penelitian diuraikan berfokus pada pelayanan, pendidikan, penelitian, dan kebijakan pemerintah terkait dengan penelitian ini.

A. INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

Penelitian ini mengidentifikasi 9 tema yang merupakan hasil dari penelitian. Beberapa diantaranya memiliki sub-tema dengan kategori-kategori makna tertentu. Tema-tema tersebut teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian. Pengalaman stigma keluarga dengan klien gangguan jiwa pada tujuan pertama; respon psikososial keluarga terhadap stigma mempunyai 3 tema. Ketiga tema tersebut adalah: 1) respon kehilangan; 2) mekanisme coping yang digunakan; dan 3) respon terhadap hubungan sosial.

Pada tujuan kedua tentang dampak stigma pada keluarga mempunyai dua tema, yaitu: 1) konsekuensi negatif; dan 2) konsekuensi positif. Pada tujuan ketiga tentang makna stigma bagi keluarga terdapat dua tema yaitu: 1) makna positif bagi keluarga selama menghadapi stigma masyarakat dan stigma diri sendiri; dan 2) makna negatif juga dimiliki oleh partisipan ketika menghadapi stigma.

Pada tujuan keempat mengenai harapan keluarga terhadap warga dan petugas kesehatan terhadap adanya stigma yang nyata, muncul juga dua tema, yaitu: 1) harapan kepada warga dan 2) harapan kepada petugas kesehatan. Selanjutnya peneliti akan membahas secara rinci masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian yang dicapai.

1. Respon psikososial keluarga terhadap stigma pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Tema 1: Respon kehilangan

Respon psikososial sebagai hasil penelitian pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa mencakup tiga respon, adalah proses kehilangan, mekanisme koping yang digunakan dan respon terhadap hubungan sosial. Respon pertama adalah proses kehilangan, dimana hasil penelitian menunjukkan tahapan-tahapan proses kehilangan. Tahapan respon dari kehilangan tersebut adalah: pertama, menyangkal disampaikan oleh enam informan; kedua marah teridentifikasi dari lima informan; ke tiga tawar-menawar terdapat satu informan, ke empat yaitu depresi yang disampaikan oleh enam informan dan ke lima yaitu menerima teridentifikasi dari 3 informan.

Munculnya ke lima tahapan proses kehilangan ini sesuai dengan tahapan menurut Kubler-Ross yang terdiri dari: menyangkal, marah, tawar-menawar, depresi dan menerima (Susan et al, 2005). Kelima tahapan ini berbeda menurut Bowlby's dengan empat tahapannya yaitu: shock, hasrat mencari solusi, keputusan dan reorganisasi. Tahapan Worden (2005) juga berbeda pada proses kehilangan, yaitu dengan empat tahapannya: menerima realitas kehilangan, merasakan sakit, menyesuaikan dengan kehilangan dan mengatur emosi untuk kelangsungan hidup (Susan, 2005). Perbedaan ini dikarenakan adanya perbedaan dalam memberikan istilah dan pengelompokan perjalanan proses kehilangan seperti penolakan dengan shock atau melihat realitas kehilangan. Dari akhir masing-masing tahapan mempunyai kondisi yang hampir sama seperti menerima, reorganisasi dan mengatur emosi untuk kelangsungan hidupnya, menunjukkan adanya harapan baru, semangat baru dalam situasi yang aman dan nyaman.

Berbeda dengan Corrigan dalam siklus stigmanya dimana respon yang ada adalah rasa malu, perasaan bersalah dan khawatir (Corrigan & Watson 2004). Perasaan malu, bersalah dan khawatir menurut Corrigan tersebut adalah dapat dikategorikan dalam proses kehilangan pada tahapan depresi menurut temuan penelitian yang sama dengan respon kehilangan Kubler-Ross. Perbedaan ini disebabkan karena tidak adanya tahapan lain yang ditampilkan oleh Corrigan. Terdapat beberapa alasan, yang pertama adalah pada fase akut atau kronis fase kehilangan pada individu itu diukur. Menjadi berbeda apabila pengukuran dilakukan pada fase akut dimana keluarga masih berada pada waktu yang pendek

untuk mengatasi fase kehilangan dibandingkan dengan keluarga yang mengalami sudah pada fase kronis. Yang ke dua adalah seperti pendapat Worden (2005) bahwa proses kehilangan itu bersifat sangat individual dan subjektif, yang berarti bisa berbeda individu satu dengan individu lain ketika menjalani proses kehilangan.

Pada hasil penelitian ini tidak semua informan mengalami ke lima tahapan respon kehilangan menurut Kubler Ross. Terdapat beberapa informan yang tidak mengalami tahapan tawar-menawar dan tahapan menerima. Hal ini disebabkan respon setiap informan berbeda karena karakter dan pengalaman menghadapi stigma dari informan yang berbeda. Disamping itu wawancara saat penelitian berlangsung ketika informan tidak mengalami stigma secara langsung/ bersifat mengingat pengalaman yang lalu.

Selain uraian di atas terdapat latar belakang keluarga yang menyebabkan respon kehilangan menjadi berbeda antara informan satu dengan yang lain. Perbedaan itu teridentifikasi dari latar belakang informan dengan pemahaman religius/ agama yang lebih baik atau kurang baik. Pada pemahaman religius yang lebih baik pada penelitian ini memperlihatkan respon kehilangan dengan kecenderungan menerima/ *acceptance*. Sedangkan pada informan dengan pemahaman religius dan ritualnya yang kurang baik cenderung lebih lama di respon kehilangan dengan fase marah atau depresi.

Tema 2: Mekanisme koping yang digunakan

Repon ke dua adalah mekanisme koping yang digunakan oleh keluarga, diantaranya adalah konfrontasi, defensif aktif dengan mengungkapkan kejangkelannya, dan defensif pasif dengan hanya diam atau memendam. Respon koping ini memperkuat temuan Goffman (1998) bahwa mekanisme koping keluarga dengan stressor stigma adalah menyangkal dan bertahan/ defensif. Perbedaannya adalah Goffman menyampaikan lebih lanjut beberapa koping konstruktif secara rinci diantaranya adalah keluarga mendatangi mentor, datang ke kelompok sejenis korban stigma, dan tukar pengalaman dengan orang lain. Sementara dalam penelitian ini mekanisme koping konstruktifnya adalah konfrontasi dengan mendatangi warga dan menjelaskan permasalahannya. Letak perbedaan dari hasil penelitian ini adalah koping konstruktifnya dengan menyampaikan ke pada warga secara langsung, hal ini dikarenakan adanya keberanian informan untuk menyampaikan ke pada warga yang memberi stigma. Sementara pada penelitian sebelumnya koping konstruktif untuk mengurangi stigma dilakukan dengan mendatangi kelompok pendukung yang sudah terbentuk sebelumnya atau mendatangi mentor yang sudah tersedia di pelayanan kesehatan jiwa..

Mekanisme koping digunakan untuk melakukan adaptasi individu terhadap stressor yang diterima (Sandeem, 1999). Terdapat dua macam mekanisme koping yaitu: koping adaptif dan mal adaptif. Koping adaptif diartikan sebagai koping yang mampu menghasilkan situasi atau kondisi sehat. Koping maladaptif diartikan sebaliknya bahwa koping yang tidak mampu menghasilkan situasi atau

kondisi sehat (Sandeen, 1999).

Pada penelitian saat ini muncul dua kategori koping adaptif dan maladaptif sesuai dengan teori yang ada. Koping adaptif dalam hal ini diwakili salah satu informan dengan konfrontatif dengan memberikan penjelasan, sementara koping maladaptif ditampilkan informan dengan adanya stressor berupa stigma mereka memilih memendam atau didiamkan saja. Hal ini akan menjadi berbahaya apabila beban semakin lama semakin menumpuk, yang menyebabkan informan tidak mampu lagi menyimpannya.

Koping adaptif dengan konfrontatif dilakukan salah satu informan yang mempunyai karakter berani menghadapi warga yang memberikan stigma. Hasil dari konfrontatif tersebut ternyata dapat mengurangi sikap warga pemberi stigma dengan tidak menghina lagi atau mengejek. Sementara dua informan dengan menggunakan koping defensif baik aktif maupun pasif lebih banyak dipengaruhi oleh sikap permisif yang ada di masyarakat. Informan tidak mau ribut atau tidak mau buat masalah sehingga lebih baik mendiamkan atau dipendam saja.

Tema 3: Respon terhadap hubungan sosial

Pada hasil penelitian ini terdapat respon hubungan sosial yang berubah diantaranya adalah curiga dan hubungan yang kaku. Selanjutnya perubahan lain adalah terdapatnya dukungan keluarga yang semakin kompak dan penuh perhatian.

Hubungan yang kaku dan curiga adalah bagian dari sikap marah dari proses kehilangan dan ini mendukung bentuk perilaku dari proses kehilangan menurut Kubler-Ross (2005). Pemanfaatan dukungan keluarga dengan semakin kompak dan penuh perhatian sejalan dan memperkuat hasil penelitian Yani (1993) tentang mekanisme koping keluarga pada retardasi mental yaitu keluarga memberikan dukungan terhadap pemenuhan kebutuhan dasar klien. Selain itu dukungan keluarga terhadap klien juga digambarkan dalam teori Worden (2005) pada proses berduka tahap ke empat dan Bowlby (2005) tentang proses berduka juga pada tahap ke empat yaitu: reorganisasi dan kemampuan mengatasi emosi untuk dapat berjalan hidup yang realistis (dalam Susan 2005). Reorganisasi yang dimaksud adalah menata kembali hubungan intrapersonal dan interpersonal setelah mengalami masa-masa sulit akibat stigma yang berujung pada kesadaran positif, kompak dan perhatian seperti pada hasil penelitian ini. Kemampuan untuk mengatasi emosi dan menuju hidup yang lebih realistis juga berujung pemanfaatan beberapa potensi keluarga.

