



**STUDI FENOMENOLOGI
PENGALAMAN KELUARGA TENTANG BEBAN DAN SUMBER
DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN
DENGAN HALUSINASI**

TESIS

ANTONIUS NGADIRAN

0806445994

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2010**



**STUDI FENOMENOLOGI
PENGALAMAN KELUARGA TENTANG BEBAN DAN SUMBER
DUKUNGAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN
DENGAN HALUSINASI**

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

ANTONIUS NGADIRAN

0806445994

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2010**

PERYATAAN PERSETUJUAN

Penelitian ini dengan judul “ Studi fenomenologi Pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di wilayah Cimahi dan Bandung “ tesis ini telah di periksa, di setujui dan di pertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis .

Depok, Juli 2010

Pembimbing I

Prof.Achir Yani S.Hamid,DNSc

Pembimbing II

Novy Helena Catharina Daulima,SKp.M.Sc

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kehadirat Allah Bapa Yang maha Kasih, karena atas berkat dan rahmatnya, penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan judul” Studi fenomenologi” Studi fenomenologi Pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di wilayah Cimahi dan Bandung “

Penulis menyadari segala keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan Tesis ini, baik dari segi isi, substansi, metodologi dan susunan kalimat antar paragraf, oleh sebab itu saran dan masukan sangat saya harapkan untuk perbaikan penelitian ini. Tentu saja dalam penyempurnaan penelitian ini banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan pada kesempatan ini menyampaikan terimakasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetty, SKp, M.App.Sc. selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, DNSc .selaku pembimbing I yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan penelitian Tesis ini.
4. Novy Helena CD, SKp. M.Sc. selaku pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan penelitian Tesis ini.
5. Dr. H. Encep Supriandi, Sp.KJ., M.Kes, selaku direktur Rumah Sakit Jiwa Propinsi Jawa Barat.
6. Dr. Agus Hardjana Saiman, Sp.KJ, K., MBA, selaku Ketua STIKes. Immanuel Bandung, beserta staf yang telah memberikan dukungan, bantuannya selama penelitian.

7. Staf akademik dan nonakademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah membantu menyediakan fasilitas yang di butuhkan dalam penyusunan prorposal tesis ini.
8. Seluruh keluarga, terutama Istri dan anak tercinta yang telah banyak memberikan dukungan dan pengertian yang tinggi dalam proses penyusunan tesis ini.
9. Seluruh rekan angkatan 2008 Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada peneliti.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan memberikan mamfaat bagi perkembangan ilmu Keperawatan khusunya keperawatan Jiwa.

Bandung, Juli 2010

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
1. PENDAHULUAN.....	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Halusinasi dan Beban Keluarga dalam merawat klien	
2.1.1 Konsep Halusinasi.....	7
2.1.2 Konsep Skizofrenia	12
2.1.3 Keluarga sebagai Pendukung dalam Mencegah Terjadinya Halusinasi	15
2.2 Dampak Klien Halusinasi bagi Keluarga.....	20
2.2.1 Kekuatan Keluarga.....	21
2.2.2 Beban Keluarga.....	23
2.2.3 Sumber Dukungan Keluarga.....	26
2.3 Peran perawat Spesialis Keperawatan Jiwa.....	30
2.4 Kerangka Pikir.....	36
3. METODOLOGI.....	37
3.1 Desain Penelitian.....	37
3.2 Partisipan Penelitian.....	38
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	39
3.4 Etika Penelitian.....	39
3.5 Pengumpulan Data.....	41
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	41
3.7 Keabsahan Data.....	43
3.8 Pengolahan dan Analisa Data.....	44
4. HASIL PENELITIAN	
4.1 Karakteristik Partisipan.....	46
4.2 Analisa Tema.....	50
4.2.1 Beban Keluarga yang di alami dalam Merawat anggota Keluarganya dengan Halusinasi.....	51

4.2.2 Dukungan yang di terima Keluarga dalam Merawat anggota Keluarganya yang mengalami Halusinasi.....	57
4.2.3 Kebutuhan Keluarga dalam Merawat anggota Keluarganya mengalami Halusinasi	62
4.2.4 Respon Keluarga terhadap pemberi Dukungan dalam merawat anggota Keluarganya dengan perilaku Halusinasi.....	65
4.2.5 Makna dari Pengalaman Keluarga memiliki anggota keluarga Dengan berperilaku Halusinasi.....	67
5. PEMBAHASAN	
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Kesenjangan.....	68
5.2 Integrasi hasil Penelitian pada model Adaptasi Roy.....	80
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	82
5.4 Implikasi hasil Penelitian.....	84
6. SIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Simpulan.....	88
6.2 Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

Lampiran: 1

PENJELASAN PENELITIAN

Saya Antonius Ngadiran, NPM: 0806445994, alamat Perum Cipatat Elok Blok E.No.02 Cipta Harja Cipatat, Kabupaten Bandung Barat, HP; 081 320 340 232, adalah mahasiswa Program Magister kekhususan keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sedang meneliti tentang "Studi fenomenologi pengalaman keluarga dalam beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien halusinasi .

Tujuan penelitian ini adalah menggali lebih mendalam tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi . Data yang di peroleh akan di rekomendasikan sebagai landasan untuk meningkatkan asuhan keperawatan khususnya dalam mendampingi keluarga dan klien dengan halusinasi.

Dalam pengumpulan data dari partisipan di lakukan peneliti dengan cara wawancara mendalam selama 60-90 menit, di sesuaikan dengan kesepakatan yang telah di buat oleh peneliti dan partisipan. Selama wawancara peneliti akan menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, tape recorder untuk membantu kelancaran pengumpulan data. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan di cari penyelesaian masalahnya berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap partisipan klien , maupun anggota keluarga yang lainnya. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak-hak partisipan dengan menjamin kerahasiaan identitas dan data yang di peroleh, baik dalam pengumpulan data maupun dalam penyajian laporan penelitian. Melalui penjelasan singkat ini , peneliti sangat mengharapkan partisipasi dari keluarga klien dalam penelitian ini. Atas kesedian dan kerjasamanya dari bapak-ibu , saya ucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya.

Bandung, maret 2010

Peneliti

Antonius Ngadiran

Lampiran 2

Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan dari peneliti dan setelah mendapat jawaban dari pertanyaan dari saya terkait penelitian ini, maka saya menyatakan bersedia menjadi partisipan penelitian yang dilakukan oleh Antonius Ngadiran mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dengan judul penelitian : “Studi fenomenologi pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat halusinasi “. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi pemahaman dalam merawat klien dengan halusinasi. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dan bersifat sukarela.

Tanda Tangan Informan.....

Tanggal:.....

Tanda Tangan Peneliti.....

Tanggal:.....

Lampiran 3

DATA DEMOGRAFI

Inisial Partisipan :

Umur Partisipan :

Alamat ;

Agama :

Suku :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Nomor Telepon :

Peghasilan Keluarga :

Umur Klien :

Jenis kelamin Klien :



Lampiran 4

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAH
(IN-DEPTH INTERVIEW)

Peneliti tertarik untuk menggali lebih dalam pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan dalam merawat klien dengan halusinasi, bapak/ibu bisa menceritakan bagaimana pengalaman yang di alami dalam merawat klien dengan halusinasi, beban keluarga, sumber-sumber dukungan keluarga , semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami saat ini dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi:

1. Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam merawat klien halusinasi.?
2. Bisa bapak jelaskan pengalaman yang sangat mengganggu hidup bapak?
3. Bisa bapak/ibu jelaskan kesulitan atau beban seperti apa yang di alami selama merawat klien halusinasi ?
4. Bapak /ibu bisa jelaskan beban seperti apa yang paling sering di rasakan dalam merawat halusinasi .?
5. Adakah dukungan yang keluarga terima selama merawat halusinasi ?.
6. Bagaiman caranya bapak/ibu memperoleh dukungan tersebut ?.
7. Seperti apa bentuk dukungan dan dari mana sumber dukungan tersebut?
8. Dukungan seperti apa yang bapak/ibu butuhkan dalam merawat halusinasi ?.
9. Bagaimana makna dan hikmahnya dalam merawat klien dengan perilaku halusinasi

Lampiran 5

LEMBAR CATATAN LAPANGAN (FIELD NOTE)

Tanggal :

Waktu :

Tempat :

Pewawancara :

Informan :

Di hadiri oleh :

Posisi duduk :

Situasi wawancara :

Karakteristik partisipan :

RESPONDEN YANG DI AMATI	ARTI DARI RESPON
Komunikasi non verbal yang sesuai dengan komunikasi verbal Partisipan	
Komunikasi non verbal yang tidak sesuai dengan komunikasi verbal informan	

--	--

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang di kutip maupun di rujuk telah saya nyatakan benar

Nama : Antonius Ngadiran

NPM : 0806

Tanda tangan:

Tanggal : 12 juli 2010



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Antonius Ngadiran

NPM :

Program Studi : Pasca sarjana

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive royalty free right*) Atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Studi fenomenologi Pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di wilayah Cimahi dan Bandung “

Beserta perangkat yang ada (jika di perlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpang, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebernarnya.

Di buat di : Depok

Pada tanggal: 12 juli 2010

Yang menyatakan

(Antonius Ngadiran)

ABSTRAK

Nama : Antonius Ngadiran
Program Studi : Pasca sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : “Studi fenomenologi Pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi di wilayah Cimahi dan Bandung “

Halusinasi adalah gangguan persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh atau baik, Halusinasi dapat berupa halusinasi dengar, lihat, cium, raba dan kecap. Keberadaan klien halusinasi dengan prilakunya yang cukup beragam di dalam keluarga menimbulkan stressor tersendiri bagi setiap anggota keluarganya karena keluarga merupakan suatu sistem dan akan menimbulkan masalah atau beban bagi keluarganya. Tujuan penelitian ini adalah menguraikan secara mendalam pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga serta makna dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi. Desain penelitian metoda kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian ini di lakukan pada keluarga yang anggota keluarganya mengalami halusinasi yang pernah di rawat atau sedang di rawat di rumah sakit Jiwa Cimahi Propinsi Jawa Barat dengan tehnik pengambilan partisipan secara purposive sampling yaitu tujuh partisipan. Kriteria inklusi partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga yang anggota keluarganya mengalami halusinasi dan sebagai care giver, mampu berkomunikasi dengan baik dengan baik, tinggal satu rumah dengan klien halusinasi. Pengumpulan data di lakukan dengan cara tehnik wawancara mendalam (indept interview) dan menggunakan catatan lapangan (field note). Hasil wawancara mendalam di dan catatan lapangan di analisis menggunakan metoda Colaizzi dengan enam tahapan analisis. Dalam penelitian ini teridentifikasi delapan tema sebagai hasil penelitian yaitu beban psikologis, beban financial, masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan, dukungan social, dukungan keluarga, perhatian tanpa pamrih, kecewa terhadap pemberi dukungan, takdir. Rekomendasi penelitian untuk keperawatan jiwa yaitu perawat akan lebih meningkatkan kompetensi dalam melakukan pengkajian terhadap kebutuhan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi sehingga akan semakin tepat dalam memberikan intervensi kepada keluarga terutama untuk meningkatkan kemampuan dan meminimalkan beban yang di rasakan keluarga.

Kata kunci : klien dengan halusinasi, pengalaman keluarga dalam merawat, beban, sumber dukungan.

ABSTRACT

Name : Antonius Ngadiran
Program of Study : Post Graduate Program (Master)
Faculty : Nursing Science
Title of Thesis : “Study by phenomenology approach of family experience about burden and family support source in caring for family member with hallucination in Cimahi and Bandung area”

Hallucination is sensory perceptions disorder without external stimulus that could involves all five senses, in which occurs during the individual's full awareness. Hallucination appears in such types, depends on the sense attacked, heard, seen, smelled, touch, or taste. The presence of client with hallucinations by various behaviors in family raises its own stressor for each member of the family, because family is like a system and this situation will cause a problem or burden to the family. The purpose of this study is to get in-depth description of family experiences about their burden and family support resource, as well as the principle purpose of caring their family member with hallucination.

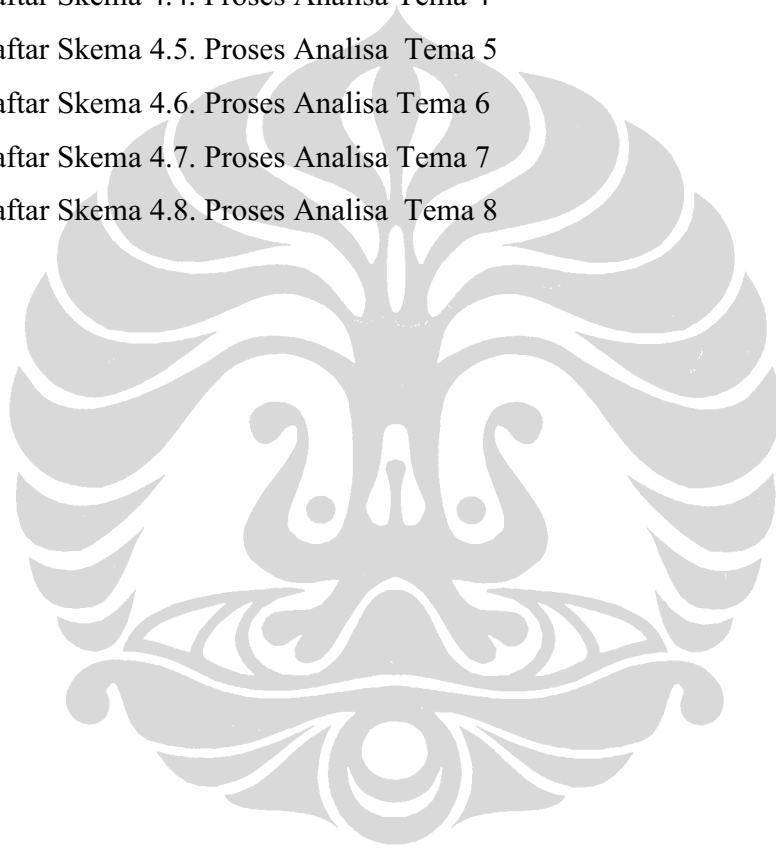
The design used in the research is Qualitative method with phenomenology approach. The objects are seven families with its member who had experienced hallucinations treatment or being treated in Psychiatric Hospital in Cimahi, West Java Province; techniques of sampling using purposive sampling. The inclusion criteria of participants in this research are family member with hallucination, families experience as care giver, is able to communicate well, living under the same roof with client. The data collected by depth-interviewed technique and using field note. The result was analyzed in six steps analysis by Colaizzi method.

In this research, eight themes identified as the result; these are psychological burden, financial burden, the burden of health services accessibility, social support, family support, require a sincere support, disappointed by care giver, and destiny. The recommendations of this research for Psychiatric Nursing is that nurses will be more in depth assessment based on family needs, in caring for clients with hallucinations, so the interventions planned for the family will be more precise, especially to minimize the burden felt by the family.

Keywords: client with hallucination, the family experience in caring, burden, family support source.

DAFTAR SKEMA

1. Daftar skema : 2.1 Konsep model Adaptasi Roy
2. Daftar skema : 2.2 Kerangka pikir penelitian dengan modifikasi model adaptasi Roy.
3. Daftar skema : 4.1 Proses Analisa Tema 1
4. Daftar Skema 4.2. Proses Analisa Tema 2
5. Daftar Skema 4.3. Proses Analisa Tema 3
6. Daftar Skema 4.4. Proses Analisa Tema 4
7. Daftar Skema 4.5. Proses Analisa Tema 5
8. Daftar Skema 4.6. Proses Analisa Tema 6
9. Daftar Skema 4.7. Proses Analisa Tema 7
10. Daftar Skema 4.8. Proses Analisa Tema 8



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan penelitian
Lampiran 2 : Lembar persetujuan penelitian
Lampiran 3 : Pedoman wawancara mendalam (*indepth interview*)
Lampiran 4 : Lembar catatan lapangan (*field note*)
Lampiran 5 : Data demografi partisipan penelitian
Lampiran 6 : Data demografi klien dengan halusinasi
Lampiran 7 : Surat izin penelitian FIK- UI
Lampiran 8 : Surat izin penelitian dari Rumah sakit Jiwa Propinsi Jawa Barat
Lampiran 9 : Daftar riwayat hidup peneliti
Lampiran 10 : Daftar skema analisa tema penelitian
Lampiran 11 : Matriks analisa tema peneltian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomi (UU No.39 Tahun 2009). Kesehatan Jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang, perkembangannya itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain . Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis , memperhatikan semua segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain. Sehat jiwa mempunyai ciri-ciri sebagai berikut: senang terhadap dirinya ,mampu menghadapi situasi, mampu mengatasi kekecewaan dalam hidup, puas dengan kehidupannya sehari-hari, mempunyai harga diri yang wajar, menilai dirinya secara realistis, tidak berlebihan atau merendahkan, merasa nyaman berhubungan dengan orang lain , mampu menerima orang lain, dapat menghargai pendapat orang lain , mampu memenuhi tuntutan hidup ,menetapkan tujuan hidup yang realistis, mampu mengambil keputusan,mampu menerima tanggungjawab, mampu merancang masa depan, menerima ide dan pengalaman baru,puas dengan pekerjaannya. Untuk mencapai jiwa yang sehat diperlukan usaha dan waktu untuk mengembangkan dan membinanya. Jiwa yang sehat dikembangkan sejak masa bayi hingga dewasa, dalam berbagai tahapan perkembangan. Pengaruh lingkungan terutama keluarga sangat penting dalam membina jiwa yang sehat. Penjelasan di atas memberikan makna bahwa sehat jiwa merupakan kemampuan seseorang dalam mempertahankan potensi yang ada untuk menghadapi kehidupan dan meningkat kualitas hidupnya.

Karakteristik sehat jiwa terdiri dari persepsi yang sesuai dengan realitas, mampu menerima diri sendiri dan orang lain secara alami, mampu fokus dalam memecahkan masalah, menunjukkan kemampuannya secara spontan, mempunyai otonomi, mandiri, kreatif, puas dengan hubungan interpersonal, kaya pengalaman yang bermanfaat, menganggap hidup ini sebagai sesuatu yang indah (Maslow (1970 dalam Townsend, 2005). Karakteristik utama

Universitas Indonesia

sehat jiwa adalah adanya keserasian antara pikiran, perasaan, perilaku, kemandirian, bertanggung jawab, bersikap matang, serta dapat merasakan kebahagiaan dalam sebagian besar kehidupannya. Penjelasan tersebut memberikan suatu pemahaman bahwa seseorang yang tidak memiliki karakteristik sehat jiwa, maka mungkin mengalami gangguan jiwa.