Perubahan hubungan sosial dari hasil penelitian ini mempunyai kesamaan dan mendukung penelitian Yani tentang koping mekanisme yang berhubungan dengan aktivitas sosial klien pada keluarga dengan retardasi mental didalamnya. Kesamaan tersebut ada pada upaya defensif sebagai bentuk mekanisme koping keluarga. Kesamaan berikutnya adalah semakin kompak dan bentuk perhatian meningkat pada keluarga sebagai bentuk perilaku dukungan keluarga setelah pada tahap reorganisasi proses berduka.

2. Dampak stigma pada keluarga klien gangguan jiwa.

Tema 4: Konsekuensi negatif

Pada hasil penelitian ini dampak stigma mempunyai konsekuensi negatif. Diantara konsekuensi negatif tersebut adalah, beban keluarga yang berupa finansial, emosional dan sosial. Dampak lain dari yang bersifat negatif dari hasil penelitian ini adalah penyimpangan perilaku yang terdiri dari perilaku kekerasan dalam rumah tangga disampaikan dua informan dan pembatasan aktifitas pada satu informan. Hubungan keluarga juga terganggu karena ada konflik keluarga yang muncul akibat stigma pada diri sendiri disampaikan oleh empat informan. Terakhir dari hasil penelitian dengan konsekuensi negatif adalah aktivitas harian terganggu yang teridentifikasi pada empat informan.

Dampak stigma dengan konsekuensi negatif muncul dari hasil penelitian tersebut sejalan dengan yang diungkapkan oleh Carol yaitu berupa peningkatan finansial, kekerasan dalam rumah tangga, penurunan kesehatan fisik dan mental pada keluarga pengasuh, aktifitas rutin keluarga terganggu, kekhawatiran menghadapi masa depan, stress, dan merasa tidak dapat menanggulangi masalah (Carol, et al, 2004). Penurunan kesehatan fisik yang spesifik dari Carol tidak secara langsung ditemukan/ dinyatakan oleh informan pada hasil penelitian ini, hal ini disebabkan keluarga tidak menyadari secara langsung bahwa stigma adalah suatu masalah sebelumnya. Alasan berikutnya adalah keluarga kurang mampu mengaitkan kesehatan fisik keluarga dengan stigma yang dialami. Namun secara tidak langsung keluarga sudah menyampaikan dampak fisik yaitu merasa capek, lemas dan cepet lelah. Konsekuensi negatif juga selaras dengan yang

disampaikan Kareen (2003) yaitu; menurunnya motivasi, kesulitan menyelesaikan tugas, menarik diri dari orang lain, ketidakmampuan mengatur keuangan, defisit perawatan diri, makan dan kebiasaan tidur yang kesemuanya dapat menguras konsentrasi dari keluarga.

Hasil penelitian ini juga menguatkan temuan peneliti sebelumnya dari Lober (2004). Lober mengatakan bahwa dampak stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa adalah terganggunya peran sosial dan ketidak mampuan merencanakan keuangan. Berdasarkan temuan Corrigan dinyatakan bahwa stigma akan mempengaruhi menurunnya harga diri seseorang (Corrigan, 2002), hal ini sesuai dengan temuan pada penelitian ini yaitu beban emosional (rendah diri) dengan perasaan malu, minder dan harga diri jatuh.

Dampak dengan konsekuensi negatif dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh kondisi ekonomi dan tingkat pendidikan informan. Ke enam informan dalam penelitian ini tergolong menengah ke bawah. Masyarakat dengan ekonomi kelas menengah ke bawah sering mengalami kesulitan dalam melakukan penyesuaian ketika menghadapi masalah (Gunawan, 2002). Tingkat pendidikan pada ke enam informan juga ikut mempengaruhi bentuk dari konsekuensi negatif yang dilakukan. Tingkat pendidikan informan berkisar antara SD sampai SMA. Tingkat pendidikan berpengaruh bagaimana informan melihat dan berespon pada saat informan menghadapi stimulus atau stigma.

Dengan demikian berdasarkan hasil penelitian tentang dampak dengan konsekuensi negatif ini telah memperkuat teori dan temuan sebelumnya. Kesesuaian ini menyangkut tentang beban keluarga, beban penyimpangan perilaku, hubungan keluarga dan aktivitas harian yang terganggu.

Tema 5: Konsekuensi positif

Konsekuensi positif akibat stigma dari masyarakat maupun diri sendiri teridentifikasi dari penelitian ini. Diantara konsekuensi positif meliputi: persiapan finansial dan dukungan keluarga. Persiapan finansial keluarga dalam hal ini adalah berupa perilaku dengan etos kerja meningkat. Dua informan mengatakan etos kerja meningkat dengan mampu menerima klien lebih dari biasanya dan menjadi lebih semangat untuk bekerja. Dukungan keluarga teridentifikasi dari dua informan melalui koping keluarga yang konstruktif, satu informan dengan sikap peduli/ *care*, dua informan teridentifikasi hubungan sosial dan empat informan dengan adaptasi spiritual.

Konsekuensi positif yang muncul dalam hasil penelitian ini selaras dengan temuan Servaty (2004) bahwa keluarga memberikan tanggapan positif terhadap stigma. Servaty mendapatkan informan mengatakan bahwa gangguan jiwa sama dengan penyakit yang lain, lalu keluarga tersebut melakukan penyesuaian. Penyesuaian yang terjadi adalah persiapan keuangan, motivasi untuk menjadi sembuh meningkat dan perlindungan terhadap klien (Servaty, et al 2004). Penelitian ini juga mendukung temuan dari Yani (1993) tentang pola koping keluarga dengan retardasi mental yang juga terpapar adanya stigma, bahwa

keluarga akan melakukan upaya mencari dan menerima pertolongan, mencari dukungan aspek sosial, spiritual dan reframing atau menyederhanakan beban yang dipikul. Dengan kata lain penelitian ini memperkuat penelitian sebelumnya dengan area konsekuensi positif seperti ; persiapan finansial, dukungan keluarga, dukungan sosial dan spiritual.

Hasil penelitian berbeda dengan penelitian oleh Lebel yang menggambarkan konsekuensi positif secara kelompok seperti; pembentukan kelompok sesama korban stigma/ *self help group*, mengungkapkan perasaan kepada orang lain, tukar pengalaman stigma dan mendatangkan pakar pada kelompok korban yang mengalami stigma/ *peer group* (Lebel, 2008). Perbedaan ini dikarenakan kultur sosial dari tempat penelitian yang berbeda. Pada negara bagian seperti Milwaukee pemahaman tentang stigma dan tingkat pendidikan tinggi memungkinkan untuk melakukan tukar informasi pengalaman dan terbentuknya kelompok sejenis. Sementara di Indonesia tingkat pemahaman terhadap stigma dan pendidikan masyarakatnya masih banyak pada level rendah, disamping itu kultur untuk mengatakan tabu pada permasalahan keluarga ke orang lain juga mendukung situasi ini.

Dengan demikian hasil penelitian ini hanya menggambarkan konsekuensi positif yang bersifat internal keluarga di Kelurahan Bangetayu. Perbedaan ini disebabkan karena kultur dan budaya sosial yang tidak sama. Kultur di Indonesia mempunyai karakteristik positif untuk menghadapi stigma seperti keterikatan emosi dalam keluarga dan kekuatan aspek spiritual. Pertama, keterikatan emosi

dalam keluarga menyebabkan seluruh anggota keluarga merasa bertanggung jawab dan ikut merasakan sewaktu ada masalah dalam keluarga. Pepatah Jawa “mangan ora mangan pokoe kumpul” menunjukkan bahwa keterikatan emosi di wilayah Indonesia khususnya Jawa itu sangat kuat. Kondisi seperti ini akan memunculkan kebersamaan dalam menghadapi masalah keluarga termasuk stigma, seperti semakin kompak dan memberikan perhatian pada klien.

Kedua yaitu aspek spiritual di Negara Indonesia, kekuatan aspek ini didukung dengan struktur pemerintahan yang Berketuhanan yang Maha Esa. Meskipun aspek spiritual dengan keyakinan yang berbeda, namun keyakinan ini terbukti mampu memberikan kekuatan kepada keluarga untuk menghadapi masalah *internal* keluarga termasuk dampak stigma. Hal ini terlihat dari beberapa informan mengatakan bahwa stigma adalah bagian dari cobaan dari Alloh. Dengan kata lain setiap ada masalah dalam keluarga maka mereka akan merujuk pada aspek spiritual/ keyakinannya disamping upaya rasional untuk mengatasinya.

3. Makna stigma pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

Tema 6: makna positif

Makna positif dari stigma yang dialami keluarga dengan klien gangguan jiwa dalam hasil penelitian ini adalah mengenai koping keluarga menjadi tambah kompak dan rukun terlihat pada satu informan dan nilai spiritual dengan mengatakan ini rizqi dari Alloh dan ini adalah ujian dari Alloh, ada pada empat informan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sarfaty (2004) yang berisi tentang keluarga yang menganggap stigma sebagai suatu hal yang biasa dan tidak berbeda dengan penyakit lain. Sementara perbedaannya adalah pada hasil penelitian menggunakan pendekatan spiritual dan Sarfaty menggunakan rasional.