Dari hasil riset kesehatan dasar (Depkes 2007) bahwa prevalensi nasional gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun adalah 11,6%. Prevalensi ini bervariasi antar provinsi dengan kisaran antara 5,1% sampai dengan 20,0% Prevalensi tertinggi di Provinsi Jawa Barat (20,0%) dan yang terendah terdapat di Provinsi Kep. Riau (5,1%).

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. Prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan usia. Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (33,7%). Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (14,0%), kelompok yang memiliki pendidikan rendah (paling tinggi pada kelompok tidak sekolah, yaitu 21,6%), kelompok yang tidak bekerja (19,6%), tinggal di perdesaan (12,3%), serta pada kelompok tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terendah.

Hasil penelitian tentang karakteristik klien berdasarkan masalah keperawatan yang terbanyak terjadi di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi adalah Halusinasi, hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Rumah Sakit Jiwa Cimahi Propinsi Jawa Barat masalah keperawatan yang terbanyak adalah Halusinasi, hasil deteksi dini yang dilakukan peneliti waktu melaksanakan aplikasi di wilayah puskesmas sindang barang masalah keperawatan yang terbanyak juga halusinasi, sehingga peneliti menyimpulkan masalah keperawatan yang sering di temukan pada pasien gangguan jiwa paling banyak adalah halusinasi.

Halusinasi adalah kesalahan persepsi yang berasal dari lima panca indra meliputi pendengaran, penglihatan, peraba, pengecap, penghidu (Stuart & Larai, 2001)

Halusinasi merupakan penyimpangan perilaku akibat kesalahan persepsi sensori dari kelima panca indra, penyimpangan perilaku klien sangat bervariasi tergantung dari tingkat terjadinya halusinasi. Penyimpangan perilaku yang terjadi meliputi; terseyum lebar, menggerakkan bibir tanpa membuat suara, perhatian menyempit, kesulitan berhubungan dengan orang lain, tampak cemas, tidak mampu mengikuti perintah, perilaku klien seperti di hantui terror, potensi kuat untuk bunuh diri atau membunuh orang lain, menarik diri, tidak bisa pada lebih dari satu orang.

Menurut WHO (2003), secara umum dampak yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga mengalami halusinasi adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stress terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Pandangan masyarakat atau stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa, gangguan jiwa dianggap penyakit akibat dosa dari keluarganya dan merupakan aib bagi pasien dan keluarganya, sehingga masih banyak keluarga yang menyembunyikan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, keluarga merasa malu, kecewa, dan putus asa. Beban sosial ekonomi diantaranya adalah: gangguan dalam hubungan keluarga, keterbatasan melakukan aktivitas sosial, pekerjaan, dan hobi, kesulitan finansial, dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik keluarga. Beban psikologis menggambarkan reaksi psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stres menghadapi gangguan perilaku dan frustrasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga.

Menurut Wardani (2009) kepatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa sangat sulit untuk ditegakkan, hal ini terjadi karena gangguan persepsi sensori yang dialami akan mempengaruhi kesadaran dan berpikir klien sehingga klien cenderung tidak patuh minum obat, dengan tidak patuh minum obat kondisi klien semakin lama semakin buruk, obat-obat gangguan jiwa harganya mahal sehingga secara otomatis akan mengganggu pos keuangan yang lain, secara finansial sangat membebani keuangan keluarga, klien halusinasi juga memiliki perilaku yang lain misalnya; mudah tersinggung, beresiko bunuh diri, kemampuan untuk menolong diri sendiri yang rendah, kemampuan komunikasi yang kurang baik,

mudah tersinggung, kurang konsentrasi, gelisah, orientasi waktu, tempat dan orang kurang baik, menarik diri. Peneliti berpendapat bahwa dengan adanya anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dengan halusinasi akan menimbulkan beban bagi keluarga dan keluarga harus mencari sumber dukungan untuk biaya pengobatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi baik selama di rumah sakit maupun di rumah.

Rumah sakit Jiwa Cimahi propinsi Jawa Barat di resmikan pada bulan Mei tahun 1955, terdiri dari 185 tempat tidur, rumah sakit jiwa Cimahi terletak di wilayah Jawa Barat menjadi tempat rujukan pasien gangguan jiwa setelah Rumah sakit Marzuki Mahdi Bogor, berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 bahwa propinsi Jawa Barat memiliki prevalensi gangguan mental emosional tertinggi nasional. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 14 Januari 2010 di Rumah Sakit Jiwa Cimahi jumlah pasien dengan diagnose halusinasi paling banyak.

Hasil survei dan wawancara dari beberapa keluarga pasien yang berkunjung mengatakan sangat kesulitan untuk menghadapi klien halusinasi kalau sudah di rumah, keluarga merasa sulit merayu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya seperti makan, minum, mandi dan memakai baju. Keluarga mengatakan tidak punya banyak waktu untuk memperhatikannya klien, keluarga sering tidak sabar dengan perilaku pasien yang aneh dan sering menjengkelkan, sehingga keluarga membawa anggota keluarganya ke rumah sakit untuk di rawat saja.

1.2 Perumusan Masalah

Bertolak dari potensi beban keluarga karena perilaku halusinasi pasien antarlain : ketidakpatuhan minum obat, resiko bunuh diri, kemampuan untuk menolong diri sendiri yang rendah, kemampuan komunikasi yang kurang baik, mudah tersinggung, kurang konsentrasi, gelisah, orientasi waktu, tempat dan orang yang kurang baik, menarik diri. Hal ini akan menambah beban yang dialami keluarga, ini tentunya membutuhkan dukungan keluarga. Oleh karena itu peneliti bermaksud untuk mengeksplor “ pengalaman keluarga

tentang beban dan sumber dukungan keluarga yang di perlukan dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menguraikan pengalaman keluarga tentang makna, beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi .

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diuraikannya beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi

1.3.2.2 Diuraikan kebutuhan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi

1.3.2.3 Diuraikannya sumber-sumber dukungan dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi.

1.3.2.4 Diuraikannya respon keluarga terhadap pemberi dukungan dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi

1.3.2.5 Diuraikannya tentang makna dan hikmah memiliki anggota keluarga dengan perilaku halusinasi.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak dalam pengembangan pelayanan keperawatan jiwa baik di tingkat pemerintahan maupun masyarakat. Manfaat penelitian meliputi:

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

1.4.1.1 Bagi Rumah sakit Jiwa Cimahi Bandung dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan bidang perawatan dalam membuat panduan atau pedoman teknis bagi perawat yang bertugas di rawat jalan maupun rawat inap dalam memberikan pendidikan kesehatan maupun dukungan kepada keluarga pasien.

1.4.1.2 Bagi masyarakat khususnya keluarga yang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa dapat membantu keluarga dalam mengatasi kesulitan maupun

Universitas Indonesia

beban yang di alami dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, serta membantu keluarga dalam mencari dukungan dari anggota keluarga yang lain maupun petugas kesehatan.

1.4.2 Bagi Ilmu Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi sumber –sumber data dasar untuk mengembangkan konsep maupun teori keperawatan jiwa di rumah sakit jiwa yang memerlukan kemampuan tenaga keperawatan spesialistik dalam melakukan upaya pendekatan lebih mendalam dalam memberikan dukungan kepada keluarganya terutama saat mengatasi kesulitan atau beban yang dialami dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi.

1.4.3 Bagi Metodologi Penelitian

Diharapkan menjadi salah satu bahan rujukan bagi peneliti selanjutnya, terutama penelitian mengenai factor-faktor yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat halusinasi, sumber dukungan yang dominan dalam perawatan klien dengan halusinasi.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan diuraikan tentang konsep, teori dan hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian. Tinjauan pustaka meliputi tinjauan tentang halusinasi, konsep dan peran keluarga terhadap penyembuhan pasien, system dukungan keluarga, beban merawat yang dirasakan oleh keluarga, serta peran perawat jiwa dalam meringankan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang menderita halusinasi di Cimahi dan Bandung.

2.1 Halusinasi dan beban keluarga dalam merawat klien .

2.1.1 Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan persepsi panca indera tanpa adanya rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua panca indera dimana terjadi pada saat kesadaran individu itu penuh atau baik, Halusinasi dapat berupa halusinasi dengar, lihat, cium, raba dan kecap (Depkes, 1999).

Halusinasi adalah kesalahan persepsi yang berasal dari lima indra(pendengar,penglihatan,peraba,pengecap, penghidu) (Stuart & Laraia,2001)

Halusinasi diklasifikasikan menjadi halusinasi dengar, lihat, taktil, pengecap dan penghidu (Stuart & Laraia, 2005). Halusinasi ialah penyerapan tanpa adanya rangsangan apapun pada panca indera seorang klien, yang terjadi dalam keadaan sadar/bangun, dasarnya mungkin organik, fungsional, psikotik ataupun histerik (Maramis, 2005).

Berdasarkan pengertian diatas dapat di simpulkan ,pengertian halusinasi adalah gangguan persepsi sensori tanpa ada rangsangan dari luar dirinya dengan kondisi sadar .

2.1.1.1 Penyebab Halusinasi

Penyebab halusinasi secara spesifik belum dapat di ketahui tetapi dapat terjadi karena banyak faktor meliputi yaitu:

2.1.1.1.1 Faktor Predisposisi

a. Biologis

Gangguan perkembangan dan fungsi otak, susunan saraf-saraf pusat, dan dapat menimbulkan gangguan realita.

b. Psikologis

Keluarga pengasuh dan lingkungan klien dapat mempengaruhi respon psikologis klien, sikap atau keadaan yang dapat mempengaruhi gangguan orientasi realitas adalah penolakan atau tindakan kekerasan dalam rentang hidup klien.

c. Sosial budaya

Kondisi sosial budaya mempengaruhi gangguan orientasi realitas seperti: kemiskinan, konflik sosial budaya (perang, kerusuhan, bencana alam) dan kehidupan terisolasi di sertai stres.

2.1.1.1.2 Faktor Presipitasi

Secara umum klien dengan gangguan halusinasi timbul gangguan setelah adanya hubungan yang bermusuhan, tekanan, isolasi dan perasaan tidak berguna, putus asa dan tidak berdaya (Stuart&Larai, 2005)

2.1.1.2 Tanda dan Gejala Halusinasi

Tanda dan gejala halusinasi penting untuk di pahami oleh keluarga. Tanda dan gejala halusinasi menurut Depkes (2000) adalah sebagai berikut:

bicara, senyum, tertawa sendiri, mendengar suara, melihat, mengecap, menghirup (mencium) , merasa sesuatu yang tidak nyata, merusak diri sendiri/orang lain/lingkungan, tidak dapat membedakan hal nyata dan tidak nyata, tidak dapat memusatkan perhatian/konsentrasi, pembicaraan kacau kadang-kadang tidak masuk akal, sikap curiga dan bermusuhan, menarik diri dan menghindari dari orang lain, sulit membuat keputusan, ketakutan, tidak mampu mandiri: mandi, sikat gigi, ganti pakaian, berhias yang rapi, mudah tersinggung, jengkel, marah, menyalahkan diri sendiri/orang lain .muka merah, kadang pucat .espresi wajah tegang,tekanan darah meningkat,nafas terengah-engah, nadi cepat,banyak berkeringat.

Menurut NANDA (2005) tanda dan gejala halusinasi yang muncul sebagai perilaku telah dipertahankan dalam waktu yang lama atau kronik yang meliputi : konsentrasi kurang, selalu berubah respon dari rangsangan, kegelisahan, perubahan sensori akut, mudah tersinggung, disorientasi waktu,tempat dan orang, perubahan kemampuan pemecahan masalah, perubahan pola prilaku. Khusus untuk penyimpangan penglihatan yaitu : klien mengatakan melihat suatu bayangan yang kadang-kadang seperti kartun, bicara dan tertawa sendiri, pikiran cepat berubah-ubah, bersikap seperti menerima rangsangan : melihat sesuatu, berhenti bicara ditengah-tengah kalimat.

2.1.1.3 Jenis-jenis Halusinasi

Halusinasi dapat dibagi dalam bebarapa jenis yaitu: (Maramis, 2005)

- 2.1.1.3.1 Halusinasi Pendengaran yaitu klien mendengar suara atau bunyi yang tidak ada hubungannya dengan stimulus yang nyata, dengan kata lain orang berada disekitar klien tidak mendengar suara atau bunyi yang didengar klien.
- 2.1.1.3.2 Halusinasi Penglihatan yaitu klien melihat gambar yang jelas atau samara-samar tanpa adanya stimulus yang nyata dari lingkungan, dengan kata lain orang yang berada di sekitar klien tidak melihat gambar seperti yang dikatakan klien
- 2.1.1.3.4 Halusinasi Penciuman yaitu klien mencium sesuatu yang bau yang muncul dari sumber tertentu tanpa stimulus yang nyata, artinya orang yang berada disekitar klien tidak mencium sesuatu seperti apa yang dirasakan klien.
- 2.1.1.3.5 Halusinasi Pengecapan yaitu klien merasakan sesuatu yang tidak nyata, biasanya merasakan makan.
- 2.1.1.3.6 Halusinasi Perabaan yaitu klien merasa sesuatu pada kulitnya tanpa stimulus yang nyata.

2.1.1.4 Tahapan Halusinasi

Tahapan-tahapan halusinasi menurut Stuart & Laraia (2001):

2.1.1.4.1 Tahap I: Menyenangkan, pasien berada pada tingkat cemas sedang

Halusinasi secara umum bersifat menyenangkan

Karakteristik: orang yang berhalusinasi mengalami keadaan emosi seperti cemas, kesepian, merasa bersalah dan takut, serta mencoba untuk memusatkan pada pikiran yang menyenangkan untuk mengurangi ansietas; klien mengetahui kalau pikiran yang menyenangkan dan sensori yang dialaminya tersebut dapat dikendalikan jika cemas bisa di kelola.

Perilaku klien: tersenyum lebar / tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa menimbulkan suara, gerakan mata yang cepat, respon verbal yang lambat, diam dan berkonsentrasi.

2.1.1.4.2 Tahap II: Mengutuk / menyalahkan, tingkat cemas yang berat, halusinasi secara umum menjijikan.

Karakteristik: pengalaman sensori bersifat menjijikan dan menakutkan; orang berhalusinasi mulai merasa kehilangan kendali dan mungkin berusaha untuk menjauhkan dirinya dari sumber yang dipersepsikan; klien mungkin merasa malu karena pengalaman sensorinya dan menarik diri dari orang lain

Perilaku klien: Terjadi peningkatan sistem saraf otonom yang menunjukkan ansietas, misalnya peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah, kemampuan konsentrasi berkurang, dipengaruhi oleh pengalaman sensori dan mungkin kehilangan kemampuan untuk membedakan antara halusinasi dengan realitas

2.1.1.4.3 Tahap III: Mengontrol /mengendalikan, tingkat cemas yang berat, pengalaman sensori menjadi menguasai.

Karakteristik: orang berhalusinasi menyerah untuk melawan halusinasi dan membiarkan halusinasi menguasai dirinya, isi halusinasi dapat berupa permohonan, klien mungkin mengalami kesepian jika pengalaman sensori tersebut berakhir .

Perilaku klien: Lebih cenderung mengikuti petunjuk yang diberikan oleh halusinasinya dari pada menolaknya, kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain, rentang perhatian hanya beberapa menit atau detik.

Gejala fisik dari ansietas berat, seperti berkeringat, tremor, ketidak mampuan untuk mengikuti petunjuk.

2.1.1.4.4 Tahap IV: Menakutkan ,tingkat kecemasan yang Panik

Halusinasi secara umum mengembang dan berkaitan dengan delusi.

Karakteristik: pengalaman sensori mungkin menakutkan jika klien tidak mengikuti perintah; halusinasi bisa berlangsung dalam beberapa jam atau hari apabila tidak ada intervensi terapeutik .

Perilaku klien: Perilaku menyerang orang lain, teror seperti panik

Sangat berpotensi melakukan bunuh diri dan membunuh orang lain

Kegiatan fisik yang merefleksikan isi halusinasi seperti amuk, agitasi, menarik diri atau ketatonia, tidak mampu berespon terhadap petunjuk yang kompleks, tidak mampu berespon terhadap lebih dari satu orang

Menurut WHO (2003), secara umum dampak yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga mengalami halusinasi adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stress terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Pandangan masyarakat atau stigma masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa , gangguan jiwa di anggap penyakit akibat dosa dari keluarganya dan merupakan aib bagi pasien dan keluarganya, sehingga masih banyak keluarga yang menyembunyikan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, keluarga merasa malu, kecewa, dan putus asa . Beban social ekonomi diantaranya adalah: gangguan dalam hubungan keluarga , keterbatasan melakukan aktivitas sosial, pekerjaan, dan hobi , kesulitan financial, dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik keluarga. Beban psikologis menggambarkan reaksi psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stres menghadapi gangguan perilaku dan frustrasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga.

2.2 Skizofrenia

Secara harfiah istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *shizo* (perpecahan/split) dan *Pheros* (pikiran). Kata ini dipakai untuk menggambarkan buruknya hubungan atau terpecahnya proses berpikir penderita dengan fungsi lain dari pikiran seperti emosi dan perilaku (*World Federation for Mental Health*, 2008).

Beberapa ahli mendefinisikan pengertian skizofrenia dengan memfokuskan pada penyebab, perilaku yang ditampakkan, dan dampak bagi kehidupan pasien dan keluarga. Menurut Videbeck (2008) skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh. Skizofrenia merupakan

Menurut Isaacs (2005), penyebab pasti skizofrenia sampai saat ini masih belum jelas, namun telah disepakati bahwa skizofrenia disebabkan oleh interaksi beberapa faktor yaitu faktor biologis, faktor psikososial dan faktor lingkungan. Faktor biologis meliputi predisposisi genetika, abnormalitas perkembangan syaraf, abnormalitas struktur otak, dan ketidakseimbangan neurokimia. Faktor psikologis penyebab skizofrenia dapat dijelaskan melalui teori perkembangan dan teori keluarga. Teori perkembangan mengatakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan kasih sayang dimasa-masa awal kehidupan menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari lingkungan sekitar. Menurut teori keluarga, bagian fungsi keluarga yang berkaitan dengan peran keluarga dalam munculnya skizofrenia adalah keluarga yang sangat mengekspresikan emosi (*High expressed emotion*) (Isaacs, 2005). Keluarga dengan ciri ini dianggap terlalu ikut campur secara emosional, kasar dan penuh kritikan. Faktor lingkungan meliputi status ekonomi yang rendah dan lingkungan yang penuh kekerasan.

Perawat penting memahami gejala skizofrenia karena tidak semua pasien mempunyai gejala yang sama. Perbedaan gejala yang dialami pasien menjadi dasar penetapan diagnosa keperawatan. Skizofrenia dapat diawali dengan atau tanpa fase prodormal (*early psikosis*). Gejala yang tampak pada fase ini

adalah gangguan pola tidur, gangguan napsu makan, perubahan perilaku, afek datar, pembicaraan yang sulit dimengerti, berfikir tidak realistis, dan perubahan dalam penampilan.