Hasil penelitian ini memperkuat temuan Yani dalam mekanisme koping keluarga dalam merawat anak dengan retardasi mental terdapat 10% keluarga mencari dukungan dalam aspek spiritual. Pendekatan spiritual juga bisa dikatakan upaya *reframing* atau menyederhanakan masalah dengan menyerahkan atau bertendensi pada kekuatan Tuhan (Yani, 1993).

Pada tema makna positif ini didapatkan realita dalam hasil temuan penelitian ini adalah stigma bagian dari ujian dari Allah dan atau rizki dari Allah. Hal ini terjadi karena kultur dan budaya Indonesia sangat kental dengan nuansa spiritual.

Tema 7: makna negatif

Makna negatif dari hasil penelitian ini digambarkan pada pengalaman yang tidak menyenangkan bagi satu informan, aktivitas harian yang terganggu pada dua informan dan konsep diri dengan rendah diri teridentifikasi pada satu informan.

Makna negatif pada domain pengalaman tidak menyenangkan meliputi: stigma itu menakutkan, membuat tidak nyaman dan selalu khawatir. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Corrigan bahwa stigma itu membuat klien kehilangan energi yang banyak untuk menghadapi prasangka dan membuat lebih cepat

marah (Corrigan,2002). Hal yang sama juga diungkapkan dalam hasil penelitian Wahl, bahwa stigma itu membuat perasaan takut, rasa kehilangan, marah, merasa tidak mampu dan kehilangan harapan (dalam Gullekson, 2002). Dari kedua penelitian terdahulu dapat dikatakan bahwa perasaan pengalaman hidup dengan stigma itu membuat ketidaknyamanan bagi klien yang mengalami stigma. Dari hasil penelitian ini bahwa perasaan tidak nyaman sebagaimana ditemukan dalam penelitian ini telah menguatkan beberapa penelitian sebelumnya.

Terganggunya aktivitas harian meliputi: perasaan mudah capek dan rasanya lemes telah digambarkan dalam teori sebelumnya dengan istilah cenderung lelah, lamban bekerja, dan suka membolos (Tantut, 2007). Penelitian ini juga mendukung temuan sebelumnya oleh Gullekson yang mengatakan bahwa stigma membuat peran yang diembannya menjadi terganggu dan terhambatnya tugas-tugas rumah tangga (Gullekson, 2002). Peran merupakan perilaku yang diharapkan oleh orang lain atas posisi saat ini, sehingga apa yang menjadi tanggung jawabnya menjadi terganggu setelah mengalami stigma.

Hasil penelitian ini juga membuat keluarga memberi makna bahwa stigma membuat harga dirinya jatuh atau rendah diri. Data ini juga memperkuat temuan sebelumnya oleh Wahl (1989) bahwa stigma membuat harga diri keluarga menurun dan membuat keluarga menjadi putus asa.

Berdasarkan temuan hasil penelitian ini telah mendukung temuan-temuan terdahulu dan teori yang telah ada. Meskipun tempat dan waktu berbeda hasilnya

hampir sama atau saling menguatkan. Hal ini disebabkan makna stigma mempunyai makna yang universal/ dirasakan hampir seluruh keluarga yang mengalami stigma yaitu pada makna negatif yang ditimbulkannya.

4. Harapan keluarga terhadap masyarakat dan petugas kesehatan terkait dengan stigma yang dialami.

Tema 8: Harapan kepada warga

Hasil penelitian ini menggambarkan harapan informan kepada warga dengan kategori sikap warga yang diharapkan terjadi pada 3 informan, dan perilaku warga yang diharapkan terjadi pada empat informan. Harapan informan terhadap sikap warga seperti: mereka mau mengerti keadaan informan, tidak saling memusuhi, tidak perlu membuat orang lain sedih dan bicara yang menyenangkan. Sementara harapan informan kepada perilaku warga diantaranya adalah: anaknya diajak bicara atau tidak didiamkan, diberi kesempatan bermain, membantu / menolong anaknya dan tidak mengejek.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya seperti pada penelitian Yang (2000) dimana penduduk Hongkong berharap kepada lembaga atau institusi terkait untuk mengurangi diskriminasi dan atau stigma yang serius mengganggu hubungan keluarga. Perbedaan ini menunjukkan adanya beda strategi dalam mengurangi stress akibat stigma masyarakat. Hasil penelitian ini menggambarkan keinginan informan langsung pada warga yang memberikan stigma. Sementara hasil penelitian Yang menginginkan pengurangan stigma warga melalui institusi yang ada. Kesamaannya adalah stigma warga diharapkan

sama-sama berkurang karena menimbulkan perasaan tidak nyaman. Hal ini menjadi menarik karena kultur yang ditampilkan sebaliknya dari kultur sebenarnya. Negara maju mempunyai kultur terbuka dan kesadaran yang tinggi, namun dalam hal ini lebih memilih tidak langsung menyampaikan kepada warga akan tetapi ke institusi yang ada. Hal ini dikarenakan institusi atau lembaga sudah cukup tersedia di lingkungan mereka dan sebaliknya dengan negara kita.

Tema 9: Harapan kepada petugas kesehatan

Informan berharap kepada petugas kesehatan dalam penelitian ini digambarkan seperti: aktivitas petugas yang diharapkan dan bentuk kegiatannya. Aktivitas petugas yang diharapkan adalah memberi tahu warga tentang stigma, membuat warga paham akan kesehatan jiwa anaknya, dan memberi tahu warga agar tidak berperasangka. Bentuk kegiatan yang diharapkan adalah pengajian, penyuluhan, memberi obat dan membantu anaknya supaya cepat sembuh.

Corrigan (2008), dalam artikelnya menyampaikan bahwa tenaga profesional diharapkan mampu mengurangi stigma, memberikan kesadaran pada warga tentang efek stigma pada klien dan masyarakat. Selanjutnya Corrigan juga menyampaikan dalam hasil penelitiannya bahwa tenaga profesional diharapkan mampu mengurangi rintangan untuk mendapatkan layanan kesehatan, melakukan diskusi serius untuk sanggahan terhadap stigma, pendidikan kesehatan dan mendapatkan perawatan anti stigma (Corrigan 2008)

Berdasarkan perbandingan hasil penelitian ini dengan temuan Corrigan (2008) terdapat kesamaan yaitu sama-sama mengharapkan tenaga kesehatan untuk

mengurangi adanya stigma, memberikan kesadaran terhadap warga dan mengadakan aktivitas pendidikan kesehatan. Perbedaan pada keduanya adalah yang disampaikan Corrigan lebih terinci terkait dengan upaya memberi kesadaran pada masyarakat. Hal ini dikaitkan pemahaman / dan kesadaran keluarga sendiri yang sudah baik, yaitu menganggap bahwa stigma itu adalah masalah yang harus segera diatasi. Sementara dari hasil penelitian ini harapan warga terhadap petugas kesehatan sangat sederhana. Kesederhanaan ini disebabkan kesadaran informan sendiri belum menganggap stigma sebagai masalah sepenuhnya yang harus diatasi. Hal ini dibuktikan dari beberapa informan yang mengatakan bahwa stigma adalah hal yang biasa, meskipun mereka juga mengatakan sakit, jengkel dengan stigma tersebut.

B. KETERBATASAN PENELITIAN

Penelitian ini masih memiliki banyak keterbatasan dan kekurangan, diantaranya adalah informan tidak semuanya pengambil keputusan. Hal ini dikarenakan terdapat informan pengambil keputusan di rumah merasa kurang mampu atau nyaman dalam memberikan tanggapan kepada peneliti. Pengaruh terhadap hasil penelitian akibat informan bukan pengambil keputusan adalah keterwakilan pengalaman keluarga dalam menghadapi stigma. Selain itu kurangnya variasi lama merawat klien gangguan jiwa merupakan bagian dari kekurangan peneliti, dimana terdapat informan mengalami stigma hanya berkisar dua tahun sampai 7 tahun. Variasi lama dalam mengalami stigma ini juga akan mempengaruhi beragamnya respon, dampak

dan harapan informan. Sehingga kondisi seperti ini akan berpengaruh dalam tampilan respon stigma dalam penelitian ini.

Keterbatasan lain adalah kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam dan catatan lapangan yang belum maksimal. Pengalaman penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Terdapat data yang sebenarnya dapat digali lebih mendalam namun peneliti merasa sudah cukup karena tujuan sudah terwakili. Untuk itu peneliti merasa perlu untuk melatih diri dalam melakukan penelitian kualitatif terutama dalam memperlancar wawancara mendalam. Melatih diri dan menambah pengalaman menjadi sangat penting untuk mampu menggali pengalaman mendalam informan. Selain itu peneliti juga merasa perlu dalam menggunakan metodologi lain dalam penelitian kualitatif seperti diskusi kelompok. Diskusi kelompok akan memungkinkan terbukanya atau keluarnya pengalaman-pengalaman individu setelah difasilitasi atau dipicu oleh anggota kelompok yang lain. Saling melengkapi dan menguatkan pengalaman individu dalam kelompok tidak bisa didapat dari metode wawancara mendalam.