Gejala prodormal akan berlanjut dengan gejala pasti skizofrenia yang meliputi gejala positif (fase aktif) dan gejala negatif (residual). Gejala positif, atau gejala nyata ditandai dengan terjadinya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur. Gejala negatif atau gejala samar meliputi afek datar, kurang motivasi, menarik diri dari masyarakat. Gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, tetapi gejala negatif sering kali menetap setelah gejala gejala psikotik berkurang. Gejala negatif sering kali menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien (Videbeck, 2008).

Diagnosis skizofrenia di Indonesia mengacu pada penggolongan berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi tiga (PPDGJ III), adalah:

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat sangat jelas , biasanya dua atau lebih bila gejala itu kurang tajam atau kurang jelas:
 - a. Pasien mengalami isi pikiran diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya , pasien merasa ada isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya, pasien merasa isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang sekitar mengetahuinya.
 - b. Pasien merasa dirinya dikendalikan oleh sesuatu diluar dirinya, merasa dirinya dipengaruhi oleh sesuatu diluar dirinya, merasa tidak berdaya atau pasrah terhadap sesuatu diluar dirinya, pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat.
 - c. Pasien mengalami halusinasi pendengaran.
 - d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar.
2. Apabila kriteria pada poin satu tidak ada, paling sedikit dua gejala dibawah ini harus selalu ada dengan jelas:

- a. Halusinasi yang menetap dari panca indera , apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa gangguan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan yang menetap atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan secara terus menerus.
 - b. Arus pikiran yang terputus atau yang mengalami sisipan, yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan.
 - c. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah, posisi tubuh tertentu , fleksibilitas area, negativism, mutisme dan stupor.
 - d. Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, jarang bicara, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
3. Ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan dari beberapa aspek kehidupan perilaku pribadi , bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri dan penarikan diri secara sosial.

Prognosis skizofrenia juga sangat penting dipahami oleh perawat. Walaupun remisi penuh atau sembuh itu ada, kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan, dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi, siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang mempengaruhinya, seperti: usia tua, faktor pencetus jelas, *onset* akut, riwayat sosial/pekerjaan baik, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan alam perasaan, sistem pendukung baik, dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik. Berbeda halnya dengan pasien usia muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah/janda/duda, riwayat keluarga skizofrenia, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, sering relaps, dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk (Irmansyah, 2006).

2.3 Keluarga Sebagai Pendukung dalam mencegah terjadinya halusinasi

Sejak tahun 1960 fokus pelayanan kepada pasien gangguan jiwa berubah dari perawatan berbasis rumah sakit menjadi berbasis komunitas. Saat ini diperkirakan 40% sampai 90% pasien gangguan jiwa dirawat oleh keluarga di rumah (WHO, 2001). Kondisi ini menuntut keluarga mempunyai kemampuan untuk merawat anggota keluarganya di rumah.

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan ikatan darah, emosional atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi dan *relationship* (Carter & Mc Goldrick, 1996 dalam Boyd, 1998). Keluarga adalah sekelompok individu yang saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam melakukan berbagai fungsi dasar (Shives, 2005). Keluarga merupakan matriks dari perasaan beridentitas dari anggota-anggotanya, merasa memiliki dan berbeda. Tugas utama keluarga adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggota-anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum (Friedman, 1998).

Dari pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan keluarga adalah sekelompok individu yang dihubungkan dengan ikatan darah dan emosional, merasa memiliki satu sama lain, memberikan dukungan, melakukan berbagai fungsi dasar, memelihara pertumbuhan psikososial melalui pola interaksi dan *relationship*. Pemahaman ini penting untuk menjadi acuan dalam memahami dinamika yang terjadi dalam keluarga, termasuk keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dengan halusinasi.

Pemahaman konsep sistem sangat dibutuhkan untuk memahami kejadian-kejadian yang dialami keluarga. Sistem adalah suatu elemen kompleks yang dibutuhkan dalam suatu interaksi. Apabila diaplikasikan pada keluarga, konsep ini menekankan bahwa dalam mempelajari keluarga fokus perhatian bukan pada anggota keluarga sebagai individu, namun bagaimana semua anggota keluarga sebagai individu berinteraksi. Kompleksitas sistem keluarga dapat terlihat dari interaksi berbagai faktor seperti pola komunikasi keluarga, bagaimana mereka menciptakan dan menjaga privasi masing-masing anggota keluarga, sejauh apa

mereka kompak dan fleksibel, dan bagaimana mereka bisa hadir secara emosional satu sama lain. Pemahaman tentang interaksi faktor-faktor tersebut akan membantu perawat untuk mendapatkan gambaran umum mengenai kemampuan keluarga untuk beradaptasi dan menjalankan fungsi keluarga baik dalam kehidupan sehari-hari maupun ketika terjadi penyimpangan seperti adanya anggota keluarga yang mengalami skizofrenia (Fountaine, 2003).

Berikut ini akan dijelaskan bagaimana interaksi berbagai faktor yang dapat mengakibatkan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.

2.3.1 Fungsi dan tugas keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomis, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut ini dijelaskan keterkaitan beberapa fungsi keluarga dengan beban keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.

Fungsi afektif merupakan fungsi yang memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, seperti kebutuhan akan ditemani dan dicintai. Melalui pelaksanaan fungsi ini, keluarga menjalankan tujuan psikososial yang utama yaitu kemampuan stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan akrab dan harga diri (Friedman, 1998). Untuk mencapai kemandirian pada klien halusinasi, fungsi afektif harus dipenuhi dengan cara menghindari paksaan, membantu penuh kasih sayang, mendampingi saat anggota keluarga menjalani pengobatan dan memberikan penghargaan pada pasien akan upaya kemendiriannya.

Fungsi sosialisasi bertujuan untuk mengajarkan anak-anak mempersiapkan dan melakukan peran-peran sosial orang dewasa, berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk mentransformasikan seorang anak menjadi seorang individu yang mampu berpartisipasi dalam masyarakat. Keluarga dengan anggota keluarga mengalami skizofrenia diharapkan dapat membantu klien skizofrenia agar mampu melakukan hubungan sosial baik di dalam lingkungan keluarga itu sendiri maupun di luar lingkungan seperti berinteraksi dengan tetangga

sekitarnya, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada di wilayah tempat tinggalnya (Utami, 2008). Prilaku halusinasi membuat pola komunikasi keluarga dengan pasien terganggu, hal ini menjadi tantangan bagi keluarga bagaimana mengendalikan hubungan dan bagaimana menata lingkungan masyarakat untuk menerima perubahan pola hubungan pasien.

Fungsi ekonomi meliputi ketersediaan sumber-sumber keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber finansial dengan sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber-sumber untuk memenuhi kebutuhan seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistem nilai keluarga itu sendiri. Salah satu beban yang dialami oleh keluarga dengan halusinasi adalah beban ekonomi yang harus dikeluarkan untuk pengobatannya. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga untuk memanfaatkan sumber-sumber finansial yang tersedia baik dari keluarga itu sendiri, sumber yang ada di masyarakat dan pemerintah seperti jaminan kesehatan masyarakat agar pengobatan klien tetap berkelanjutan.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah memberikan perawatan kesehatan bagi seluruh anggota keluarganya. Tanggung jawab utama keluarga pada fungsi ini adalah memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional tenaga kesehatan (Friedman, 1998). Perawatan yang berkesinambungan melalui berobat secara teratur, keterlibatan pasien dalam aktifitas sehari-hari serta peran keluarga akan mengurangi angka kejadian halusinasi di rumah. Memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang bagaimana caranya memandirikan dan melibatkan kegiatan sehari-hari pasien.

Di dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga terdapat tugas-tugas keluarga yang harus dilaksanakan, menurut Friedman, (1998) ada lima tugas kesehatan keluarga untuk mewujudkan perannya secara baik, tugas-tugas tersebut akan dijabarkan berikut ini.

- 1) Mengetahui masalah setiap anggota. Pada fase ini pengetahuan yang harus dimiliki keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan halusinasi meliputi penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kekambuhan.
- 2) Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat. Persepsi keluarga terhadap kekambuhan mempengaruhi keputusan keluarga.
- 3) Merawat anggota keluarga, keluarga harus mampu merawat anggota keluarga termasuk menangani anggota keluarga yang mengalami halusinasi.
- 4) Mempertahankan situasi rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan klien. Hal ini bisa dilakukan dengan memberikan perhatian, memberikan *reinforcement* positif atau tidak menyinggung perasaan klien. Upaya yang dapat dilakukan adalah mempertahankan kekohesifan didalam keluarga, mengembangkan hubungan yang hangat dalam keluarga sehingga tercipta lingkungan yang terapeutik baik bagi klien maupun keluarga.
- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sarana kesehatan. Hal ini bisa dipenuhi dengan mengajak klien untuk kontrol secara rutin. Keluarga juga harus melihat sumber-sumber yang tersedia didalam keluarga itu sendiri maupun dari pemerintah yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pengobatan pasien halusinasi.

2.3.2 Peran keluarga

Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi keluarga didalam kelompok sosialnya (Sulistiawati, dkk 2005). Menurut Murty (2003), peran keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi terbagi dalam tiga tingkatan. Pertama, keluarga harus mampu melihat kebutuhan-kebutuhan klien dan mempertahankan kedekatan dalam keluarga dengan cara belajar keterampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi dukungan emosional. Kedua, keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti terapi suportif. Ketiga, keluarga harus mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien halusinasi merubah sikap dan prilakunya.

Dukungan keluarga sangat membantu dalam menyelesaikan beban yang di rasakan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, misal beban ekonomi, fisik maupun beban psikologis .

Adapun lima peran dari keluarga menurut Mohr (2006) adalah: memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga; membantu mengatasi masalah dan stress dalam keluarga secara aktif; memenuhi tugas dengan distribusi yang merata dalam keluarga; menganjurkan interaksi terhadap sesama anggota keluarga dan komunitas; dan meningkatkan kesehatan personal.

2.3.3 Struktur keluarga

Struktur keluarga didasarkan pada *organisasi*, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungannya dalam keluarga (Potter & Perry, 2005). Menurut Friedman (1998), struktur keluarga terdiri dari empat aspek yang saling berkaitan yaitu: struktur peran; sistem nilai; proses komunikasi; dan struktur kekuasaan. Struktur peran berkaitan dengan posisi dan peran dari masing-masing anggota keluarga, misalnya sebagai kepala keluarga, sebagai ibu, dan sebagai anggota keluarga. Keberadaan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia akan mempengaruhi posisi dan peran dari masing-masing anggota keluarga.

Sistem nilai merupakan dasar bagi keluarga untuk membentuk pandangan terhadap stressor dan membuat keputusan tentang bagaimana berespon terhadap stressor tersebut. Nilai-nilai yang dianut oleh keluarga berbeda-beda yang akan mempengaruhi kemampuan keluarga mengambil keputusan. Sebagai contoh, keluarga yang menganggap nilai kesehatan penting, akan berupaya untuk melakukan tindakan pencegahan kekambuhan, namun keluarga yang menganggap nilai kesehatan tidak penting cenderung akan mengabaikan tindakan pencegahan terhadap kekambuhan.

Proses komunikasi berkaitan dengan pencapaian hubungan diantara anggota keluarga termasuk didalamnya pola komunikasi. Komunikasi keluarga diukur dengan memfokuskan keluarga sebagai kelompok yang saling menghormati ditandai dengan adanya kemampuan mendengarkan, kemampuan menyampaikan pesan, kemampuan pengungkapan diri (*self disclosure*) dan

kemampuan fokus pada isi komunikasi. Komunikasi yang efektif akan mendukung kemampuan keluarga dalam menyelesaikan dan beradaptasi terhadap masalah. Saat mengalami kekambuhan pasien sering kali menunjukkan komunikasi yang tidak efektif seperti tidak mampu menyampaikan perasaan, tidak mampu memahami pesan dari orang lain, menginterupsi percakapan, mengungkapkan kata-kata kasar. Keluarga yang terbiasa berkomunikasi secara efektif akan mampu membantu pasien, sebaliknya untuk keluarga yang mempunyai kebiasaan berkomunikasi tidak efektif (Fontaine, 2003).

Struktur kekuatan berkaitan dengan proses pengambilan keputusan dan siapa yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan tersebut. Jika dalam pengambilan keputusan melibatkan dan mengakomodasi kepentingan seluruh anggota keluarga maka stabilitas keluarga dapat dipertahankan.

2.4 Dampak klien halusinasi bagi Keluarga.

Menurut WHO (2003), secara umum dampak yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga mengalami halusinasi adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stress terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Selain itu juga muncul beban keluarga karena stigma social terhadap penderita halusinasi tersebut, beban yang muncul bisa berupa psikologis.

Prilaku halusinasi adalah akibat kesalahan persepsi sensori dari kelima panca indra, penyimpangan prilaku klien sangat bervariasi tergantung dari tingkat terjadinya halusinasi. Penyimpangan prilaku yang terjadi meliputi; terseyum lebar, menggerakkan bibir tanpa membuat suara, perhatian menyempit, kesulitan berhubungan dengan orang lain, tampak cemas, tidak mampu mengikuti perintah, prilaku klien seperti di hantui terror, potensi kuat untuk bunuh diri atau membunuh orang lain, menarik diri, tidak bisa pada lebih dari satu orang.

Prilaku klien dengan halusinasi di atas menimbulkan beban bagi keluarganya, karena keluarga harus lebih sabar, perhatian, menyediakan waktu yang khusus, klien tidak mandiri dalam memenuhi kebutuhan sehari-harinya, selain itu masih banyak keluarga yang merasakan beban atau kesulitan dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi, keluarga sangat membutuhkan sumber-sumber dukungan seperti apa yang dapat mendukung keluarga tersebut dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi

2.4.1 Kekuatan Keluarga

Ketika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (halusinasi) hal tersebut akan memperburuk keadaan mental keluarga, tetapi itu lama-kelamaan akan menjadi biasa. Bahkan pada beberapa anggota keluarga tanpa disadari terjadi perubahan dalam komunikasi dan pada keluarga lain tanpa disadari berkerja sama untuk memulihkan atau memperbaiki komunikasi mereka sehingga menjadi lebih baik dibandingkan dengan sebelumnya (Barry. 1998). Belajar untuk mengatasi masalah yang terjadi merupakan kekuatan keluarga untuk berusaha mengontrol mereka (Stuart & Sunden, 1995). Menurut Friedman (1998) kekuatan keluarga terdiri dari: keterampilan komunikasi, kemampuan mendengar, kemampuan anggota keluarga berdiskusi dengan masalah, pengungkapan persepsi-persepsi tentang realitas yang sama dalam keluarga, keinginan keluarga untuk memiliki harapan dan apresiasi, bahwa perubahan mungkin saja terjadi, dukungan dari dalam keluarga, kemampuan memberikan penguatan satu sama lain, kemampuan anggota keluarga menciptakan suasana memiliki, kemampuan dalam merawat diri, kemampuan anggota keluarga bertanggung jawab terhadap masalah-masalah kesehatan, kemampuan anggota keluarga menjaga kesehatan mereka sendiri

Keterampilan memecahkan masalah, kemampuan anggota keluarga melakukan negosiasi dan memecahkan masalah dalam keluarga, kemampuan memusatkan perhatian pada kejadian-kejadian atau kekecewaan yang terjadi sekarang atau pada masa lalu, anggota keluarga memiliki kapasitas untuk

menggunakan pengalaman-pengalaman dari sumber-sumber yang ada di keluarga, masyarakat maupun pemerintah.

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat-sakit klien (Friedman, 1998). Umumnya mereka tidak sanggup merawatnya, setelah sebelumnya keluarga mencoba menyelesaikan masalah dengan anggotanya yang sakit dengan menyangkal bahwa mereka mempunyai masalah yang serius, atau melakukan kontrol yang berlebihan atau menarik diri, sehingga klien gangguan halusinasi biasanya dibawa ke Rumah Sakit setelah mereka lama berada di rumah (Stuart & Sunden, 2001)

Keluarga yang mempunyai kemampuan mengatasi masalah akan dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), penanggulangan perilaku maladaptif (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku adaptif (pencegahan tersier) sehingga derajat kesehatan klien dan keluarga dapat ditingkatkan secara optimal (Keliat, 1995). Maka peran keluarga sangat penting dari berbagai faktor:

1. Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungan. Keluarga merupakan institusi untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap, perilaku (Clenent & Buchanan 1982, dalam Keliat 1995). Individu menguji perilakunya di dalam keluarga dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tersebut, semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan di masyarakat.
2. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan jiwa (halusinasi) yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga.
3. Berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat klien untuk hidup, tetapi hanya fasilitas yang membantu klien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah, memanggualngi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif

4. Dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kekambuhan gangguan jiwa (halusinasi) adalah keluarga yang tidak tahu menangani perilaku di rumah

Peran keluarga dalam perawatan di rumah adalah :

1. Menciptakan lingkungan rumah yang sehat dan menyenangkan sehingga membantu memulihkan kesehatan fisik, psikologis dan sosial yang memuaskan.
2. Mengatasi dan ikut bertanggung jawab atas terlaksananya pengobatan lanjutan difasilitas kesehatan yang ada dan pengawasan dalam pemberian obat di rumah.
3. Membantu pelaksanaan kegiatan sebelum dan setelah perawatan klien dan bertanggung jawab atas kemandirian klien.
4. Menjalankan kerja sama yang baik dengan petugas kesehatan dalam rangka partisipasi dalam proses pengobatan dan pemulihan di rumah.
5. Menciptakan hubungan yang baik dengan lingkungan keluarga dan tetangga dalam rangka pemberian pengertian kepada masyarakat terkait tentang keadaan, perilaku dan penyakit klien sehingga bersifat positif, suportif dan membantu menenteramkan apabila klien memperlihatkan perilaku negatif.
6. Membantu mencari tempat kerja di masyarakat sehingga kondisi klien yang baik tetap dapat dipertahankan dan dikembangkan.
7. Berpartisipasi secara aktif dan konstruktif dalam proses terapi keluarga.

Dengan demikian, jelas sekali bahwa keluarga berperan penting dalam perawatan halusinasi dan proses terjadinya penyesuaian kembali klien di rumah. Oleh karena itu, peran keluarga dalam proses pemulihan, mencegah kekambuhan dan mengontrol halusinasi di rumah sangat diperlukan.

2.4.2 Beban Keluarga merawat klien dengan halusinasi

Kondisi klien dengan halusinasi tersebut dapat menimbulkan efek psikologis bagi keluarganya. Keluarga sering merasa malu dan marah terhadap tingkah laku klien (misalnya, tertawa – tawa sendiri, berperilaku aneh), dan tidak tahu apa yang harus dilakukan. Klien yang menderita seumur hidup menjadi beban bagi keluarga. Masalah yang sering dihadapi keluarga adalah klien susah jodoh, diasingkan oleh lingkungan dan sumber dana yang diperlukan.

Masalah yang dihadapi keluarga tidak dapat dihindarkan, karena klien dengan skizofrenia dengan halusinasi kronis memerlukan pembiayaan yang tidak sedikit (Walton-Moss, 2005).

Pada keluarga dengan gangguan jiwa, stressor yang dihadapi berbeda dengan keluarga dengan masalah kesehatan lain. Selain berkaitan dengan biaya yang dikeluarkan untuk perawatan, ketidakmampuan klien dalam memenuhi kebutuhan sehari – hari juga pada stigma masyarakat pada klien gangguan jiwa. Stressor yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa sering dikenal dengan beban keluarga (*family burden*).

Gangguan jiwa memberikan efek pada keluarga dari klien (Saunders, 1999 dalam Stuart & Laraia, 2005), disebut dengan beban keluarga (*family burden*). Menurut Mohr (2006), beban keluarga diartikan sebagai stress atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya.

Gangguan jiwa juga dapat dampak yang negatif pada keluarga. (Doornbos,1997 dalam Stuart&Laraia, 2001) yaitu; meningkatnya konflik dan stress keluarga, saling menyalahkan satu sama lain, kesulitan untuk mengerti dan menerima keluarganya yang sakit, meningkatnya emosi ketika berkumpul dan kehilangan energi, waktu, uang untuk merawat anggota keluarganya.

Gangguan jiwa memberikan efek pada keluarga dari klien (Saunders, 1999 dalam Stuart & Laraia, 2005), disebut dengan beban keluarga (*family burden*). Menurut Mohr (2006), beban keluarga diartikan sebagai stress atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya.

Gangguan jiwa dapat berdampak negatif pada keluarga. (Doornbos,1997 dalam Stuart&Laraia, 2001) dampak yang terjadi meliputi ; meningkatnya konflik dan stress keluarga, saling menyalahkan satu sama lain, kesulitan untuk mengerti dan menerima keluarganya yang sakit, meningkatnya emosi ketika berkumpul dan kehilangan energi, waktu, uang untuk merawat anggota keluarganya.

Menurut WHO (2001), beban keluarga keluarga diklasifikasikan menjadi 2 (dua) jenis yaitu *undefined burden* dan *hidden burden*.

- 1) *Undefined burden* (beban yang sulit diukur) adalah beban keluarga yang berhubungan dengan sosial dan ekonomi keluarga, masyarakat dan negara. Beban ini cukup substansial, tetapi tidak dapat diukur secara pasti karena tidak ada data yang pasti, contohnya ;
 - a) Kehilangan produktifitas prematur klien karena bunuh diri atau kecelakaan yang sering dialami oleh klien gangguan jiwa. Klien dengan halusinasi mempunyai resiko untuk mengalami kecelakaan atau bunuh diri. Klien mendengar suara – suara yang mengejek atau menyuruh untuk bunuh diri sehingga memicu klien untuk mengikuti suara yang didengarnya.
 - b) Kehilangan produktifitas klien yang mengalami gangguan jiwa, karena tidak dapat bekerja. Klien dengan halusinasi seringkali diikuti dengan gangguan dalam melakukan aktifitas sehari – hari yang merupakan gejala negatif yaitu menarik diri, apatis serta menurunnya proses pikir. Penurunan proses pikir ini mengakibatkan menurunnya kemampuan kerja sehingga hilang produktifitasnya.
 - c) Kehilangan produktifitas dari anggota keluarga karena harus merawat klien dengan gangguan jiwa. Produktifitas keluarga klien hilang karena klien gangguan jiwa memerlukan perawatan dan pengawasan yang optimal.
 - d) Berkurangnya produktivitas dari klien yang mengalami gangguan jiwa dalam pekerjaannya. Klien halusinasi tidak dapat konsentrasi bekerja karena terganggu dengan halusinasinya saat bekerja.
 - e) Kemungkinan terjadinya kecelakaan yang disebabkan klien yang mengalami gangguan jiwa. Misalnya klien bekerja sebagai sopir.
 - f) Ketergantungan klien gangguan jiwa terhadap dukungan dari orang yang merawatnya.
 - g) Biaya secara finansial baik langsung maupun tidak langsung klien yang mengalami gangguan jiwa

h) Pengangguran anggota keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga klien gangguan jiwa, kadang terpaksa tidak bekerja karena harus merawat klien halusinasi, sehingga angka pengangguran yang disebabkan oleh gangguan jiwa menjadi meningkat.

2) *Hidden burden* (beban tersembunyi)

Beban ini berhubungan dengan stigma, hak seseorang dan kebebasan. Beban ini sulit untuk diukur, contohnya;

- a. Dijauhi oleh teman, relasi, tetangga dan pimpinan tempat bekerja sehingga mengakibatkan klien dan keluarga merasa ditolak, sendiri dan depresi.
- b. Diperlakukan tidak adil diantara anggota keluarga. Klien gangguan jiwa sering dianggap merepotkan dan "aneh" sehingga keluarga mengabaikan dan memperlakukan klien dengan semena – mena.
- c. Stigma dari masyarakat. Hal ini menjadi masalah yang besar, karena memerlukan dukungan dari masyarakat. Bila masyarakat masih mengabaikan klien dengan gangguan jiwa, maka klien akan semakin sulit untuk sembuh.
- d. Sebagian besar stigma disebabkan oleh karena mitos, miskonsepsi serta kurang pengetahuan.

Berdasarkan penjelasan tentang beban menurut WHO, beban tidak dapat diukur secara pasti pada setiap orang yang mempunyai anggota keluarga mengalami gangguan jiwa.

Pembagian beban keluarga juga disampaikan oleh Mohr (2006) yaitu bahwa beban keluarga terbagi atas tiga (3) jenis; beban subyektif, beban obyektif dan beban iatrogenik. Uraianannya adalah sebagai berikut;

1) *Beban Obyektif*

Beban obyektif adalah masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan perawatan klien, yang meliputi; tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan, intervensi krisis. Keluarga

memerlukan biaya untuk klien di rumah sakit, mengantarkannya berobat. Hal ini akan semakin meningkat jika berlangsung lama.

2) Beban Subyektif

Beban subyektif adalah masalah yang berhubungan dengan kehilangan, takut, merasa bersalah, marah dan perasaan negatif lainnya yang dialami oleh keluarga sebagai respon terhadap anggota keluarga yang gangguan jiwa. Perasaan kehilangan timbul karena menganggap bahwa masa depan keluarga dan klien seolah telah berakhir (Willick, 1994 dalam Mohr, 2006). Perasaan takut, meliputi takut akan kehilangan hartanya untuk mengobati anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa. Perasaan lain adalah perasaan marah terhadap diri sendiri, marah terhadap keluarga, bahkan terhadap Tuhan, (Mohr, 2006).

3) Beban Iatrogenik

Beban yang tidak kalah pentingnya adalah beban iatrogenik yaitu beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang tidak mengetahui teori keluarga. Beban iatrogenik itu meliputi tentang pelayanan yang di berikan oleh tenaga kesehatan : dokter, perawat, farmasi, gizi , pelayanan dari tenaga penunjang lainnya: sosial worker, analisis, administrasi, informasi .Hal ini mengakibatkan proses pengobatan dan pemulihan tidak berjalan sesuai yang di harapkan.

2.4.3 Sumber Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung keluarga yang utama, keluarga itu dipandang sebagai sebuah sistem, maka keluarga apabila didalam keluarga terdapat satu orang anggota keluarga yang menderita sakit atau mempunyai masalah maka akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Keterlibatan keluarga dalam perawatan klien akan meningkatkan hasil yang optimal dibandingkan apabila hanya dilakukan perawatan secara individu saja.

Koping keluarga adalah upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2002). Koping keluarga sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, afektif, persepsi, dan respon perilaku yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk mengatasi masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa (Friedman 1998).

Koping keluarga di bagi menjadi dua yaitu koping keluarga internal dan koping keluarga eksternal (Friedman 1998). Koping keluarga internal atau intrafamilial adalah koping yang dilakukan dalam keluarga inti. Pertama strategi koping internal terdiri dari: mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, memelihara ikatan keluarga, mengontrol arti dan makna dari masalah, pemecahan masalah secara bersama-sama, fleksibilitas peran, dan normalisasi.

Ketika mengalami stres, keluarga berupaya saling mendukung dengan lebih mendekatkan diri satu sama lainnya. Kemampuan saling mengungkapkan perasaan tiap anggota terkait stress dapat membuat keluarga semakin dekat dan pada akhirnya saling mendukung dan berkerjasama dalam menghadapi stressor.

Normalisasi adalah koping intrafamilial yang berusaha menempatkan sesuatu senormal mungkin ketika mereka melakukan suatu koping terhadap suatu stressor jangka panjang yang cenderung mengganggu kelangsungan keluarga. Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa merupakan stressor jangka panjang bagi keluarga, sehingga keluarga berupaya memperlakukan pasien gangguan jiwa dengan normal sesuai kapasitas mereka, contohnya tetap melibatkan dalam aktivitas keluarga.

Kedua strategi koping eksternal atau ektrafamilial adalah koping yang dilakukan diluar keluarga inti. Kegiatan yang dilakukan pada koping ini meliputi: mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan sosial (menggunakan jaringan dukungan sosial informal,

menggunakan sistem-sistem sosial informal, menggunakan kelompok-kelompok mandiri), dan mencari dukungan spiritual.

Pencarian informasi sangat penting untuk membekali keluarga dalam menghadapi stressor. Beberapa penelitian membuktikan bahwa keluarga yang mencari informasi untuk mengatasi masalah lebih fungsional dibandingkan keluarga yang tidak mencari informasi (Friedman 1998). Informasi tentang stresor dapat didapatkan melalui buku, koran, majalah atau sumber ahli.

Memelihara hubungan aktif dengan komunitas berbeda dengan penggunaan sistem sosial. Kategori koping ini merupakan strategi koping keluarga yang berkesinambungan, jangka panjang, bersifat umum, dan bukan katagori yang dapat meningkatkan stressor spesifik tertentu (Friedman 1998). Walaupun keluarga harus merawat anggota keluarga dengan halusinasi, keluarga tetap harus menjalin hubungan dengan komunitas sekelilingnya, karena interaksi dengan komunitas secara tidak langsung akan memberikan dukungan pada keluarga.

Sumber dukungan sosial meliputi: jaringan kerja spontan dan informal, dukungan-dukkungan terorganisir non tenaga kesehatan dan dukungan terorganisir dari tenaga kesehatan (Friedman 1998). Bentuk dukungan sosial yang diberikan adalah dukungan pemeliharaan dan emosi bagi anggota keluarga. Dukungan spiritual, keyakinan terhadap Tuhan dan berdoa didefinisikan oleh keluarga sebagai cara paling penting bagi keluarga mengatasi stressor yang berkaitan dengan kesehatan, selain itu dukungan spiritual juga membantu keluarga mentoleransi adanya ketegangan yang kronis dan lama dalam keluarga (Friedman, 1998). Dukungan ini dapat dipenuhi dengan melakukan konseling spiritual dan melaksanakan kegiatan secara bersama-sama. Dukungan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting (Rodin & Salovey dalam Bart, 1994). Dukungan keluarga terhadap pasien halusinasi sangat berkaitan dengan fungsi suportif yang dikemukakan oleh Friedman (1998). Dukungan ini meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional.

Dukungan informasional dapat dipenuhi dengan kemampuan keluarga mencari sumber informasi dan memberikan penjelasan tentang kondisi penyakit pasien. Dukungan penilaian dipenuhi dengan memberikan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah pasien. Dukungan instrumental dilakukan melalui aktivitas perawatan pasien sehari-hari, misalnya pendampingan melakukan aktivitas kebersihan diri dan pendampingan minum obat. Dukungan emosional dipenuhi dengan memberikan pujian, menjaga kestabilan dan penguasaan terhadap emosi pasien.

Strategi koping internal dan eksternal yang adekuat akan mengurangi atau menghilangkan beban, sebaliknya jika koping tidak adekuat maka akan meningkatkan atau menambah beban keluarga. Peran perawat sangat dibutuhkan untuk membantu keluarga menggunakan semua sumber koping untuk mengatasi beban yang dirasakan dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi.

Huang, dkk (2008) melakukan penelitian kualitatif fenomenologi tentang pengalaman koping keluarga yang merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Penelitian ini dilakukan pada 10 orang partisipan. Hasil penelitian Huang menghasilkan dua tema yang menunjukkan koping keluarga yang digunakan untuk mengatasi masalah. Tema tersebut adalah mekanisme koping psikologis dan mekanisme koping sosial. Mekanisme koping psikologis terdiri dari berfikir positif dan mencari informasi. Mekanisme koping sosial meliputi perilaku mencari bantuan dari lingkungan sosial, tenaga kesehatan dan dukungan spiritual.

2.5 Peran Perawat Spesialis Keperawatan Jiwa

Beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi sangatlah kompleks sehingga sangat di butuhkan sumber dukungan baik dari internal keluarga maupun eksternal keluarganya, perawat sesuai peran dan fungsinya sangat punya andil yang sangat besar dalam mengoptimalkan sumber dukungan tersebut. Perawat spesialis keperawatan jiwa sebagai bagian dari tenaga

kesehatan mempunyai peran yang paling penting untuk berkontribusi menangani masalah ini. Hal ini bisa dijelaskan karena perawat adalah tenaga kesehatan terbesar dan paling banyak meluangkan waktu bersama pasien (Potter & Perry, 2005).

Pemberdayaan keluarga menurut Friedman (1998): mendorong peran serta aktif keluarga; mendengarkan kebutuhan anggota keluarga; mengakui kesetaraan keluarga dan tim kesehatan; memperluas pandangan keluarga tentang pilihan dan kesempatan yang tersedia; mendorong kemandirian keluarga menolong diri sendiri; mendukung keluarga dan klien melatih otonomi dan keteguhan memutuskan pilihan; menghargai kemampuan keluarga dan perawat dalam mempertahankan kesehatan dan mengelola masalah kesehatan; mengakui bahwa keluarga dan perawat memberi kekuatan dan sumber daya pada hubungan mereka; menemukan dan menguatkan sumber daya dan kemampuan keluarga sebagai dasar tanggung jawab; memberi pembelaan; membantu keluarga mengembangkan dukungan sosial dalam keluarga melalui pengembangan keterampilan berhubungan; dan memberi penghargaan atas perubahan positif yang dicapai keluarga.

2.5.1 Terapi Keperawatan Jiwa untuk Mengatasi Beban dan Meningkatkan Kemampuan Keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan gangguan jiwa.

Menurut Torrey (1995, dalam Carson, 2000), mencatat kemungkinan yang dapat terjadi pada klien skizofrenia yaitu ; duapuluh lima persen dapat sembuh total, duapuluh lima persen meningkat dengan baik, duapuluh lima persen meningkat cukup, lima belas persen tidak dapat disembuhkan, sepuluh persen meninggal karena bunuh diri atau kecelakaan. Berdasarkan uraian tersebut berarti sebenarnya masih ada harapan pada klien gangguan jiwa untuk dapat sembuh. Harapan tersebut tentunya harus didukung pula dengan terapi yang komprehensif terhadap yaitu kepada individu, keluarga dan masyarakat.

Bentuk terapi dalam kesehatan jiwa dilakukan berdasarkan dengan keyakinan bahwa individu itu adalah bagian dari system keluarga, kelompok dan komunitas. Sehingga terapi yang sering dilakukan dalam keperawatan jiwa adalah terapi individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Berangkat dari masalah tersebut, cara mengatasi beban keluarga dan meningkatkan kemampuan terdiri dari terapi generalis untuk keluarga , terapi keluarga, terapi kelompok dan terapi komunitas.

2.5.1.1 Terapi Keluarga

Terapi individu dalam meningkatkan kemampuan mempunyai tujuan agar keluarga dapat merawat klien di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien. Tim *Community Mental Health Nursing* (CMHN), telah menyusun dan menerapkan asuhan keperawatan kepada keluarga klien halusinasi melalui pendidikan kesehatan keluarga yang meliputi 3 tahap :

- a) Tahap I : menjelaskan tentang masalah yang dialami oleh klien dan pentingnya peran keluarga untuk mendukung klien
- b) Tahap II : melatih keluarga untuk merawat klien yaitu dengan melatih cara mengontrol halusinasi dengan cara berkomunikasi, pemberian obat dan aktifitas
- c) Tahap III : melatih keluarga merawat klien langsung

Terapi ini hendaknya diberikan kepada keluarga baik selama klien sedang di rawat di rumah sakit atau persiapan klien pulang. Terapi ini juga harus diberikan pada keluarga klien yang dirawat di rumah (komunitas).

Menurut Worley (1997), model intervensi ini dapat bermacam – macam, dapat dilakukan secara individu, kelompok (grup) serta keluarga. Kategorinya bebas sehingga dapat pula dikombinasikan. Dalam bab ini akan dijelaskan tentang terapi kelompok karena *Family Psychoeducation* adalah merupakan salah satu bentuk terapi kelompok yang dilakukan oleh perawat.

2.5.1.2 Family Psychoeducation

Murray dan Dixon (2003) mensintesis beberapa penelitian tentang *psychoeducation* yang akhirnya menjadi *Evidence Based Practice* dalam kesehatan jiwa. Kesimpulan mereka bahwa *Family Psychoeducation* adalah *evidence based practice* yang tingkat keefektifannya tinggi, terutama untuk mengurangi kekambuhan klien dengan skizofren dan gangguan skizoafektif. Hasilnya mengindikasikan bahwa klien yang mendapatkan terapi individu dan medis serta keluarga mereka yang mendapatkan intervensi ini kemungkinan kekambuhannya adalah 15 %, sedangkan yang hanya mendapatkan terapi medis dan individu saja kemungkinan kambuh 30 – 40 %. Disimpulkan juga bahwa *Family Psychoeducation* dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga serta menurunkan beban subyektif keluarga.

Family Psychoeducation adalah terapi yang digunakan untuk memberikan informasi terhadap keluarga yang mengalami distress, memberikan pendidikan pada mereka untuk meningkatkan ketrampilan untuk dapat memahami dan mempunyai koping akibat gangguan jiwa yang mengakibatkan masalah pada hubungan keluarganya (Goldenberg, I & Goldengerg, H., 2004). Selain itu terdapat pendapat lain bahwa *Family psychoeducation* adalah pemberian pendidikan kepada seseorang yang mendukung *treatment* dan rehabilitasi (_____ , 2006, *Psychoeducation*, www.psychoeducation.com, diambil tanggal 8 juli 2010). Sedangkan menurut Mohr (2006), terdapat perbedaan antara family therapy dan *Family Psychoeducation*.