Pemilihan karakteristik informan juga menjadi keterbatasan penelitian ini. Terdapat informan yang kurang mampu mengembangkan jawaban atas pertanyaan peneliti. Jawaban informan seringkali berupa jawaban singkat dan kurang berkembang. Kondisi ini disebabkan karena stigma selama ini tidak pernah dirasakan sebagai masalah secara langsung dalam keluarganya. Informan masih banyak yang menganggap stigma adalah hal yang biasa dan wajar, tidak sebagai masalah yang serius bahkan terdapat beberapa calon informan yang menolak peneliti karena

merasa stigma bukan merupakan masalah dan perlu diatasi segera dalam pengalaman hidupnya.

Peneliti juga mengalami keterbatasan dalam menemukan referensi artikel penelitian kualitatif terkait pengalaman stigma keluarga dengan klien gangguan jiwa. Artikel tentang stigma banyak ditemukan dengan metode lain yaitu kuantitatif. Selain itu beberapa artikel yang dirasa perlu dipakai dalam penelitian ini tidak bisa diakses dengan mudah atau sebagian artikel penelitian tentang stigma dengan metode kualitatif ditampilkan hanya dalam bentuk abstrak. Sumber teori atau artikel lain tentang stigma banyak di beberapa media elektronik namun isi dan bahasannya tidak jelas menggunakan sumbernya. Hal ini juga menunjukkan bagian dari pengalaman pemula bagi peneliti untuk mencari sumber-sumber berkualitas.

Pengaturan waktu pada penelitian ini juga bagian dari keterbatasan. Peneliti kurang mampu memanfaatkan waktu yang telah disediakan dengan baik, meskipun masih dalam rentang waktu yang ada. Penyusunan proposal, uji coba instrumen, analisa dan pembahasan perlu mendapat waktu yang cukup dari masing-masing tahapannya. Pengaturan waktu yang kurang baik akan berpengaruh pada hasil penelitian, seperti internalisasi setiap tahapan penelitian dan kesempatan mendapat masukan dari penelaah eksternal menjadi berkurang.

C. IMPLIKASI

1. Bagi Pelayanan kesehatan Jiwa

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek pelayanan keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran tentang respon keluarga terhadap stigma, dampak stigma pada keluarga, bagaimana keluarga memberikan makna terhadap stigma, juga bagaimana keluarga berharap kepada petugas kesehatan/perawat terhadap kesulitan yang dialami akibat stigma. Oleh karena itu hasil penelitian ini sangat bermanfaat bagi keluarga dalam menghadapi stigma, yaitu: memberikan kesadaran pada keluarga tentang dampak negatif dari stigma untuk dapat diantisipasi dan memberi kesadaran pada keluarga bahwa terdapat beberapa potensi dalam keluarga yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalahnya sendiri akibat stigma.

Bagi pelayanan kesehatan, hasil penelitian ini untuk menentukan pola pengkajian keperawatan kesehatan jiwa masyarakat terkait dengan stigma, menentukan masalah keperawatan dan menetapkan rencana intervensinya. Pola pengkajian yang tepat melihat hasil penelitian ini adalah; diawali dengan identifikasi klien gangguan jiwa, melakukan wawancara tentang pengalaman stigma pada saat keluarga berkunjung ke puskesmas dan atau melakukan kunjungan rumah untuk menggali pengalaman stigma yang ada.

Pelayanan kesehatan jiwa di Rumah Sakit juga perlu menggunakan hasil penelitian ini. Beberapa keluarga melakukan kunjungan ke Rumah Sakit tidak sedikit yang mengalami stigma masyarakat atau stigma pada diri sendiri. Kondisi

ini dimungkinkan akan mengganggu kemampuan keluarga terlibat dalam perawatan klien. Keluarga adalah bagian dari kontinuitas upaya penyembuhan klien gangguan jiwa. Sebagai kelanjutan upaya penyembuhan, keluarga harus dibuat mampu untuk berperan sebagai *caregiver* yang berkualitas dengan pemahaman gangguan jiwa yang benar dan mampu meminimalkan dampak stigma merupakan bagian dari memaksimalkan potensi keluarga.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Hasil penelitian ini dapat memberikan dasar positif yang telah memperkuat teori dan hasil penelitian sebelumnya. Sehingga temuan penelitian ini akan memberikan dasar yang lebih komprehensif terhadap penelitian-penelitian setelahnya. Penelitian sejenis lebih banyak dilakukan di negara-negara lain dan belum banyak atau belum pernah dikembangkan di Indonesia. Beberapa literatur tentang stigma keluarga dengan klien gangguan jiwa di Indonesia masih bersifat asumsi atau opini dan belum dilakukan penelitian serius. Berkembangnya Penelitian tentang stigma keluarga akan memperkaya khasanah dan wacana yang berguna untuk dunia keperawatan Indonesia yang mempunyai kultur khas budaya timur.

Berdasarkan hasil temuan ini dapat dijadikan model keperawatan jiwa masyarakat dalam melaksanakan proses keperawatan jiwa. Proses keperawatan jiwa seperti pelaksanaan pengkajian sampai dengan evaluasi akan terbantu dengan wacana dan literatur pendukungnya terlebih dulu seperti hasil penelitian ini.

a. Pendidikan

Temuan tentang respon, dampak, harapan keluarga dan makna positif ataupun negatif terhadap stigma sangat berguna dalam mengembangkan kurikulum dalam pembelajaran keperawatan jiwa terkait dengan penanganan stigma. Respon koping positif dapat dikembangkan, dirumuskan dan dibuat model untuk menjadi wacana penyelesaian masalah akibat stigma di pelayanan jiwa masyarakat dalam tataran akademik. Sebaliknya respon koping negatif juga dapat dirumuskan dan dijadikan model praktek keperawatan jiwa masyarakat sebagai intervensi antisipasi kemungkinan dampaknya. Harapan keluarga dapat dijadikan acuan pemenuhan kebutuhan melalui kegiatan nyata bagi mahasiswa saat praktek jiwa komunitas yang sesuai dengan kebutuhan keluarga dengan klien gangguan jiwa yang terpapar stigma.

b. Penelitian

Implikasi berikutnya adalah hasil penemuan peneliti ini dapat memperkaya wacana tentang stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa berdasarkan kaidah ilmiah/ melalui penelitian. Pemanfaatan waktu yang ada dalam rentang masa penelitian akan mempengaruhi kualitas hasil penelitian, sehingga ke depan hendaknya penelitian dilaksanakan sesuai waktu yang dibutuhkan. Selanjutnya hasil penelitian ini dapat dikembangkan dan dijadikan dasar sebagai penelitian berikutnya. Semakin banyak penelitian keperawatan terkait stigma akan membantu perkembangan ilmu keperawatan di Indonesia.

3. Kebijakan pelayanan kesehatan Jiwa

Hasil penelitian ini dapat memberikan masukan nyata pada departemen bahwa stigma yang ada di tengah-tengah masyarakat terkait stigma klien gangguan jiwa itu memang ada dan sangat meresahkan. Keluarga menjadi tidak produktif, kemampuan merawat anggota keluarga sebagai kelanjutan proses penyembuhan menurun, dan ketidakberdayaan keluarga akibat stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri. Kondisi seperti ini sangat tidak mendukung terhadap upaya instansi kesehatan yang merupakan kepanjangan tangan dari pemerintah untuk mewujudkan Indonesia sehat 2010.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar dalam membuat kebijakan Departemen Kesehatan terkait dengan kesehatan jiwa masyarakat. Kebijakan operasional yang mengacu pada data dasar / *data base* seperti hasil penelitian ini akan sangat efektif dan mengena. Kebijakan departemen terkait itu dapat berupa bagaimana mengkaji, merumuskan masalah yang ada dan membuat langkah-langkah solusinya. Selain itu bagaimana memanfaatkan sistem pendukung yang ada untuk menyelesaikan masalah stigma yang terbukti meresahkan keluarga dengan klien gangguan jiwa.

Teridentifikasinya harapan keluarga dengan klien gangguan jiwa terhadap stigma di masyarakat akan membantu pemerintah khususnya Departemen Kesehatan dalam mengevaluasi kebijakan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat terutama tentang penanganan stigma di masyarakat.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam tentang pengalaman stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan bahwa dampak stigma sangat mempengaruhi kemampuan dan kualitas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

A. SIMPULAN

1. Respon psikososial keluarga terhadap stigma teridentifikasi beberapa indikasi diantaranya adalah respon kehilangan, mekanisme koping yang digunakan dan respon terhadap hubungan sosial. Respon kehilangan ditemukan sesuai dengan tahapannya yaitu: menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima yang telah memperkuat teori sebelumnya. Keluarga menggunakan mekanisme koping dalam menghadapi stigma dengan konfrontasi konstruktif dan defensif. Respon selanjutnya adalah perubahan hubungan sosial dengan hubungan yang kaku, penuh kecurigaan dan hubungan yang kompak dan penuh perhatian untuk menghadapi stigma pada klien gangguan jiwa. Stigma menimbulkan respon psikososial yang berbeda beda dari masing-masing individu, karena respon terhadap stigma mempunyai sifat individual atau subjektif sesuai karakter yang unik dari manusia.

2. Stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri memberikan dampak pada keluarga dengan konsekuensi positif dan negatif. Konsekuensi positif diantaranya adalah keluarga melakukan persiapan finansial yang cukup untuk biaya perawatan. Dukungan keluarga menjadi lebih baik dengan koping keluarga yang positif untuk menjadi lebih kompak, bekerja sama untuk merawat klien dan sikap peduli/*caring*. Konsekuensi negatif terdapat beberapa informasi dengan beban keluarga bertambah, penyimpangan perilaku, hubungan keluarga terganggu dan aktivitas harian juga terganggu. Perbedaan dalam penampilan ekspresi dampak stigma dipengaruhi oleh kultur yang berbeda yaitu budaya timur dengan kekuatan keterikatan emosi antar anggota keluarga dan keyakinan/ spiritual. Disamping itu kondisi ekonomi menengah ke bawah juga mempengaruhi bagaimana dampak stigma terjadi pada keluarga.

3. Terdapat makna stigma yang dapat diambil oleh keluarga diantaranya adalah makna yang bersifat positif dan negatif. Makna positif berupa terbentuknya koping keluarga yang konstruktif dengan keluarga semakin kompak dan rukun. Selanjutnya makna negatif berupa pengalaman yang tidak menyenangkan, aktivitas harian terganggu dan keluarga menjadi rendah diri. Terdapat beberapa kesamaan hasil penelitian dengan penelitian sebelumnya, hal ini dikarenakan terdapat sebagian makna yang bersifat *universal*/ dirasakan oleh seluruh keluarga yang mengalami stigma.

4. Dampak yang ditimbulkan oleh stigma masyarakat dan stigma pada diri sendiri membuat keluarga berharap pada warga dan petugas kesehatan. Harapan kepada

warga berupa: sikap warga yang mau mengerti, tidak mengejek dan tidak membikin sedih orang lain. Harapan terhadap perilaku warga adalah memberi kesempatan anaknya untuk bermain, tidak didiamkan dan mau membantu kesulitan klien.

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan antara lain: aktivitas yang diharapkan seperti; upaya untuk membuat masyarakat mau mengerti dan melakukan penyuluhan di pengajian selanjutnya pemberian obat-obatan agar anaknya cepat sembuh. Harapan informan ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya dimana harapan informan sebagian besar menginginkan berkurangnya dampak stigma/ diskriminasi meskipun dengan cara yang berbeda. Sementara perbedaan hasil penelitian dengan penelitian sebelumnya disebabkan perbedaan sosial, ekonomi dan budaya yang ada.

B. SARAN

1. Bagi Pelayan Kesehatan Jiwa

- a. Pihak pelayanan kesehatan di puskesmas hendaknya membuat rancangan dalam bentuk jadwal penanganan stigma masyarakat dengan memperhatikan respon, dampak, harapan keluarga dan support sistem yang dapat dimanfaatkan terhadap keluarga. Rancangan penanganan stigma seperti upaya meminimalkan dampak stigma dengan cara melakukan deteksi adanya stigma ketika klien berkunjung ke puskesmas atau melakukan kunjungan rumah setelah teridentifikasi adanya klien gangguan jiwa.

- b. Pihak Rumah Sakit hendaknya dapat memanfaatkan keluarga saat berkunjung untuk melakukan pengkajian dan program antisipasi terhadap masalah yang muncul akibat stigma, agar keluarga menjadi bagian dari upaya penyembuhan klien ketika pulang. Kegiatan tersebut berupa pertemuan mingguan atau bulanan yang dilakukan di ruangan antara keluarga klien dan perawat ruangan.

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

a. Pendidikan

Pendidikan diharapkan mampu mengembangkan kurikulum terkait dengan keperawatan jiwa komunitas untuk dapat mengikutsertakan stigma pada gangguan jiwa dari hasil penelitian ini sebagai bahasan dalam pembelajaran, baik dalam kelas maupun praktek di masyarakat secara langsung. Dalam melaksanakan praktek keperawatan jiwa komunitas bagi mahasiswa hendaknya melakukan kerjasama dengan petugas kesehatan terkait, unsur pemerintahan dan tokoh agama maupun tokoh masyarakat yang tersedia.

b. Penelitian

Bagi peneliti disarankan dapat melanjutkan dan menggali lebih dalam tentang stigma dengan management penelitian yang lebih baik seperti, bagaimana pengalaman stigma anggota keluarga yang lain, bagaimana alasan masyarakat memberikan stigma pada keluarga dengan gangguan jiwa.

3. Bagi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Jiwa.

- a. Pemerintah melalui instansi kesehatan hendaknya dapat menetapkan kebijakan untuk mengatasi dan mengurangi dampak stigma. Kebijakan tersebut meliputi upaya sosialisasi seperti; pembuatan brosur, modul bagi petugas kesehatan dan jadwal penyuluhan tentang kesehatan jiwa. Diperlukan juga penyediaan akses layanan kesehatan jiwa di tengah-tengah masyarakat/ puskesmas seperti; layanan konsultasi, advokasi dan pendampingan bagi keluarga dengan penderita gangguan jiwa.
- b. Pemerintah hendaknya memberikan upaya nyata dalam penanganan stigma dari hulu sampai hilir. Upaya tersebut seperti penyediaan anggaran untuk penelitian lebih lanjut, melakukan diskusi – diskusi ilmiah terkait dengan stigma, dan pembentukan jaringan kerja dengan melibatkan unsur pemerintahan terendah, seperti rukun tetangga (RT) dan Rukun Warga (RW) untuk penanganan dan meminimalkan dampak stigma.

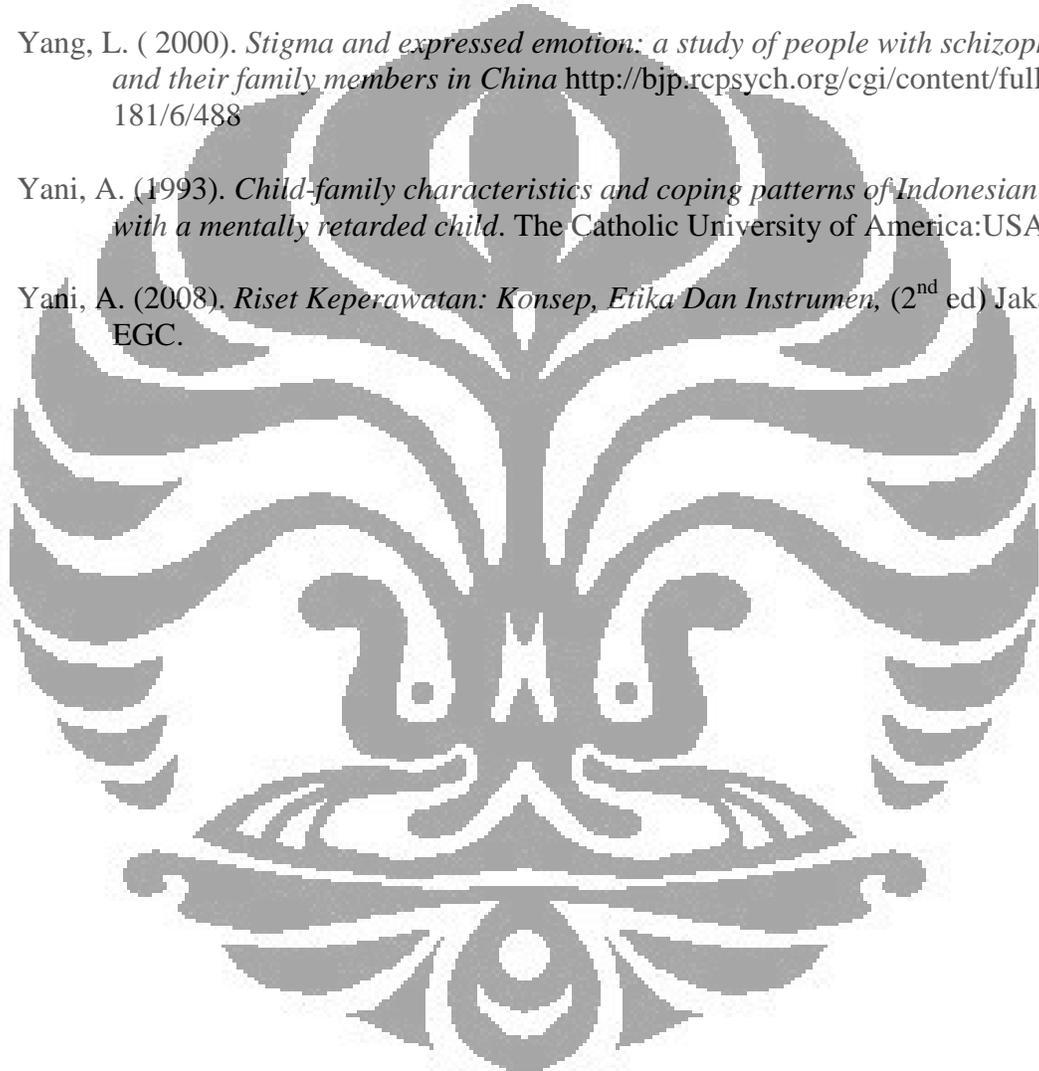
DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, (2006). Interviewer Skills.<http://www.appstate.edu/-pricejl/TEACHING/method/qualitative.pdf>, diperoleh tanggal 8 Januari 2008.
- _____, (2006). Types of qualitative interviews.<http://www.appstate.edu/-pricejl/TEACHING/method/qualitative.pdf>, diperoleh tanggal 8 Januari 2008.
- _____,(2006). Understanding the ethics of nursing research. <http://connection.lww.com/products/loiselle/documents/04-loiselle.pdf>, diperoleh tanggal 8 Januari 2008.
- Arikunto, S.(2005). *Managemen Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Boyd, M.A., Nihart, M.A., (1998). *Psychiatric Nursing:Contemporary Practice*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publisher.
- Burns, N., & Grove, K.T. (1999). *Understanding nursing research*. (2nd ed), Philadelphia: WB Saunders Company.
- Corrigan, (2004). *Stigmatitation*. <http://www.experimentcentral.org>, diperoleh tanggal 13 Pebruari 2008).
- Corrigan & Watson (2002). *Family and cycle stigma*. <http://www.pubmedcentral.nih>. diperoleh 19-2-2008.
- Creswell, 1998; Documentation, (2006), <http://www.appstate.edu/-pricejl/TEACHING/method/qualitative.pdf>, diperoleh tanggal 8 April 2007).
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five tradition*. United States of America (USA): Sage Publication Inc.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2006). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2006*.
- Effendy, N (1998). *Dasar-Dasar keperawatan Kesehatan masyarakat*. Jakarta. EGC.
- Ernaldi. (2007). *Hilangkan Stigma, RSJ Pakem Ganti Nama*. <http://www.kompas.com/kompas-cetak/0312/18/jateng/754214.htm>. diperoleh tanggal 12 pebruari 2008
- Fortinas, K.M., Holoday,P.A. 2000. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia. Mosby
- Friedman, M. M., 2003. *Family nursing: Research, teori & practice*. (5nd ed). Connecticut: Appleton & Lange.