Dalam *Family Psychoeducation* dikesampingkan tentang penyebab dari keluarga, yang terpenting adalah efek positif dari *treatment*. Berdasarkan pengertian – pengertian diatas maka inti dari terapi ini adalah pelibatan dan keikutsertaan keluarga termasuk didalamnya adalah melatih ketrampilan komunikasi dan perilaku dari keluarga.

1).Indikasi *Family Psychoeducation*

Indikasi dilakukannya untuk membantu semua orang yang memiliki masalah kesehatan mental atau masalah lain. Namun berdasarkan hasil penelitian, *family psychoeducation* sangat membantu untuk keluarga dengan : skizofrenia, skizoafektif, gangguan bipolar, depresi mayor dan *borderline personality disorder*.

2).Pelaksanaan *Family Psychoeducation*

Family psychoeducation lebih efektif dilakukan secara berkelompok. Hal ini diuraikan dalam *extended studies* yang mencatat bahwa *family psychoeducation* yang melibatkan 11 – lebih individu lebih signifikan dan efektif mencegah kekambuhan antara 9 – 18 minggu dari pada *treatment* yang dilakukan secara individual. (_____, 2003, *Psychoeducation* www.pschoeducation.com, diambil tanggal 8 juli 2010).

Namun secara umum, program komprehensif yang bekerja dengan keluarga seharusnya terdiri dari hal – hal sebagai berikut (Marsh, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005);

- a. Komponen yang dijelaskan untuk memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan mental.
- b. Komponen ketrampilan seperti komunikasi, resolusi terhadap konflik, pemecahan masalah, asertif, manajemen perilaku dan manajemen stress.
- c. Komponen emosional, yaitu memfasilitasi untuk berbagi, mengungkapkan perasaan dan sumber – sumber untuk rekreasi.
- d. Komponen proses keluarga yang berfokus pada koping terhadap gangguan jiwa .
- e. Komponen sosial, yaitu bagaimana meningkatkan hubungan terhadap dukungan formal maupun informal

Family Psychoeducation sebagaimana tujuannya adalah selain menambah pengetahuan pada keluarga diharapkan sebagai cikal bakal terbentuknya *self-help group*. Hal ini sangat penting dilakukan agar keluarga mendapatkan informasi secara kognitif maupun perilaku. Selain itu program ini dapat

meningkatkan kesempatan bagi para keluarga untuk tanya jawab, berbagi perasaan sosialisasi satu sama lain serta dengan tenaga kesehatan jiwa (Stuart & Laraia, 2005).

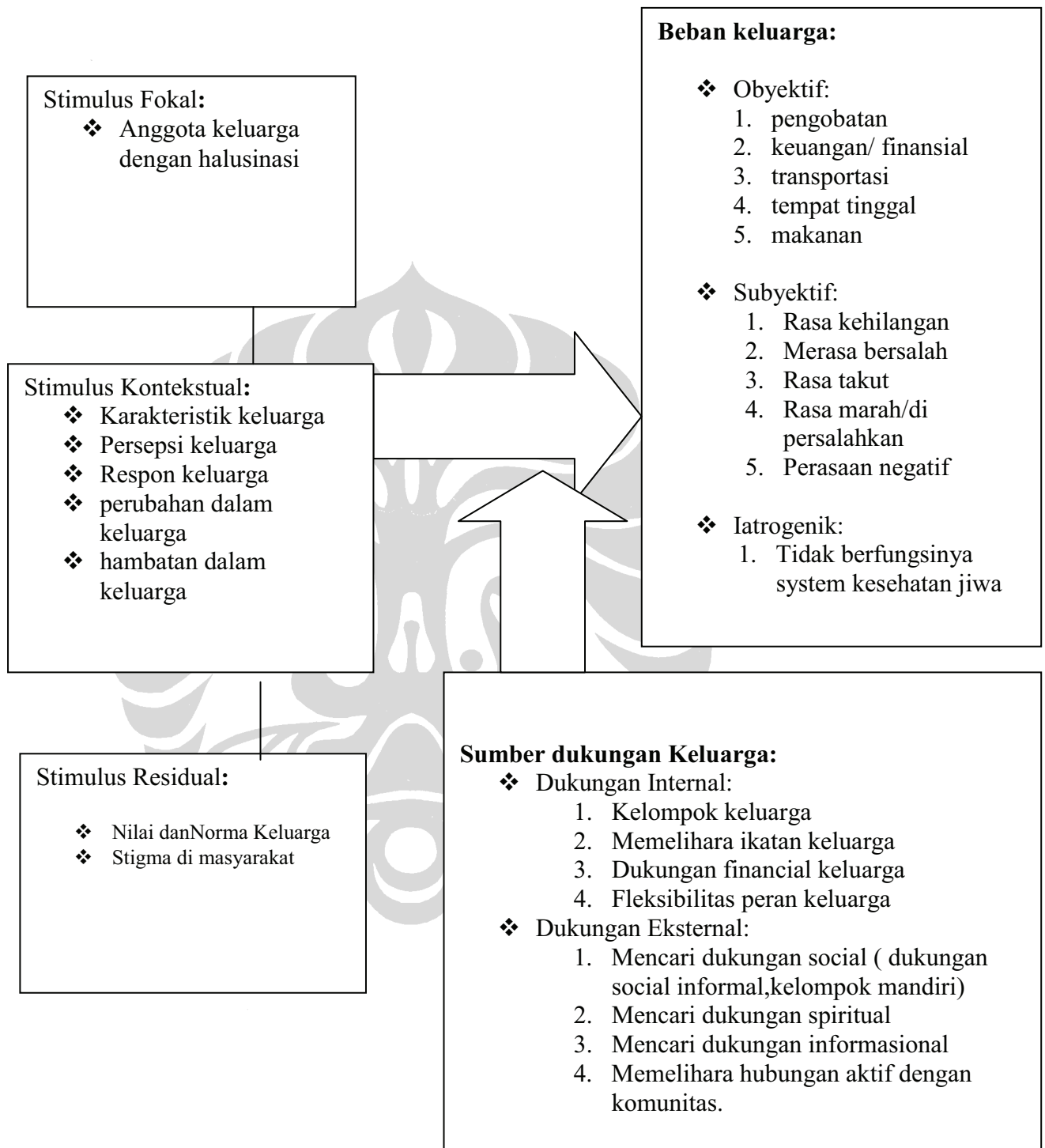
3). *Family Psychoeducation* pada Keluarga Klien dengan Halusinasi

Pada penelitian ini, *Family Psychoeducation* dilakukan pada keluarga dengan klien halusinasi. *Family Psychoeducation* diharapkan mampu meningkatkan kemampuan fungsi keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi dan mengurangi beban keluarga. Dalam penelitian ini akan dilakukan modifikasi terhadap prosedur, tanpa mengurangi komponen – komponen yang seharusnya ada dalam sebuah *Family Psychoeducation*. Pertimbangannya antara lain; (1) terapi ini dilakukan untuk keluarga klien dengan halusinasi, sehingga tidak semua materi harus disampaikan, (2) waktu penelitian yang singkat, sehingga terdapat materi yang bisa dijadikan satu.

- a. Sesi I (Pendahuluan) terdiri dari materi : penderita gangguan jiwa di Indonesia, sistem keluarga, *life-span perspective*, beban keluarga dengan halusinasi dan kebutuhan mereka dan diskusi
- b. Sesi II (Mengungkapkan Masalah) terdiri dari materi : masalah halusinasi, tanda dan gejala halusinasi , gangguan jiwa bisa sembuh dan diskusi
- c. Sesi III (Penyelesaian Masalah) terdiri dari materi : manajemen gejala dan masalah halusinasi, manajemen stress dan mengatasi kekambuhan halusinasi, diskusi dan bermain peran
- d. Sesi IV (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan), hambatan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan, mengatasi hambatan, diskusi dan tanya jawab
- e. Sesi V (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas, pembentukan kelompok swabantu, diskusi dan tanya jawab

Kerangka Pikir

Skema 2.1 : Kerangka Teori penelitian dengan Modifikasi dari Model Adaptasi Roy.



BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang desain penelitian, pemilihan partisipan, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, analisa data, dan keabsahan data.

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi. Alasan pemilihan metoda fenomenologi adalah karena berdasarkan hasil studi pendahuluan di temukan tentang beban dan sumber-sumber dukungan keluarga klien dengan halusinasi . Untuk menjawab masalah tersebut peneliti perlu menguraikan atau mengeksplorasi pengalaman beban dan sumber dukungan keluarga melalui wawancara mendalam, oleh karena itu dengan metoda fenomenologi lebih tepat di gunakan dalam penelitian ini.

Fenomenologi merupakan salah satu metode pada penelitian kualitatif. Metode fenomenologi berfokus pada penemuan fakta terhadap suatu fenomena sosial dan berusaha memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif partisipan (Struebert & Carpenter, 1999; Poerwandari, 2005). Metode fenomenologi dipilih karena penelitian ini hanya ingin menguraikan atau mengeksplorasi tentang beban keluarga dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi.

Menurut Speziale dan Carpenter (2003), ada enam langkah utama pada studi fenomenologi yaitu: *descriptive phenomenology*, *phenomenology of essences*, *phenomenology of apperances*, *constitutive phenomenology*, *reductive phenomenology*, dan *hermeneutic phenomenology*. Penelitian ini dilakukan oleh peneliti hanya menggunakan langkah awal dalam penelitian fenomenologi yaitu fenomenologi deskriptif dengan mengeksplorasi langsung, menganalisis dan mendeskripsikan fenomena beban keluarga dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi. Proses penelitian

fenomenologi deskriptif terdiri tiga tahap, yaitu *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Spielgelberg, 1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999).

Tahap *intuiting* adalah tahap dimana peneliti mulai masuk secara total atau menyatu dengan fenomena yang akan diteliti. Agar data-data yang diberikan partisipan bersifat alami dan bebas dari asumsi peneliti. Pada tahap *analyzing*, peneliti mengidentifikasi esensi/intisari fenomena beban dan sumber dukungan keluarga dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan elemen-elemen (kata kunci, katagori, sub tema dan tema) yang terkait dengan fenomena.

Tahap *describing*, merupakan tahap terakhir dari fenomenologi deskriptif. Pada tahap ini peneliti membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena, yaitu mendiskripsikan beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi dalam bentuk makalah atau laporan penelitian.

3.2 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga yang merawat klien yang mengalami perilaku halusinasi dan pernah atau sedang di rawat di RSJ Cimahi dan berdomisili di wilayah Cimahi dan Bandung Propinsi Jawa Barat.

Sampel pada penelitian ini adalah partisipan yang memenuhi kriteria inklusi dan diseleksi melalui proses rekrutmen. Rekrutmen dilakukan dengan metode *purposive sampling*, dimana peneliti sengaja memilih partisipan karena dianggap mempunyai karakteristik tertentu, yang dapat memperkaya data penelitian (Macne, 2004).

Partisipan pada penelitian ini adalah keluarga-keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan perilaku halusinasi yang berdomisili di wilayah Cimahi dan Bandung, dimana salah satu anggota keluarga tersebut menjadi care giver.

Yang di maksud dengan care giver dalam penelitian ini adalah satu anggota keluarga yang memiliki peran dan tanggung jawab dalam mendampingi dan merawat anggota keluarga dengan perilaku halusinasi.

Kriteria partisipan dalam penelitian ini adalah care giver klien dengan halusinasi, mampu berkomunikasi dalam bahasa Indonesia, bersedia menjadi partisipan dengan memberikan persetujuan dan menandatangani lembar persetujuan menjadi

partisipan. Pada penelitian ini partisipan yang di gunakan adalah 6 partisipan dari delapan partisipan yang sudah di persiapan, karena saturasi data di temukan pada partisipan 6, semua partisipan sesuai dengan kriteria yang ditetapkan, dalam prosesnya ada satu partisipan yang mengundurkan diri hal ini terjadi karena partisipan tidak mau di eksplere tentang pengalaman pribadinya. Selanjutnya peneliti mengganti dengan partisipasi yang lain yang sudah di persiapan, hal ini di dukung teori yang mengatakan bahwa partisipan dalam penelitian kualitatif jumlah partisipan di tentukan oleh saturasi data, yaitu partisipan sampai pada suatu titik kejenuhan dimana tidak ada informasi baru yang didapatkan dan pengulangan sudah di capai (Polit & Hungler,1999).

Hal ini juga sesuai dengan rekomendasi dari Riemen (1986 dalam Creswell,1998) bahwa jumlah partisipan yang ideal dalam penelitian kualitatif dengan metoda fenomenologi adalah 3-10 partisipan.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada keluarga pasien yang mengalami perilaku halusinasi yang pernah atau sedang di rawat di RSJ Cimahi dan berdomisili di Cimahi dan Bandung. Penulisan proposal sebagai rangkaian awal proses penelitian dilakukan sejak minggu pertama bulan Februari 2010. Proposal penelitian rencana diujikan pada minggu keempat Maret 2010. Setelah proposal dinyatakan lulus uji kelayakan untuk dilakukan oleh tim penguji, peneliti selanjutnya mengurus ijin penelitian, uji etik dan melakukan uji coba terhadap kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam.

Pengumpulan dilakukan dalam kurun waktu tiga minggu mulai minggu kedua bulan Mei sampai awal bulan juni 2010. Transkrip hasil pengumpulan data di analisis mulai minggu kedua bulan juni 2010. Penyusunan laporan mulai minggu ketiga sampai minggu keempat bulan juni 2010.

3.4 Etika Penelitian

Dalam pertimbangan etik penelitian untuk melindungi hak partisipan, terutama jika penelitian dilakukan terhadap kelompok rentan seperti anak-anak, lanjut usia, pasien gangguan jiwa maupun keluarganya. Keluarga pasien dengan halusinasi termasuk kelompok rentan karena mereka menanggung beban fisik

dan psikologis yang berat akibat merawat anggota keluarga dengan kebutuhan khusus. Peneliti harus sensitif saat bekerja dengan kelompok ini.

Penelitian ini mengacu pada prinsip etik yaitu

1. *Beneficence*: menghargai martabat manusia, dan prinsip keadilan menurut Polit dan Hungler (1997), Untuk memenuhi prinsip *beneficence* peneliti harus memastikan bahwa penelitian ini bebas dari bahaya (fisik maupun emosional) dan eksploitasi serta menjamin bahwa manfaat dari penelitian ini lebih besar dari risiko yang mungkin ditimbulkan. Pada saat wawancara, ada salah satu partisipan menangis yang tidak terkendali saat menceritakan tentang suaminya, peneliti berusaha untuk berempati dengan partisipan dengan cara menganjurkan kepada partisipan untuk menarik napas dalam sampai beberapa menit, dan peneliti menghentikan proses wawancara sampai partisipan tenang kembali dan bias melanjutkan ceritanya.
2. *Self determination* yaitu menghargai martabat manusia dengan memberikan hak untuk menentukan pilihan dan hak mendapatkan penjelasan secara lengkap. Selain menentukan keterlibatannya, partisipan juga berhak menentukan waktu dan tempat dimana wawancara akan dilakukan. Pada saat sebelum wawancara peneliti membuat kontrak atau kesepakatan tentang waktu dan tempat penelitian dan dari enam partisipan hanya satu yang minta wawancaranya di rumah sakit, yang lima partisipan lebih memilih di rumahnya.
3. *Informed consent* Yaitu: hak untuk menentukan pilihan, mendapatkan penjelasan lengkap merupakan dua elemen utama yang menjadi dasar dilakukan sebelum penelitian (Hamid, 2008). Sebelum peneliti melakukan wawancara peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta konsekuensinya, semua partisipan tidak keberatan dan langsung menandatangani persetujuan menjadi partisipan.
4. Prinsip keadilan meliputi hak mendapatkan perlakuan yang adil dan hak mendapatkan keleluasaan pribadi (*privacy*). Keadilan terbagi menjadi keadilan komparatif dan keadilan non komparatif. Keadilan komparatif

adalah memberikan suatu sesuai kebutuhan subjek sementara keadilan non komperatif memberikan sesuatu secara adil tanpa melihat kebutuhan (Potter dan Pery 2005).

5. Hak *anonymity* dipenuhi peneliti dengan tidak menuliskan nama dan inisial partisipan pada data, namun hanya menuliskan kode. Jaminan akan hak *anonymity* dan *confidentiality* membuat partisipan lebih terbuka dan nyaman dalam menguraikan beban yang di rasakan dan sumber dukungan dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan instrumen penelitian yaitu peneliti sendiri sebagai instrumentnya, dengan menggunakan alat bantu camera digital, panduan wawancara dan *field note* (catatan lapangan). Sebagai alat kemampuan peneliti melakukan wawancara sangatlah penting, karena kemampuan wawancara yang baik akan menghasilkan data yang kaya (Irawan, 2006). Pengumpulan data dilakukan di rumah partisipan pada sore hari setelah partisipan menyelesaikan pekerjaan sehari-harinya, hanya satu partisipan yang wawancaranya di rumah sakit, karena sulit di temui kalau di rumahnya.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pada penelitian ini peneliti menggunakan tehnik wawancara mendalam dengan menggunakan pertanyaan terbuka dan semi terstruktur dalam proses pengumpulan data. Selain wawancara mendalam peneliti juga menggunakan catatan lapangan untuk mengidentifikasi. Sebelum wawancara dilakukan peneliti menemui partisipan dengan didampingi oleh perawat ruangan yang akan membantu mengenalkan dengan pasien dan keluarganya. Pertemuan pertama bertujuan untuk membina hubungan saling percaya (bagi partisipan yang belum mengenal peneliti), melakukan *informed consent*, penandatanganan lembar persetujuan berpartisipasi dalam penelitian, pengisian data demografi, dan menyetujui waktu wawancara akan dilaksanakan.

Pada saat wawancara, peneliti menggunakan tehnik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan jenis pertanyaan semi terstruktur untuk menggali pengalaman partisipan. Respon non verbal dan situasi selama proses wawancara. Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari tiga tahap yaitu: tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap terminasi.

3.6.1 Tahap persiapan

Pada tahap ini, peneliti mengurus izin penelitian yang diawali dengan minta surat permohonan penelitian dari fakultas di tujukan direktur Rumah Sakit Jiwa Propinsi Jawa Barat, tembusan kepada bidang perawatan, kepada Kepala seksi pendidikan dan latihan serta tembusan kepada kepala seksi perawatan.

Selanjutnya peneliti meminta izin dengan kepala ruangan dan kepala rawat jalan untuk mengidentifikasi partisipan yang sesuai dengan kriteria partisipan yang sudah ditetapkan, setelah teridentifikasi partisipan sesuai kriteria peneliti membuat kontrak untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, setelah partisipan memahami, maka partisipan mengisi lembar persetujuan menjadi partisipan dalam penelitian ini. Sambil melengkapi data demografi partisipan, peneliti membuat kontrak waktu, tempat dan lamanya penelitian sesuai kesepakatan dengan partisipan.

3.6.2 Tahap pelaksanaan

Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara sesuai kesepakatan yang dilakukan sebelumnya dengan mengingatkan kembali kontrak yang sudah dibuat bersama partisipan, selanjutnya peneliti menghidupkan alat perekam sambil mengajukan pertanyaan yang pertama tentang pengalaman keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi, selanjutnya menanyakan kembali tentang kesulitan atau beban yang dialami selama merawat klien, sampai pertanyaan yang lainnya yang mendukung pada tujuan penelitian.

Selama wawancara peneliti juga melakukan catatan lapangan untuk menuliskan respon non verbal dari partisipan. Setelah selesai wawancara peneliti membuat kesimpulan tentang hasil wawancara sambil mengklarifikasi pernyataan dari partisipan. Selanjutnya peneliti memberikan ucapan terimakasih, kemudian membuat terminasi sementara dengan membuat kontrak untuk pertemuan selanjutnya.

3.6.3 Tahap terminasi

Pada tahap ini peneliti melakukan validasi tema akhir atau gambaran fenomena yang di alami oleh partisipan sebelum menggabungkan data yang muncul selama validasi di lakukan oleh peneliti, kemudian peneliti menanyakan apakah hasil transkrip tersebut sesuai dengan apa yang telah di sampaikan partisipan selama proses wawancara. Seluruh partisipan menyetujui isi transkrip wawancara maupun tema sebagai hasil penelitian, kemudian peneliti menyampaikan gambaran keadaan yang di alami partisipan berdasarkan intuing peneliti terhadap tema hasil analisis.

3.7 Keabsahan Data

Terdapat empat (4) langkah dalam melakukan validasi data pada penelitian kualitatif menurut Streubert & Carpenter, (1999), dan Maleong,(2004) yaitu: *Credibility, dependability, confirmability, dan transferability*, Berikut ini di uraikan criteria validasi tersebut yaitu:

3.7.1 *Credibility* (kepercayaan) di lakukan peneliti dengan cara mengembalikan transkrip wawancara atau data yang di peroleh kepada partisipan untuk mengecek kebenaran dari data yang di berikan mengenai pengalaman dalam merawat klien dengan halusinasi. Pada akhir wawancara peneliti mengulangi kembali garis besar hasil wawancara baik secara lisan maupun laporan tertulis kepada partisipan (*member check*).

3.7.2 *Dependability* (kebergantungan) adalah kesetabilan data pada setiap waktu dan kondisi. Pada criteria ini kebergantungan peneliti harus berkomunikasi dengan peneliti lain untuk berdiskusi atau eksternal review, peneliti akan mengkonsultasikan hasil temuan dengan pembimbing sebagai narasumber (Polit & Beck, 2004).

Eksternal reviewer dalam penelitian ini adalah dosen pembimbing tesis yang memeriksa cara dan hasil analisis yang di lakukan oleh peneliti, memberikan penekanan dan arahan dalam menggunakan data hasil penelitian yang telah di peroleh untuk di gunakan selama proses analisa data.

3.7.3 *Transferability* (keteralihan) mengandung makna sejauh mana hasil penelitian yang dilaksanakan pada populasi tertentu dapat diterapkan pada

populasi yang lain (Polit & Beck, 2004). Menurut Maleong (2000) untuk melakukan pengalihan tersebut, peneliti hendaknya mengumpulkan kejadian ilmiah (*empiris*) tentang kesamaan konteks.

Menyerahkan hasil temuan terhadap segala kemungkinan, agar tetap memiliki makna terhadap orang lain dalam situasi yang sama (Streubert & Carpenter, 1999). Pada penelitian ini proses transferability dengan cara menggambarkan tema-tema hasil penelitian kepada partisipan lain yang tidak terlibat dalam penelitian ini dan memiliki karakteristik yang sama, kemudian mengidentifikasi apakah partisipan tersebut menyetujui tema-tema yang dihasilkan oleh peneliti. Dalam penelitian ini, peneliti tidak melakukan transferability karena keterbatasan waktu.

3.7.4 *Confirmability*

Confirmability mengandung pengertian bahwa sesuatu itu obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat, dan penemuan seseorang (Streubert & Carpenter, 1999).

Confirmability dalam penelitian ini dilakukan dengan *inquiry audit* melalui penerapan *audit trail*. Peneliti mengumpulkan hasil wawancara dan catatan lapangan, dan meminta dosen pembimbing tesis membandingkan sebagai *eksternal reviewer* dengan melakukan analisis perbandingan untuk menjamin hasil penelitian. Selain itu *confirmability* juga dilakukan dengan meminta konfirmasi kepada partisipan terkait transkrip wawancara atau kisi-kisi hasil analisis tema yang telah disusun.

3.8 Pengolahan dan Analisa Data

Metode analisis data yang lazim digunakan pada studi fenomenologi yaitu metode Colaizzi, Giorgi, dan Van Kam (Polit dan Beck 2004). Peneliti memilih metode Colaizzi karena metode ini memberikan langkah-langkah yang sederhana, jelas, dan rinci.

Proses transkripsi ini dilakukan dengan cara :

- 3.8.1 memutar kembali kaset hasil rekaman dan menuliskannya kata demi kata ke dalam file komputer.
- 3.8.2 Transkrip ini di uji keakuratannya dengan mendengarkan kembali rekaman wawancara sambil membaca transkrip.
- 3.8.3 Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal partisipan, diintegrasikan

dalam transkrip sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara.

- 3.8.4 Setelah membaca berulang-ulang, peneliti menentukan pernyataan-pernyataan yang signifikan terkait dengan fenomena yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian.
- 3.8.5 Jika terdapat pengulangan pernyataan yang mengandung makna yang sama atau hampir sama pada transkrip partisipan yang sama, maka pernyataan tersebut diabaikan.
- 3.8.6 Kata kunci diidentifikasi melalui penyaringan pernyataan-pernyataan tersebut. Kata kunci-kata kunci yang memiliki arti yang relatif sama diformulasikan menjadi satu kategori.
- 3.8.7 Penentuan kategori dilakukan dengan sangat hati-hati agar tidak terjadi penyimpangan arti dari pernyataan partisipan. Kategori-kategori yang sama dikelompokkan dalam satu sub-sub tema. Sub-sub tema yang sejenis selanjutnya dikelompokkan ke dalam sub tema yang lebih umum. Tema terbentuk dari pengelompokkan beberapa sub tema yang mengandung makna yang setara.
- 3.8.8 Selanjutnya peneliti merujuk kesesuaian tema yang terbentuk dengan tujuan khusus penelitian.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian “Bagaimana pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi”. Bagian ini terdiri dari uraian tentang karakteristik partisipan dan tema-tema yang dihasilkan pada penelitian ini.

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berasal dari enam keluarga pasien dengan perilaku yang sedang atau pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Cimahi Propinsi Jawa Barat. Secara umum partisipan adalah keluarga inti pasien seperti ibu, suami, istri dan kakak pasien. Usia partisipan termuda 38 tahun dan tertua 59 tahun. Tingkat pendidikan partisipan terbanyak adalah SLTA. Lama merawat pasien terpendek adalah lima tahun dan terlama dua belas tahun. Seluruh partisipan merawat anggota keluarga (pasien) dengan perilaku halusinasi.

Karakteristik partisipan yang peneliti paparkan di sini adalah usia, agama, suku, pendidikan terakhir, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit yang di rawat.

Berikut ini akan di uraikan karakteristik dari seluruh partisipan sebagai berikut:

Partisipan pertama:

Partisipan pertama adalah ibu klien bernama Ny.S usia saat ini 50 tahun, beragama Islam, suku sunda, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, status menikah. Partisipan satu merawat anaknya dengan karakteristik sebagai berikut: umur 24 tahun, pendidikan SMA, belum menikah, tidak bekerja, sudah mengalami halusinasi selama 5 tahun, dirawat di RSJ Bandung sebanyak 3 kali.

Partisipan kedua:

Partisipan kedua adalah suami klien bernama Tn.B usia saat ini 38 tahun, beragama Islam, Suku jawa, pendidikan terakhir Sarjana Teknik Mesin, pekerjaan wiraswasta, Status menikah. Partisipan kedua merawat istrinya dengan karakteristik sebagai berikut: klien berumur 35 tahun, status menikah, pendidikan Sarjana, pekerjaan Ibu rumah tangga, sudah mengalami perilaku halusinasi sudah 6 tahun, di rawat di Rumah Sakit Jiwa Cimahi baru sekali dan sekarang rawat jalan.

Partisipan tiga :

Partisipan ketiga adalah suami klien bernama Tn. S usia saat ini 38 tahun, beragama islam, suku sunda, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan wiraswasta, status menikah, merawat istrinya dengan karakteristik sebagai berikut: klien berumur 28 tahun, setatus menikah, pendidikan SLTA, pekerjaan ibu rumah tangga, sudah mengalami halusinasi selama 8 tahun, sekarang di rawat di Rumah Sakit Jiwa Cimahi sudah yang ketiga kalinya.

Partisipan empat:

Partisipan keempat adalah istri klien bernama Ny.Sy usia saat ini 48 tahun, beragama islam, suku Betawi, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan Ibu rumah tangga, Status menikah, merawat suaminya dengan karakteristik sebagai berikut: klien berumur 49 tahun, pendidikan SLTA, pekerjaan PNS, mengalami halusinasi sudah 10 tahun, klien sekarang sedang dirawat yang ke tiga kalinya.

Partisipan lima :

Partisipan kelima adalah kakak klien bernama Tn.H.D usia saat ini 59 tahun, beragama islam, suku sunda, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan wiraswasta, status menikah, merawat adiknya dengan karakteristik sebagai berikut: klien berumur 54 tahun, pendidikan SLTA, status duda, tidak bekerja, klien sering keluar masuk rumah sakit, sekarang sedang di rawat di Rumah Sakit Jiwa Cimahi.

Partisipan enam:

Partisipan keenam adalah suami klien bernama Ny.Y usia saat ini 42 tahun, beragama islam, suku sunda, pendidikan terakhir SD, pekerjaan pembantu rumah tangga, status menikah, merawat suaminya dengan karakteristik sebagai berikut: klien berumur 40 tahun, pendidikan SMP, status menikah, pekerjaan pengumpul barang bekas, mengalami halusinasi sudah 6 tahun , saat ini di rawat yang ke dua.

Karakteristik partisipan dapat diamati lebih jelas pada tabel berikut ini:

Tabel 4.1:

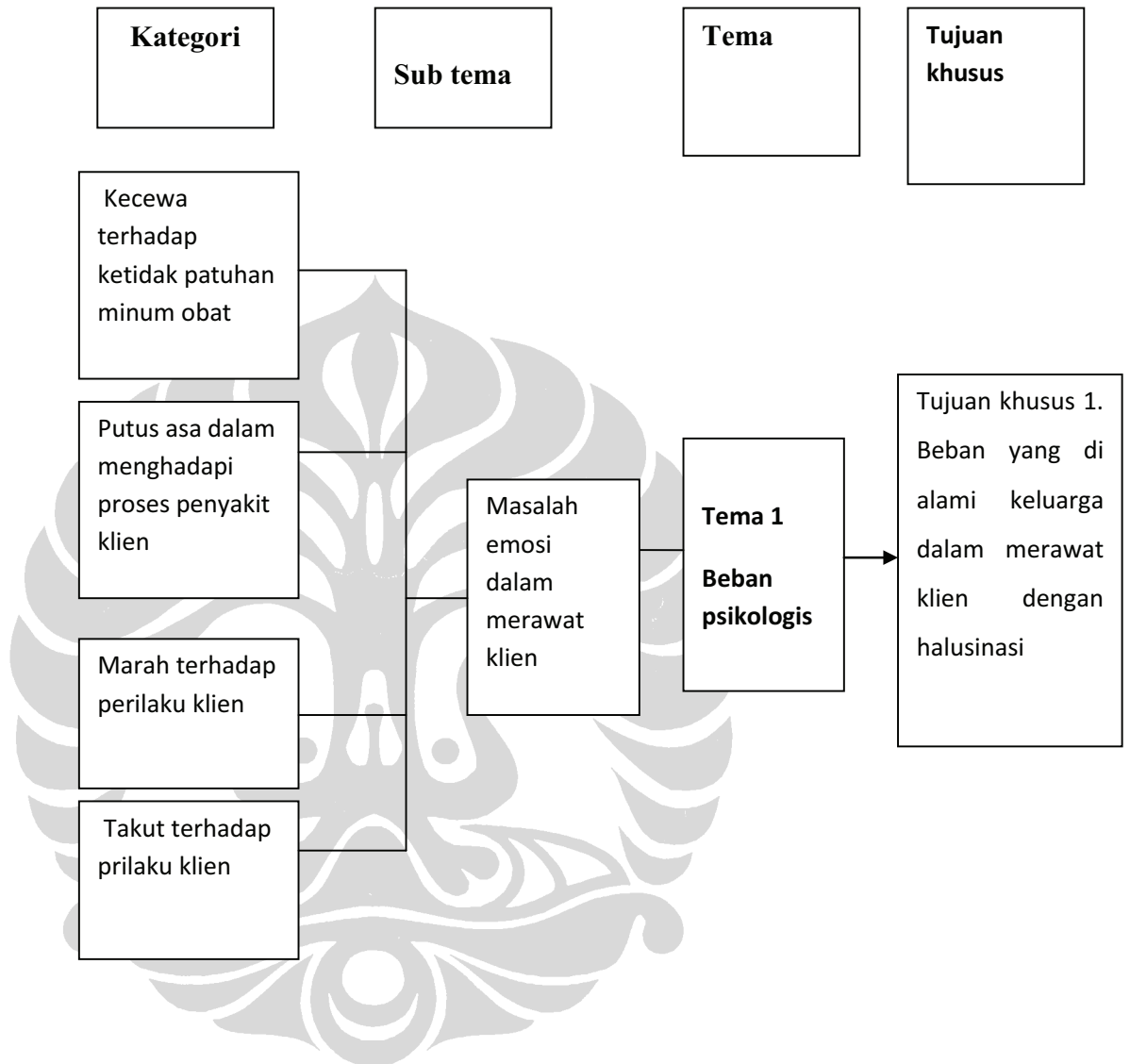
Rekapitulasi karakteristik Partisipan

Partisipan	Usia	Agama	Suku	Pendidikan	Pekerjaan	Lama merawat
1	50	Islam	Sunda	SD	IRT	5 tahun
2	38	Islam	Jawa	S1	wiraswasta	6 tahun
3	38	Islam	Sunda	SMA	wiraswasta	8 tahun
4	48	Islam	Betawi	SMA	IRT	10 tahun
5	59	Islam	Sunda	SMA	wiraswasta	12 tahun
6	42	Islam	Sunda	SD	Pembantu	6 tahun

4.2 Analisis Tema

Berikut ini akan di uraikan analisis tematik yang di lakukan pada studi ini melalui beberapa tahapan yaitu: 1) membaca kembali hasil observasi dan hasil wawancara mendalam sambil mendengarkan kembali rekaman wawancara secara seksama, 2) membuat transkrip verbatim secara teliti, untuk menganalisis data-data secara lengkap dari hasil wawancara mendalam dan observasi, kalau ada yang kurang, mendengarkan kembali hasil rekaman wawancara mendalam, 3) melakukan klarifikasi data dengan mengembalikan semua transkrip kepada semua partisipan, 4) menganalisis kata kunci dengan menggarisbawahi atau membuat kode pada kata yang bermakna, 5) menganalisis beberapa kata kunci yang sama untuk di susun menjadi kategori, 6) menganalisis kategori-kategori untuk membuat tema 7) tema yang sudah tersusun di analisis apakah menjawab tujuan penelitian atau tidak dengan cara mendiskusikan dengan pembimbing. Tema-tema yang dihasilkan akan dijabarkan berdasarkan tujuan khusus penelitian. Hasil analisis tema-tema tersebut adalah sebagai berikut:

Skema 4.1. Proses Analisa Tema 1



Tema 1: Beban psikologis

Beban yang di alami keluarga dalam merawat klien dengan perilaku halusinasi merupakan beban yang di rasakan adalah beban psikologis, hal ini di dapat dari sub tema masalah emosi dalam merawat klien. Kategori yang peneliti temukan adalah **kecewa karena ketidak patuhan minum obat, putus asa dalam menghadapi proses penyakit klien.**

Kategori **kecewa karena ketidakpatuhan minum obat** dinyatakan oleh partisipan dengan menjelaskan bahwa keluarga merasa kecewa dengan perilaku klien yang sering tidak patuh dalam minum obatnya. Hal ini di ungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

*“...Kesulitanya teh tidak mau minum obat sekarang teh ngak mau karena trauma gitu,jadi malas minum obat harus di paksa gitu .menolak minum obat katanya takut overdosis, itu kan obat Narkoba gitu nanti ketagihan, katanya habis minum obat kepalanya pusing makanya malas minum obat, jadi saya **kesel kecewa** gitu” (Partisipan 1)*

*“...kadang di paksa , kalau di paksa marah, pernah obatnya di buang , ya gemana ya mas jadi **kesel** pengen **marah kecewa juga**,...(Partisipan 2)*

Sedangkan kategori **rasa putus dalam menghadapi proses penyakit klien**, sebagaimana seperti di ungkapkan oleh partisipan berikut:

*“...selama enam tahun minum obatnya,tapi belum kelihatan hasilnya, kadang klien menolak untuk minum obatnya, kadang mancul mas **putus asa** , frustrasi kok ngak ada perubahannya.....” (Partisipan 2)*

*“.....sekarang teh ngak mau karena trauma gitu,jadi malas minum obat harus di paksa gitu . katanya takut overdosis, itu kan obat Narkoba gitu nanti ketagihan katanya jadi bingung di bilang **putus asa** ya sih sudah lama minum oabatnya lima tahunan ada kan....”(Partisipan 1)*

Sedangkan kategori **marah terhadap perilaku klien**, sebagaimana seperti di ungkapkan oleh partisipan berikut:

“...Kalau pas kumat teh suka ngomong-ngomong kayak ada temannya gitu padahal dia teh sendirian, mang yadi mukul –mukul tembok, jadi berisik,apalagi kalau jadinya/ kambuhnya malam hari, ya pada ngak bisa tidur lagi,.. **sebenarnya pengen marah tapi gemana ya** , nanti di anggap saruana(Partisipan 5)

“...terusan **saya kepancing mudah marah** kalau bapak lagi jadi gitu(Partisipan 4)