- Goffman. (1999). *Stigma of mental illness: Changing minds, changing behaviour* *British Journal Of Psychiatry*, 174, 1-2. <http://psy.dmu.ac.uk/brown/dmulib/byrne.htm>. diperoleh tanggal 12 Pebruari 2008.
- Gunawan. (2002). Stigma Gangguan Jiwa. <http://www.tempo.co.id/medika/arsip/032002/sek-2.htm> diperoleh 3 pebruari 2008.
- Hidayat, T (2005). *Masyarakat Dilarang Sakit Jiwa*. <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/2005/1205/18/0901.htm>, diperoleh tanggal 22 Januari 2008.
- Irmansyah, (2006). *Hak Azasi Manusia dan dalam kesehatan*. <http://www.warmasif.co.id/kesehatanonline> diperoleh pada tanggal 22 Januari 2008).
- Karen, F.L. 2003. *Mental health Nursing*. (5th ed).New Jersey. Pearson Education.Inc.
- Kneisl, C.R., Wilson, H.S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric-Mental Health nursing*. New Jersey. Pearson Education, Inc.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder,S.J. 2004. *Fundamental of Nursing : Concepts, Process, and practice*, (7th 2004). New Jersey. Pearson Education, Inc.
- Lebel (2008). *Perceptions of and Responses to Stigma*. <http://www.blackwell-synergy.com/Sociology Compass>.
- Lee, S., Chiu, M. Y. L., Tsang, A., et al. (2007). *Stigmatizing experience and structural discrimination associated with the treatment of schizophrenia in Hong Kong*. *Social Science and Medicine*, in press,<http://isp.sagepub.com/cgi/content/abstract/52/5/413>. diperoleh tanggal 13 pebruari 2008.
- Leuber (2004), *Factors Influencing Social Distance Toward People with Mental Illness* Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland
- Maramis. (2007).Hari Kesehatan Sedunia <http://www.tempointeraktif.com/hg/kesehatan/2005/10/10/brk,20051010-67795.id.html>. diperoleh tanggal 13 pebruari 2008.
- Maramis. (2007). Memulihkan Depresi, Mencegah Bunuh Diri. http://www.keluargasehat.com/pola-lainisi.php?news_id=973. diperoleh tanggal 13 pebruari 2008
- Mohr. W.K. (2006). *Psychiatric Mental health Nursing*. (6th ed).Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Moleong, (2004); Documentation, 2006, [http://www.appstate.edu/~pricejl/TEACHING/method/qualitative .pdf](http://www.appstate.edu/~pricejl/TEACHING/method/qualitative.pdf), diperoleh tanggal 8 April 2007.
- Moloeng, L.J., (2004). *Metodologi penelitian kualitatif*, Bandung : PT. Remaja Putra Karya.

- Nurachmah, E., (2006). *Jenis-jenis riset kualitatif*. Jakarta: Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan.
- Poerwandari, E.K., (2005). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. (ed-3), Jakarta: Perfecta LPSP3. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Poerwanto, W.J.S. (2006). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*.(3th ed), Jakarta, Balai Pustaka, Departemen Pendidikan nasional.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. St. Louis : Mosby Year Book Inc.
- Potter, P.A & Perry, A.G, (1997). *Fundamental of Nursing : Concepts, Process, and practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P.A & Perry, A.G, (2001). *Fundamental of Nursing*, (6th ed), United States Of America, Elsevier Mosby.
- Sartorius. (2004). *Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness*. <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/184/2/176>. diperoleh 12 Pebruari 2008.
- Shelkey, M. & Wallace, M., (1998). *Katz Index of Independen In Activities of Daily Living (ADLs)*, (online). Vol. 1, No. 2, Oktober 1998, diperoleh tanggal 10 Januari 2007.
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental health Nursing*. (6th ed).Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Soewadi. (1997). *Simptomatologi dalam Psikiatri*. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R., (1999). *Qualitative research in nursing advancing humanistic imperative*. (2nd ed), Philadelphia: Lippincott.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T. (2001). *Principles and practice of Psychiatric Nursing*. (7th ed). Philadelphia. Mosby.
- Susan at al, (2005). *Fundamental of Nursing*. St.Louis, Missouri, elsavier Mosby.
- Tantut. (2008). *Stres, Depresi Dan Gangguan Kesehatan*. <http://search.learning.unej.ac.id/course/s/jiwa&hl=id&ct=clnk&cd=5&gl=id>
- Wahl. (1999). *Stigma and Unemployment*. Canadian Human Rights Commission 2003.

- Wilhelm, T. (2006). *Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing A Clinical Approach*, (5th ed) Philadelphia. Saunders Elsevier Inc.
- Wirawan, (2006). Masalah Keluarga Penyebab Terbesar. <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/2006/112006/06/11lapsus05.htm>, diperoleh tanggal 13 pebruari 2008.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., et al (1996) *Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people*. British Journal of Psychiatry. 168. 191-198. diperoleh tanggal 13 pebruari 2008.
- Yang, L. (2000). *Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China* <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/181/6/488>
- Yani, A. (1993). *Child-family characteristics and coping patterns of Indonesian families with a mentally retarded child*. The Catholic University of America: USA
- Yani, A. (2008). *Riset Keperawatan: Konsep, Etika Dan Instrumen*, (2nd ed) Jakarta. EGC.



Rekaptulasi data Demografi

Partisipan

lampiran I

Kode	Umr	Agama	Jenis Klm	Suku	Status Pddk	pekerjaan	Peng-perbulan	Lama Mrwt	Hubungan dengan Pasien	Di rawat di RS	Perilaku yang ditunjukkan	Orang lain yang tinggal serumah
P1	52	Islam	L	Jawa	SMP	Bangunan	700.000	3 th	Ayah	1 x	Diam di kamar+keluyuran	Ibunya+kakak+adiknya
P2	52	Islam	P	Jawa	SMP	IRT	600.000	2 th	Ibu	1 x	Bingung+keluyuran	Bapak+Adiknya
P3	65	Islam	L	Jawa	SD	Tukang Pijat	500.000	4 th	Ayah	1 x	Diam + keluyuran	Ibu+2 kaka+ menantu
P4	48	Islam	P	Jawa	SMA	Berdagan g	Tidak tentu	5 th	Anak kandung	2 x	Ngomel-ngomel	Suami
P5	42	islam	L	jawa	SMA	Supir	600.000	6 th	Ayah	3 x	ngamuk	Ibunya+kakak+adiknya
P6	53	Islam	P	Jawa	SMP	IRT	700.000	5 th	Ibu	3 x	Suka ngambek+keluyuran	Bapak + kakaknya

KISI-KISI TEMA

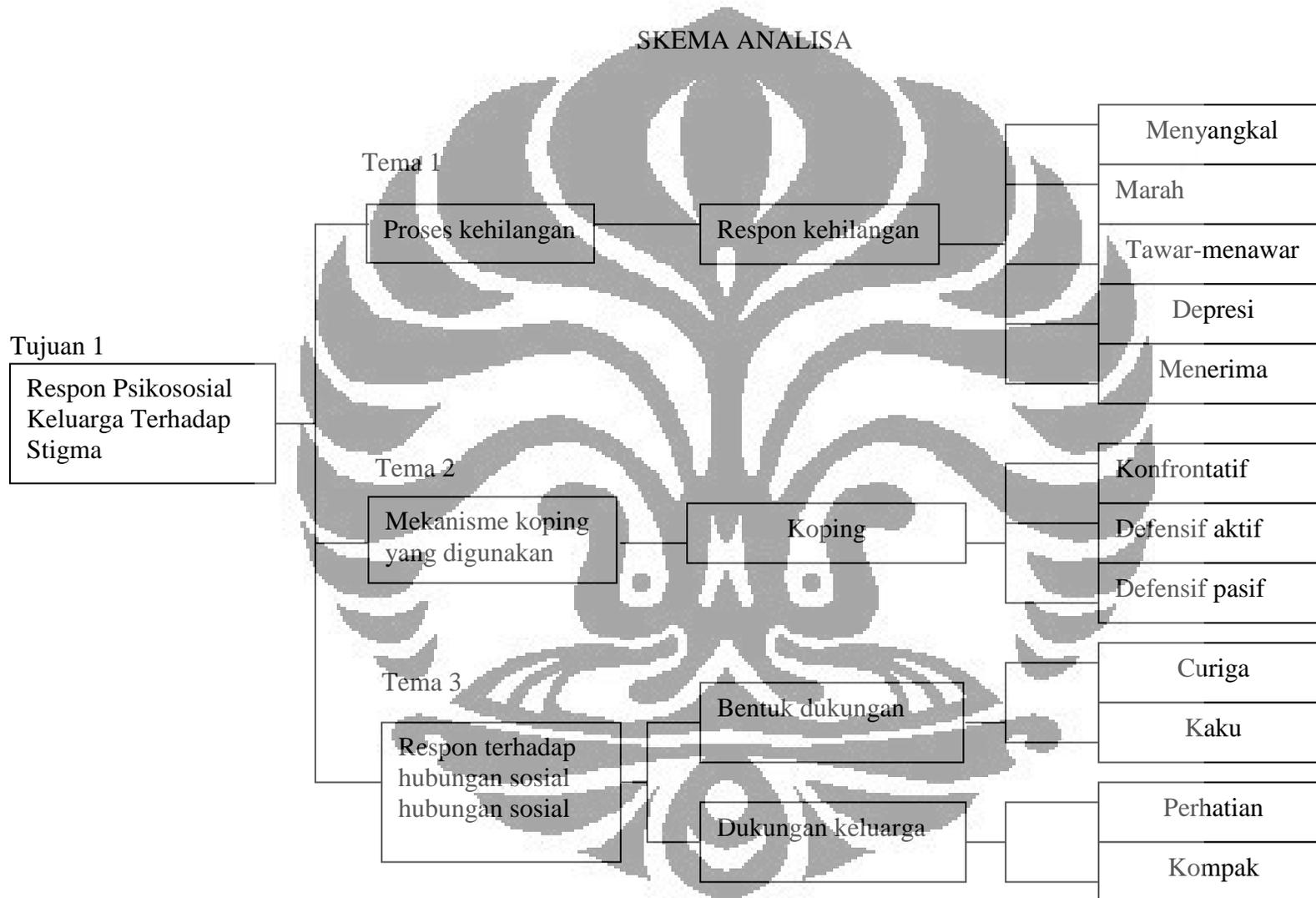
NO.	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6
1	Respon psikososial keluarga terhadap stigma	proses kehilangan	respon kehilangan	menyangkal	saya tidak terima		v	v			
					merasa jengkel	v	v	v			v
					saya menjadi bingung		v	v			v
					saya emosi	v					
					saya tidak suka				v	v	
					saya geregetan	v				v	v
					kadang juga jengkel sendiri				v	v	
				marah	cepat marah kalau salah paham	v				v	v
					x tidak boleh keluar rumah	v					
					x saya suruh masuk saja				v		
					saya bentak biar dia nurut	v					
					mengancam dimasukin kamar mandi/dipukul	v					
					mau saya datangi orang itu	v		v			
				tawar-menawar	menyesal jika selesai marah	v					
					saya jadi berfikir sendiri apa salah saya	v					
				depresi	sulit konsentrasi	v					
					les-lesan/tidak berdaya		v				
					stres mudah capek	v					
					sulit tidur	v					
					makan tidak selera					v	
					merasa sedih		v	v		v	v
					lemes/tidak punya motivasi	v		v	v		
					nelongso/merasa tidak beruntung	v			v	v	v
					saya menjadi khawatir	v		v			
					perasaan tidak karuan	v					
					malu/rendah diri	v	v				
				menerima	saya pasrah		v				v
					ini cobaan buat saya		v	v			
					sabar saja			v			
					memaafkan			v			
		mekanisme coping yang digunakan	koping	Konfrontasi konstruktif	saya bilangin ke mereka			v	v		
				defensif aktif	saya atasi secara jantan kalau saya dengar sendiri	v					
				defensif pasif	saya jengkel/benci		v			v	
					didiamin saja	v		v			v
					ya dipendam saja	v			v	v	
	respon terhadap hubungan sosial	hubungan	bentuk hubungan	curiga	saya sempat curiga dengan orang lain				v	v	

KISI-KISI TEMA

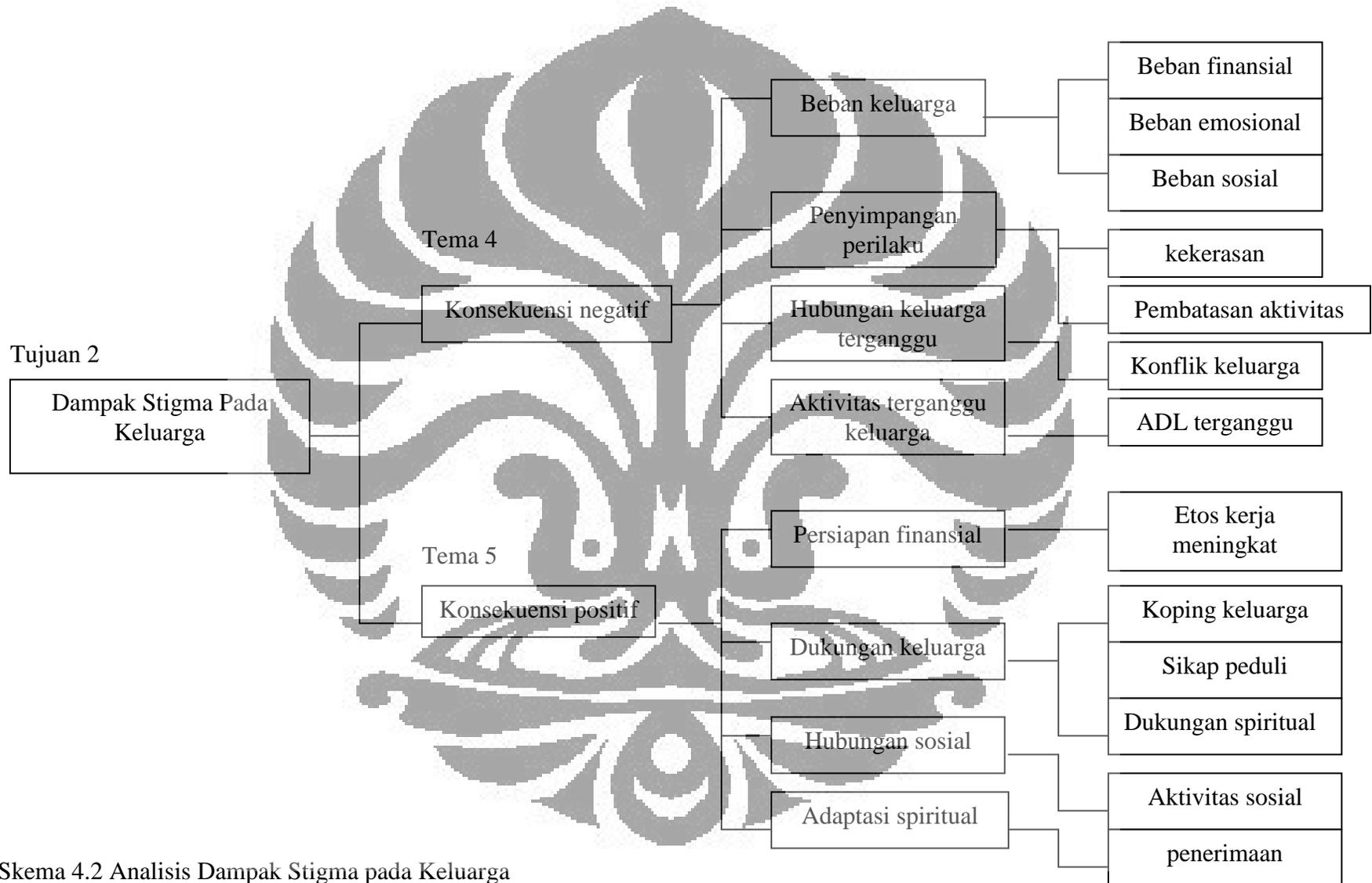
NO.	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6
			dukungan keluarga	kaku perhatian kompak	kayak kaku kalau saya dengan dia mereka semakin memperhatikan adeknya keluarga bergantian menjaga			v	v		
2	Dampak Stigma pada keluarga	konsekuensi negatif	beban keluarga	beban finansial	sudah banyak/jutaan menjual kebun butuh uang tidak sedikit ditanggung bersama saudara	v	v	v	v		v
				beban emosional (rendah diri)	minder harga diri jatuh menjadi pemalu	v	v				
				beban sosial	tidak berangkat kerja saya sudah tidak bekerja lagi	v	v		v	v	
			penyimpangan perilaku	kekerasan	saya bentak dia kadang saya ancam untuk saya masukin ke kamar tidak bisa sabar kalau lagi capek	v	v		v		
				batasan aktifitas	saya larang dia ke luar rumah		v				
			hubungan keluarga terganggu	konflik keluarga	suka uring-uringan/marah sering salah paham/bapak menanggapi berbeda dengan saya	v	v			v	v
			aktivitas terganggu	aktivitas harian terganggu	kebiasaan tidur sering terganggu kebiasaan makan terganggu perasaan tidak nyaman lemes kurang semangat semuanya jadi susah harus jagain ibu saya tidak bisa konsentrasi bekerja	v	v	v	v		
		keonsekuensi positif	persiapan finansial	etos kerja meningkat	pasien saya bertambah saya semangat bekerja					v	
			dukungan keluarga	coping keluarga	semakin kompak biar saya yang mencuci bajunya x berbagi dengan ibu dan anak-anak untuk menjaga		v	v			
				sikap peduli/care	semakin sayang ke x perhatian meningkat saya jarang marah sama x		v	v	v		