“...Kalau pas kumat teh suka ngomong-ngomong kayak ada temannya gitu padahal dia teh sendirian, mang yadi mukul –mukul tembok, jadi berisik,apalagi kalau jadinya/ kambuhnya malam hari, ya pada ngak bisa tidur lagi,.. **sebenarnya pengen marah tapi gemana ya** (partisipan5)

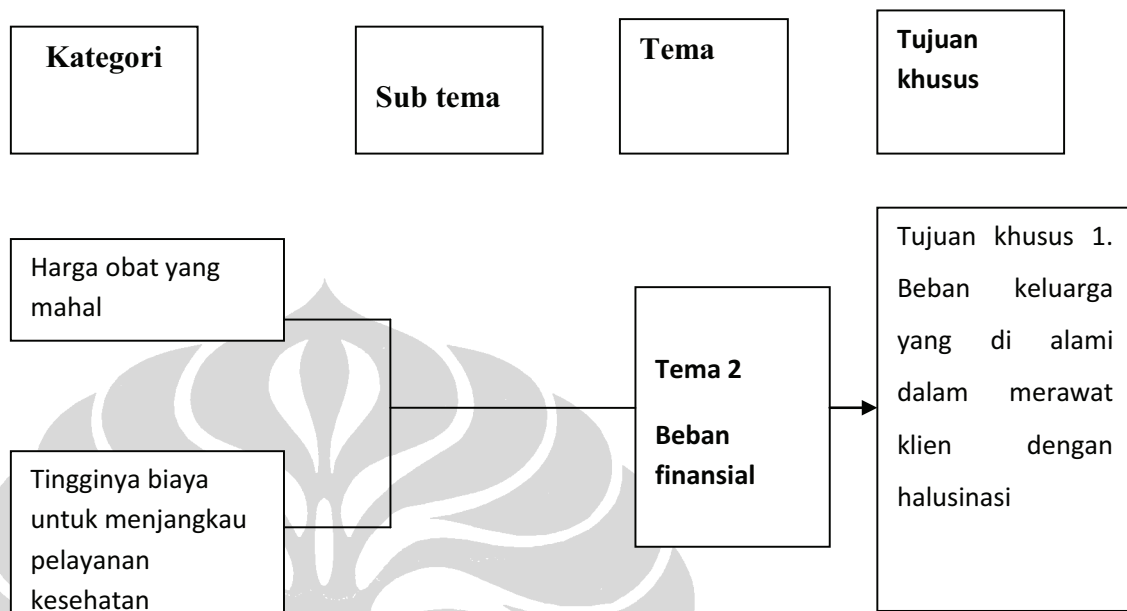
Sedangkan kategori **rasa takut terhadap perilaku klien**, sebagaimana seperti di ungkapkan oleh partisipan berikut:

“...Ya saat itu **saya takut sekali**, setiap kata bisikan dia katanya pukul dia saya takut pernah anak juga di siksa di masuk-masuki ke bak mandi, habis kejadian itu saya bingung harus bagaimana ,hampir semua pernah barang sih di beri-beri ke orang gitu,empat bulan saya nerima begini.capek hati saya mas, kecewa, kesel gitu..(partisipan 4)

“...ya kemarin sebelum di rawat yang kedua kalinya, bapak teh mau bunuh diri, katanya ada bisikan di telinga gitu katanya,....suruh bunuh diri gitu.....saya **takut** kenapa-napa , terus di bawa ke rumah sakit (Partisipan 6)

“...Kalau mang yadi teh sudah lama sakitnya,sejak pisah dengan istrinya,masuk rumah sakit sudah sering, ya biasanya kalau dia sudah ngak bisa ngendalikan diri, misalnya suka ngomong ngacoblak we terus ,suka mukul-mukul tembok, kadang suka mainan lampu gitu,lalu saya masukin lagi ke rumah sakit, **ya abdi jadi takut** (Partisipan 5)

Skema 4.2. Proses Analisa Tema 2



Tema 2: Beban finansial

Beban yang di alami keluarga dalam merawat klien dengan perilaku halusinasi merupakan beban yang di rasakan adalah beban finansial, hal ini di dapat dari sub tema mengganggu biaya oprasional. Kategori yang peneliti dapatkan dalam sub tema mengganggu biaya operasional , hal ini berasal dari beberapa kategori yaitu untuk mendapatkan obat-obatan yang mahal dan untuk mendapatkan sarana kesehatan yang mahal.

Kategori mahalnya untuk mendapatkan obat-obatan seperti di ungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...dik untuk nebus obatnya kan mahal, sedangkan untuk makan sehari-hari aja susah, untuk nebus di rawat kemarin hapir dua juta , ya udah habis-habisan,..”(Partisipan6)

“...berobat saya biaya sendiri, ya biasanya pinjam-pinjam uang dulu untuk itu teh, ya memang kesulitan tentang biaya untuk **beli obatnya mahal**, terus kalau kontrol ongkos angkot ya lumayan,...”(partisipan 3)

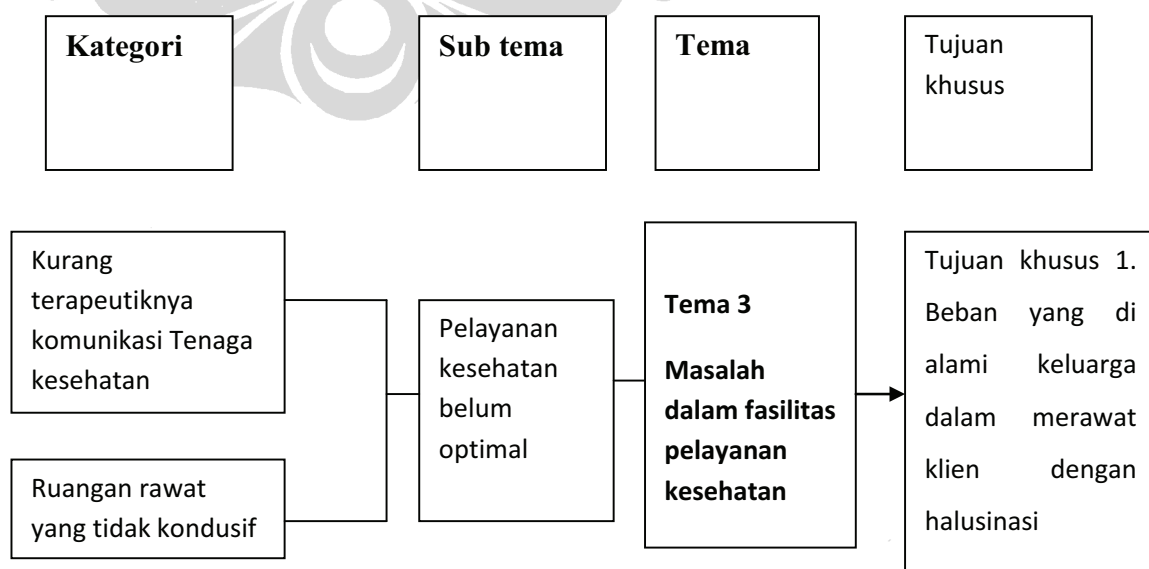
“...kalau istri saya berobat masuknya umum ya, jadi biaya sendiri,**harga obatnya cukup mahal** tapi kalau ada hasilnya sih gak masalah, tapi kalau gak ada perubahan jadi bingung juga mas...”(Partisipan 2)

Kategori mahalnya untuk mendapatkan sarana kesehatan seperti di ungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...Kalau untuk berobat , nebus obat didin mah pake Kartu Jamkesmas jadi tidak harus membayar, yang agak berat itu kalau kontrol teh , **naik angkotnya harus tiga kali , kalau ngojek pulang pergi bisa lima puluh ribu kalau sendiri**, kalau berdua yang seratus ribu mah habis belum kalau jajan di jalan, emang sama bapak sudah di pisah uang resiko dengan untuk control didin mah,...”(Partisipan 1)

“...berobat saya biaya sendiri, ya biasanya pinjam-pinjam uang dulu untuk itu teh, ya memang kesulitan tentang biaya untuk beli obatnya mahal, terus kalau kontrol **ongkos angkot ya lumayan**,...”(partisipan 3)

Skema 4.3. Proses Analisa Tema 3



Tema 3 : Masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan

1. Masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan

Masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan di rasakan oleh partisipan saat mengantarkan anggota keluarganya berobat ke rumah sakit, kesulitan ini disebabkan oleh beberapa hal yang meliputi: pertama dari tenaga kesehatan dan yang kedua dari system informasi pelayanan di rumah sakit.

a. Kurang terapeutiknya tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan adalah orang-orang professional yang selalu siap untuk melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Tenaga kesehatan yang di maksud di sini adalah perawat dan dokter, dari beberapa partisipan mengungkapkan bahwa dokter kurang memberikan penjelasan tentang penyakit yang di derita anggota keluarganya, hal ini di ungkapkan oleh empat dari enam responden berikut ini kutipan pernyataan partisipan :

*“Pernah saya menayakan penyakit istri saya ini , tapi dokter **tidak menjelaskan** apa profesi dokter memang tidak boleh menjelaskan gitu, waktu kontrol saya bertaya lagi ke dokter tapi jawabanya sabar saja ya gitu, jadi bingung saya mas (Partisipan 2) “*

*“waktu di ruangan pernah di kurung, terus ada yang galak pasien lainnya, pas di ruangan yang lain ketemu dengan dokter yang pernah merawat di rumah sakit bandung , **dokternya marah** ,mengapa kamu di rawat di sini , kamukan sudah baik nanti tambah parah kalau di sini terus, ini saya buat surat pengantar pulang ya gitu, sejak itu tidak mau lagi control ke rumah sakit takut di kurung lagi gitu katanya (Partisipan 1) “*

b. Ruang rawat yang kurang kondusif

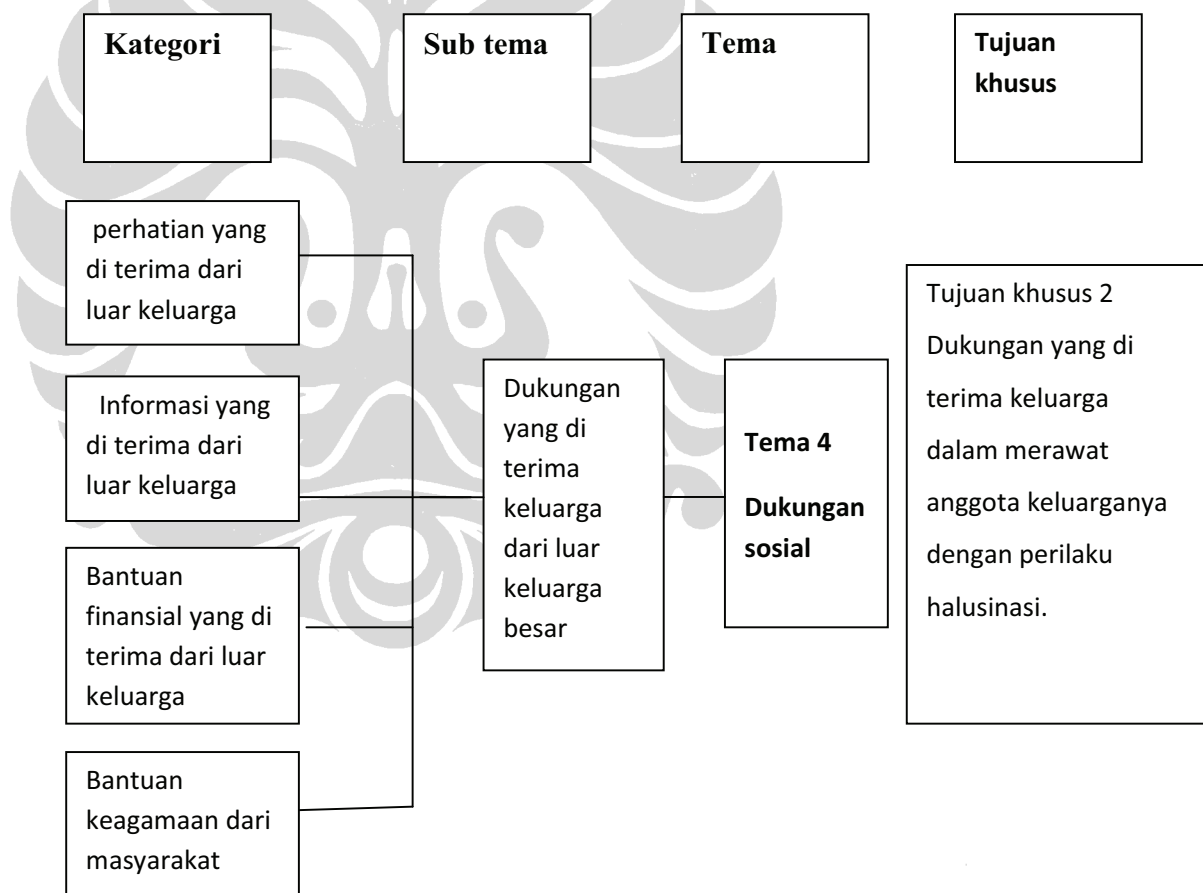
Ruangan merupakan tempat tinggal kedua setelah kamar tidur di rumahnya sendiri , ruangan merupakan tempat perawatan yang berkontribusi dalam proses kesembuhan klien, apabila ruangan tidak kondusif akan memberikan

dampak tidak baik dalam proses kesembuhan klien , hal ini masih di rasakan klien dari yang di ungkapkan oleh partisipan berikut ini:

*“waktu di ruangan pernah **di kurung**, terus **ada yang galak pasien** lainnya, ... Partisipan 1)”*

*“Kalau di ruangan **ada pasien yang galak** kalau tidak nurut sama dia suka di pukul ya kayak jegernya gitu ,kadang juga suka minta-minta makanan kalau tidak di kasih marah ... (Partisipan 4)”*

Skema 4.4. Proses Analisa Tema 4



Tema 4: Dukungan sosial

1. Dukungan sosial

Dukungan sosial sangat di butuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi, dukungan yang di terima semua partisipan berupa perhatian bantuan yang di terima dari luar , informasi yang di terima dari luar keluarga, bantuan financial yang diterima dari luar keluarga dan bantuan keagamaan yang di terima dari luar keluarga.

a. Bantuan perhatian dari luar keluarga

Bantuan perhatian dari luar keluarga yang di butuhkan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi adalah perhatian, pengertian, peduli mengajak kegiatan yang di lakukan di lingkungannya, hal ini di ungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“ ...kalau keluarga saya pada jauh-jauh, ya jarang kesini , tetangga saja suka **perhatian** , misalnya kalau didin pas kumat gitu,tetangga pada **menjenguk kerumah**, ada juga yang menyuruh saya main ke rumahnya, katanya untuk nenangi pikir gitu,...(Partisipan 1,)”

“ ...Tetangga di sini mah pada **pengertian** kepada saya , apalagi kalau saya pas repot gitu harus mengantar anak kesekolah , mereka yang suka membantu menjaga anak saya yang masih kecil, sama menjaga istri saya gitu,...(Partisipan 2,)

“ ...masyarakat di sini masih **pada peduli** , walaupun sudah pada tahu sakitnya itu sakit pikiran stress gitu, kalau ada kegiatan di lingkungan masih di ajak , misalnya tiap tujuhbelas agustusan di ajak main volley,...(Partisipan 3)

b. Bantuan informasi

Bantuan informasi juga sangat di butuhkan bagi partisipan , dalam merawat anggotanya yang mengalami halusinasi, informasi yang partisipan terima biasanya berupa informasi tentang tempat pelayanan

kesehatan dengan tempat pemulihan selain sarana kesehatan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Cimahi. Berikut ini ungkapan beberapa partisipan:

“..., tetangga aya nu damel di rumah sakit, misalnya ada apa-apa ke tetangga itu , misalnya **kalau obatnya mau habis suka di kasih tahu sama ibu itu**,... (Partisipan 5)

“ ..., sebelum kemarin kontrol ke rumah sakit, saya ajak ke majalaya ke orang tua pak Ustat gitu, saya kesana di **sarankan oleh ustat wawan yang suka memberikan pengajian di masjid Aljihad**,...(Partisipan 1)

c. Bantuan finansial

Bantuan finansial yang di terima dari luar keluarga besar adalah berupa bantuan untuk jaminan kesehatan misalnya Askes maupun Jamkesmas.