KISI-KISI TEMA

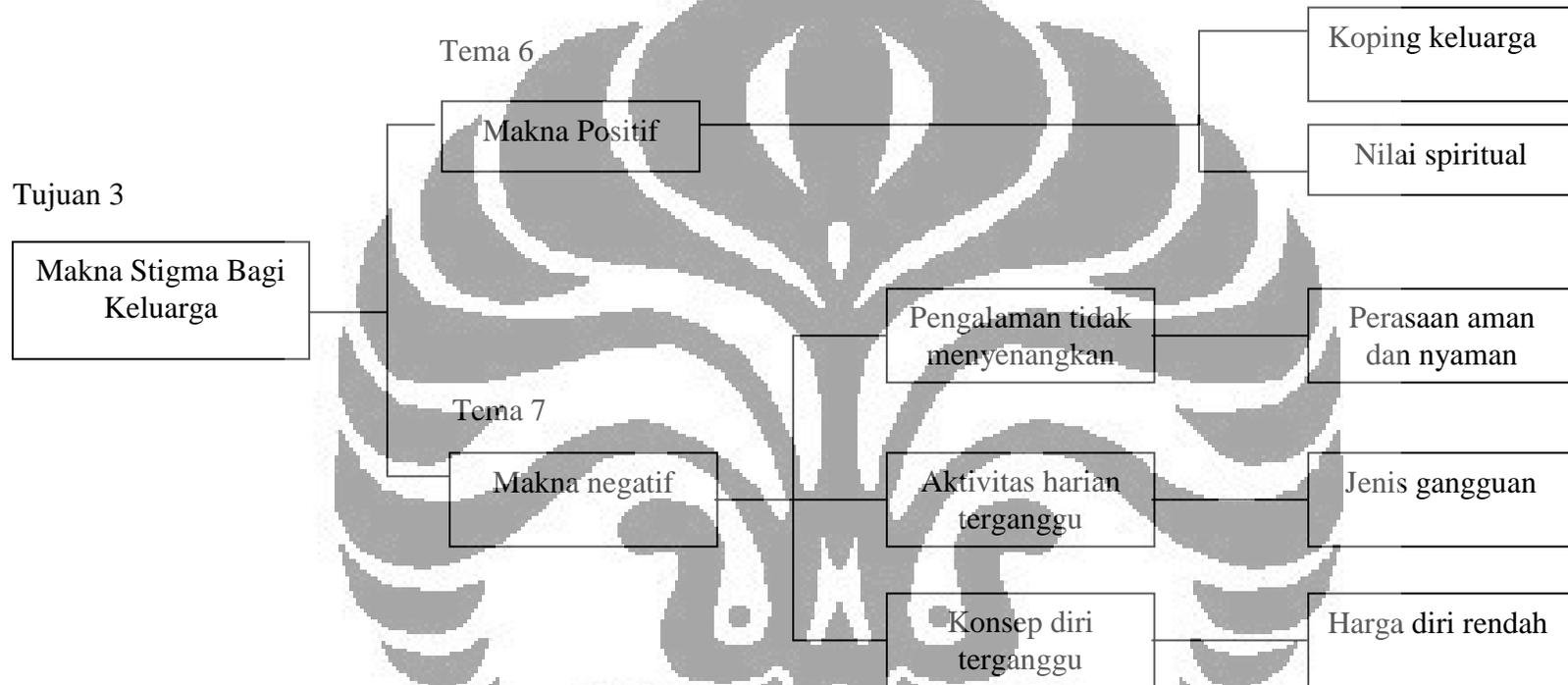
NO.	TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6
			dukungan spiritual		mengadakan sholat atau do'a berusaha sabar			v	v		
			hubungan sosial	aktivitas sosial	pengajian tetep seperti biasa tidak ada perubahan sama seperti dulu tidak ada masalah hanya kalau lagi ketemu orang lagi meledek ya saya bilangin			v	v		
			adaptasi spiritual	penerimaan	saya ikhlas pasrah lebih sabar alloh sayang sama keluarga saya	v		v		v	v
3	Makna stigma pada keluarga	makna positif	Koping keluarga		keluarga saya tambah kompak dan rukun			v			
			nilai spiritual		ini ujian dari alloh			v		v	v
		makna negatif	pengalaman yang tidak menyenangkan	perasaan aman Dan nyaman terganggu	ini rizqi saya untuk beribadah menakutkan membuat tidak nyaman selalu khawatir	v	v	v			
			aktifitas harian terganggu	jenis gangguan	rasanya lemes	v	v				
			konsep diri	rendah diri	membuat capek membuat putus asa		v				v
4	Harapan keluarga terhadap Warga dan	harapan kepada warga	sikap warga		saya ingin mereka mengerti tidak saling memusuhi bicara menyenangkan tidak membikin orang lain sedih tidak usah bicara yang tidak-tidak mereka harusnya paham dengan sakitnya anak saya	v			v		
								v			
								v			
								v			
								v			



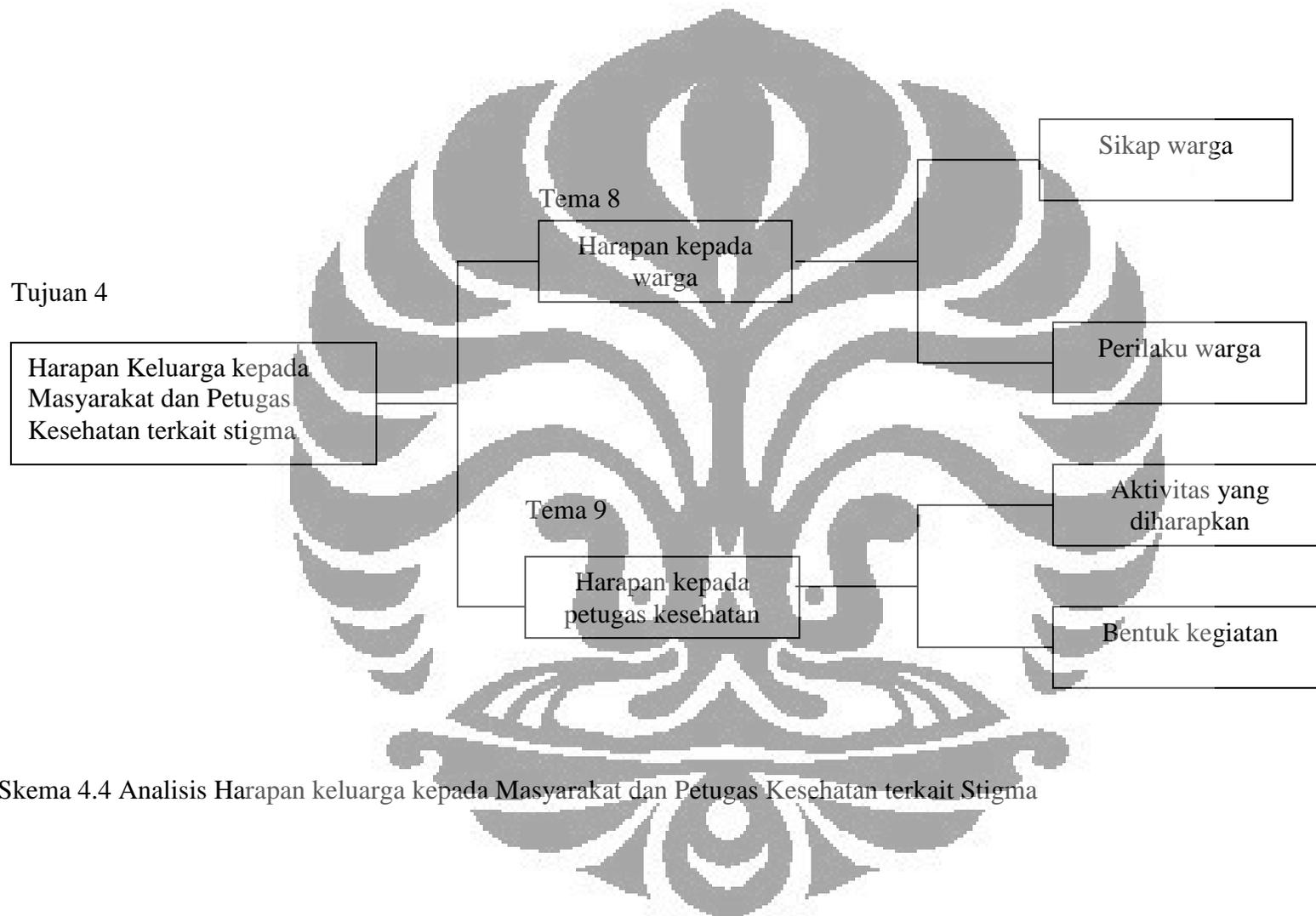
Skema 4.1 Analisis Respon Psikososial Keluarga terhadap Stigma



Skema 4.2 Analisis Dampak Stigma pada Keluarga



Skema 4.3 Analisis Makna Stigma bagi Keluarga



Skema 4.4 Analisis Harapan keluarga kepada Masyarakat dan Petugas Kesehatan terkait Stigma