Berikut ini ungkapan dari beberapa partisipan:

“.....*Didin mah berobatnya sudah cukup lama ya, alhamdulillah untuk beli obatnya gratis **dari Jamkesmas itu** jadi tidak begitu berat, hanya untuk ongkosnya saja cukup lumayan, rumah saya jauh dari Rumah sakit....*” (Partisipan 1)

“.....*bapak berobatnya sudah cukup lama ya, alhamdulillah untuk beli obatnya **dari Askes** jadi tidak begitu berat, hanya untuk ongkosnya saja cukup lumayan, rumah saya jauh dari Rumah sakit....*” (Partisipan 4)

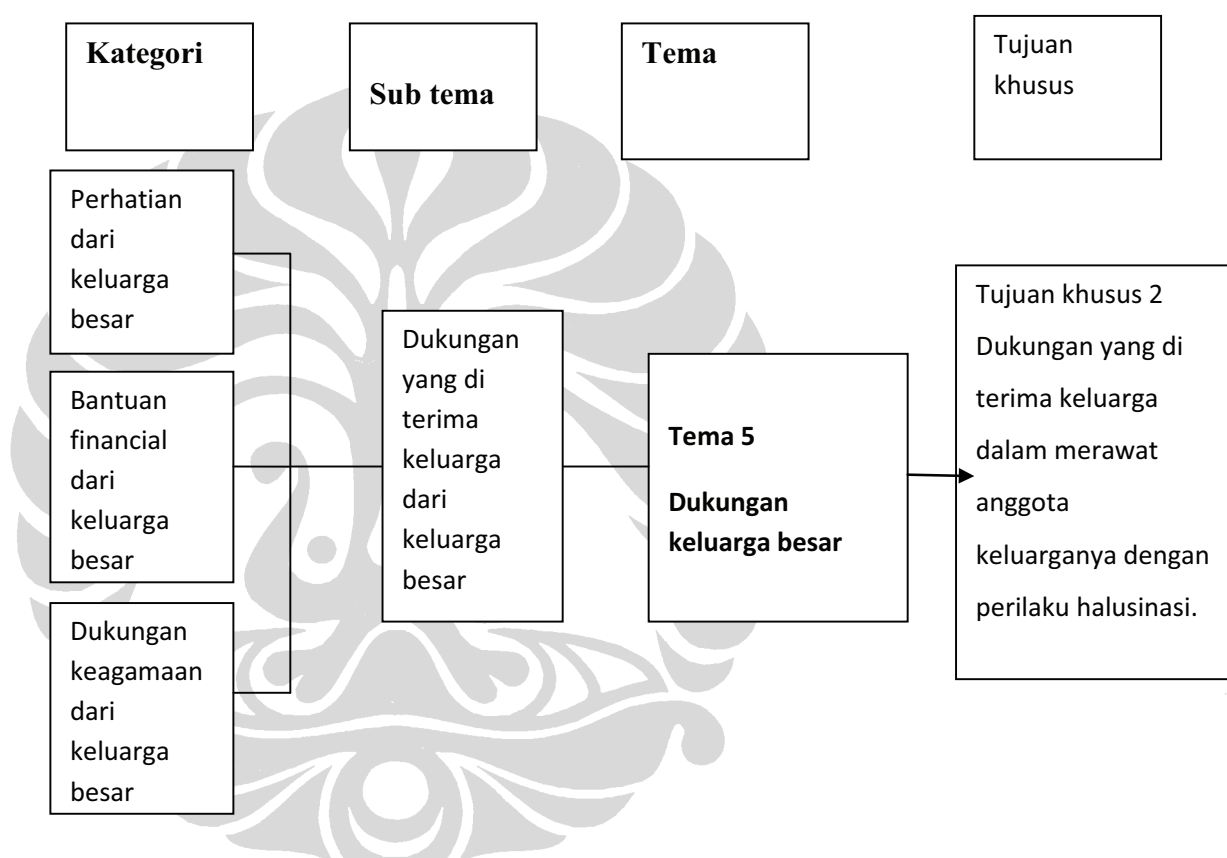
d. Bantuan keagamaan

Bantuan keagamaan yang keluarga terima dari kelompok masyarakat sekitarnya dapat memberikan kekuatan tersendiri bagi partisipan dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi, ini terjadi karena keluarga juga merupakan keluarga yang sangat taat beragama, sehingga keluarga semakin dapat menerima dan merawat dengan baik anggota keluarganya. Dukungan yang di rasakan partisipan di ungkapan sebagai berikut:

“ ..., abdi mah bersyukur abdi teh masih di ajak kegiatan *pengajian* di lingkungan sini, ... (Partisipan 5)

“..., selain minum obatnya , saya juga minta bantuan *spiritual ke Ajengan*, ... (Partisipan 4)

Skema 4.5. Proses Analisa Tema 5



Tema 5: Dukungan keluarga besar

Dukungan keluarga sangat di butuhkan oleh partisipan dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi, dukungan yang di terima semua partisipan berupa perhatian dari keluarga besar , bantuan financial dan bantuan keagamaan.

a. Perhatian dari keluarga besar

Perhatian merupakan bentuk motivasi yang di berikan anggota keluarga yang lain terhadap partisipan dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, hal ini di ungkapkan oleh partisipan berikut ini:

*“...Keluarga saya sangat mendukung, adik saya juga ada di sini, kalau keluarga saya sangat mendukung dari dulu ,**membantu ngasuh anak- anak** saya kalau saya pergi gitu,...”* (Partisipan 2)

*“neneknya, bantuan yang di berikan biasanya membantu di rumah saja **kayak ngasuh anak** , kadang bantu **mengantar anak ke sekolah** ngak tentu si mas,..”* (Partisipan 3)

*“ ... , ya kalau pas kumat gitu kayak kemarin mau di rawat **kakak yang ngasih tahu** , dia yang ngantar ke rumah sakit,..”* (Partisipan 6)

b. Bantuan financial

Dukungan materi yang di terima keluarga dari hasil penelitian ini dari beberapa partisipan kebanyakan berupa bantuan uang, hal ini di ungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

*“ ... , kakak yang kerjanya di IPTN selalu **memberikan uang** untuk kebutuhan sehari-hari, adik saya yang tinggalnya di Malaysia juga suka membantu, pernahkan kemarin di rawat semua **biaya perawatannya adik yang beresin**,...”* (Partisipan 4)

*“..kakak yang di Bandung yang **mengatur masalah biayanya**,memang mang yadi the punya rumah yang di kontrakin ke bank mandiri, uang itu yang di kelola untuk biaya mang yadi,...* (Partisipan 5)

c. Bantuan keagamaan

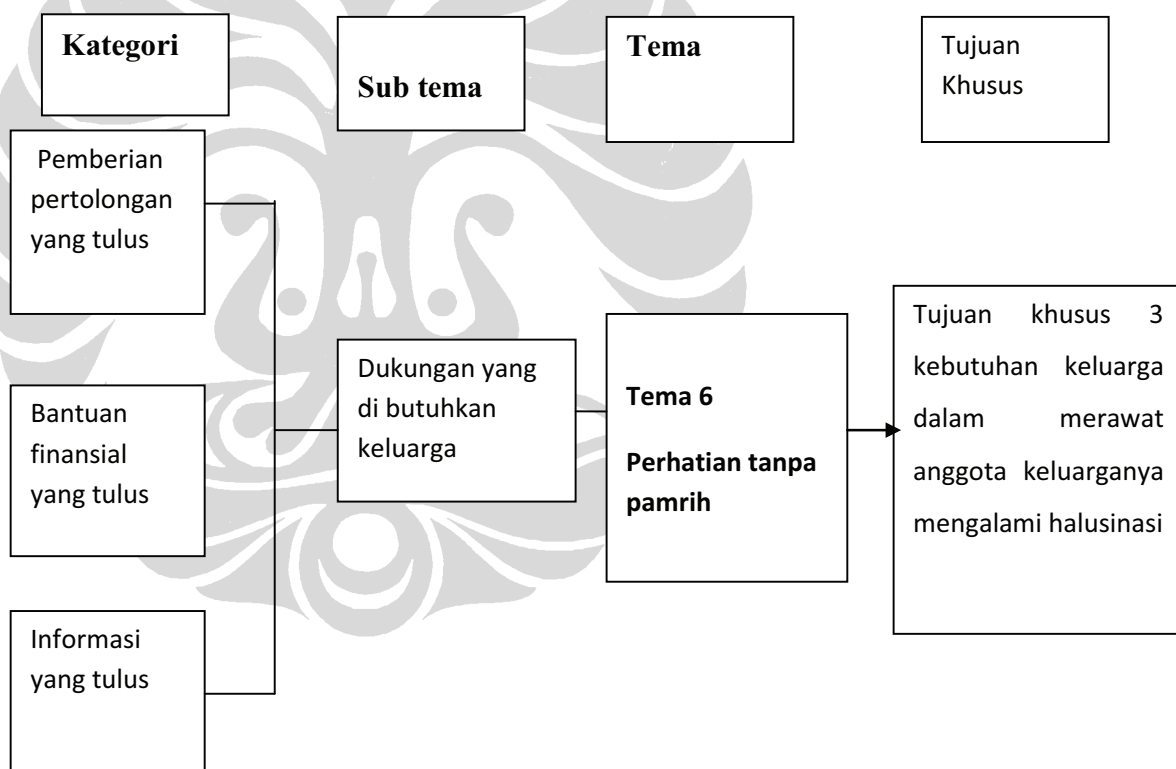
Bantuan keagamaan yang sering di terima partisipan dari beberapa partisipan dalam merawat anggota keluarganya meliputi : di ajak kegiatan pengajian, di ajak sholat bersama terutama sholat magrib dan sholat subuh, selain itu juga

berupa saran-saran yang di terima dari ustat atau Ajengan , hal ini dapat di lihat dari ungkapan dari beberapa partisipan sebagai berikut:

“ ..., keluarga istri memang **keluarga santri** ya, untuk kegiatan **pengajian** itu ya seminggu bisa dua kali, istri sering di ajak pengajian gitu ya biar agak tenang pikirannya, kalau untuk saya sama keluarga sering di ajak untuk sholat berjamaah,...(Partisipan 2)

“..., kalau bapak kerjanya sering kerja malam , kalau pas bapak di rumah biasanya suka **ngajak sholat berjamaah** gitu,... (Partisipan 1)

Skema 4.6. Proses Analisa Tema 6



Tema 6: Perhatian tanpa pamrih

Perhatian yang tulus merupakan dukungan yang sangat di harapkan oleh semua partisipan.

a. Perhatian tanpa pamrih

Perhatian yang di berikan secara tulus merupakan kebutuhan yang jarang di terima oleh partisipan hal ini terjadi karena dukungan-dukkungan yang di berikan baik dari keluarga maupun dari masyarakat tidak ikhlas , hal ini di perjelas pernyataan yang terungkap dari hasil penelitian sebagai berikut:

*“..., saya mengobati istri saya memang biaya sendiri, kadang saya juga ingin tahu apakah mertua saya juga sayang sama anaknya, pernah kan kemarin control mertua yang membawa ke rumah sakit, mertua saya yang menebus obatnya ,sya menginginkan perhatian dari orang tua istri seperti apa, mertua yang ngomong terus kayak ngak ikhlas gitu,bantu anak sendiri apalagi kalau ke orang lain, dari situ saya tahu berarti ini **ngak ikhlas**,...”*(Partisipan 2)

*“.., saya senang-senang saja ya di bantu tapi kalau bantunya tidak ikhlas untuk apa, **ongkoh membantu tapi di belakang ngomongin**, lebih baik tidak membantu sekalian kalau begitu mah,..*(Partisipan 4)”

b. Bantuan finansial yang tulus

Bantuan finansial yang tulus merupakan factor penentu juga dalam kelancaran partisipan dalam merawat anggota keluarga,dari hasil penelitian terungkap bahwa partisipan dalam merawat mendapatkan dukungan dari keluarganya uang atau materi, tetapi partisipan mendapatkan perlakuan yang kurang menyenangkan, hal ini terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut:

*“..., saya mengobati istri saya memang biaya sendiri, kadang saya juga ingin tahu apakah mertua saya juga sayang sama anaknya, pernah kan kemarin control mertua yang membawa ke rumah sakit, mertua saya yang menebus obatnya , mertua yang istri yang **ngomong terus kayak ngak ikhlas** gitu, wah*

kemarin berobatnya mahal , habis banyak dari situ saya tahu , berarti ini ngak ikhlas,...(Partisipan 2)

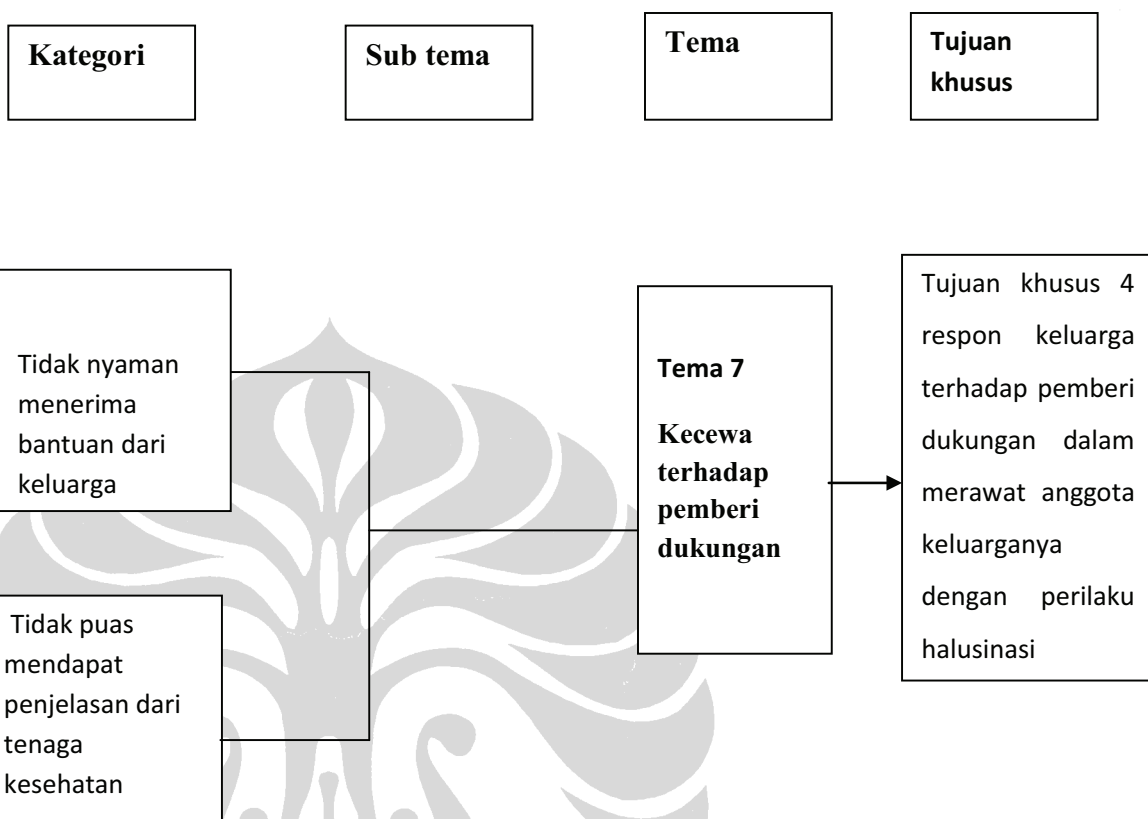
c. Informasi yang tulus

Informasi yang tulus sangat di perlukan partisipan dalam merawat dan mendukung dalam upaya penyembuhan klien, hal ini sangat di rasakan oleh beberapa partisipan yang di temukan dari hasil penelitian, terutama informasi-informasi yang di berikan oleh tenaga kesehatan maupun tenaga penunjang lainnya pernyataan ini terungkap dari ungkapan-ungkapan partisipan sebagai berikut:

*“ ...,saya minta penjelasan dari dokter tentang penyakit istri saya, tapi **tidak di jelaskan** cuman bilanginya ini sakitnya skizofrenia gitu aja , apa memang kalau dokter itu tidak boleh menjelaskan gitu , saya jadi bingung makanya saya cari sendiri di internet,..(partisipan 2)*

*“ ..., waktu mau di rawat yang kemarin itu sempat tiga kali bolak-balik ke rumah sakit ngak jadi rawat **katanya tempatnya penuh**, padahal bapak teh gelisah banget di rumah ngak bisa tidur, baru pas control kan ketemu sama dokter yang satu angkatan dengan adik bapak baru deh bisa masuk untuk di rawat,..(partisipan 4)”*

Skema 4.7. Proses Analisa Tema 7



Tema 7: Kecewa terhadap pemberi dukungan

Dukungan yang di terima keluarga dalam merawat anggota keluarga berasal dari kelompok masyarakat atau social maupun dukungan dari keluarga besar, bentuk-bentuk dukungan yang di terima keluarga sangat bervariasi , ada dukungan yang berbentuk perhatian, dukungan finansial, dukungan informasi, dukungan keagamaan.

Keluarga sangat membutuhkan dukungan dalam merawat anggota keluarganya, karena dukungan keluarga maupun masyarakat sangat membantu dalam menyelesaikan beban yang di rasakan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, seperti beban finansial, maupun beban psikologis serta masalah dalam fasilitas kesehatan.

Dukungan akan bermakna bagi penerima bantuan apabila sikap yang memberikan bantuan tidak tulus, tidak ikhlas atau memiliki motivasi lain, hasil penelitian ini

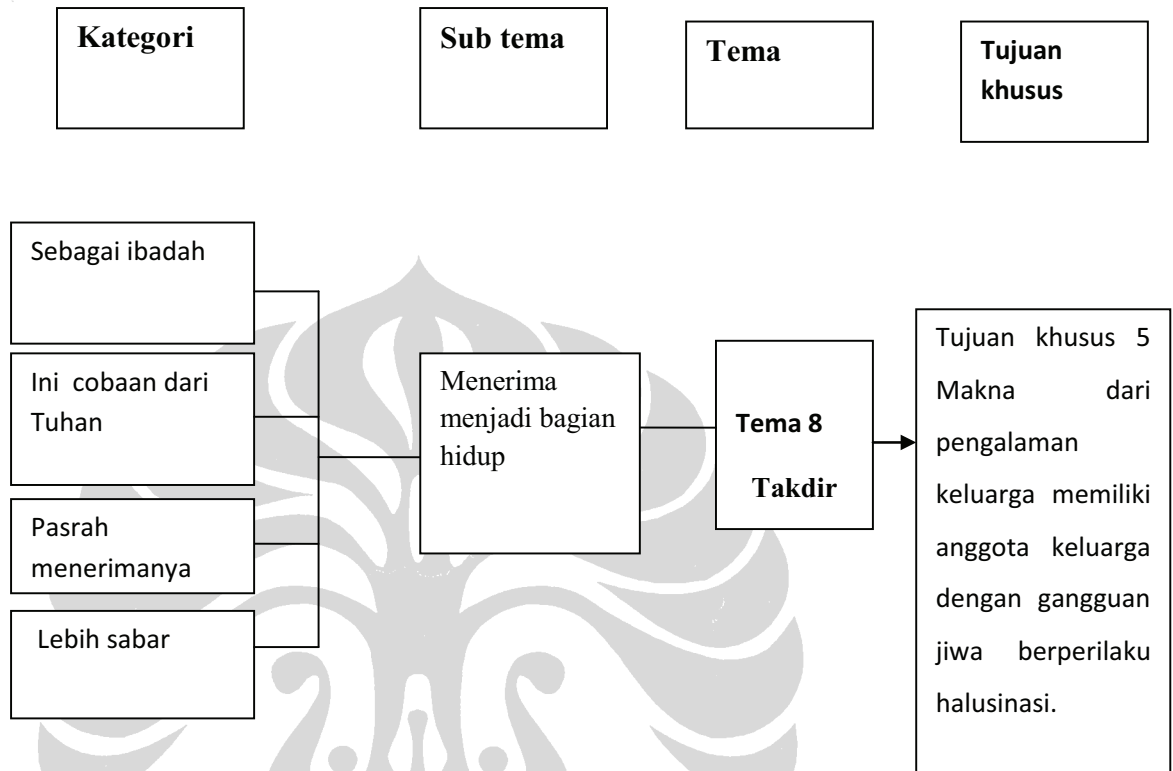
terungkap bahwa keluarga merasa kecewa dengan pemberi dukungan atau bantuan karena bantuan yang partisipan terima tidak ikhlas, hal ini terungkap dari pernyataan partisipan sebagai berikut:

“...*, saya mengobati istri saya memang biaya sendiri, kadang saya juga ingin tahu apakah mertua saya juga sayang sama anaknya, pernah kan kemarin kontrol mertua yang membawa ke rumah sakit, mertua saya yang menebus obatnya, mertua yang istri yang ngomong terus kayak gak ikhlas gitu, wah kemarin berobatnya mahal, habis banyak dari situ saya tahu, berarti ini gak ikhlas, saya kecewa sama mertua katanya bantu tapi kok di unkit-unkit terus ...*”(Partisipan 2)

”...*, saya kesal, kecewa sama adik, kakak memang dia sering membantu saya keluarga saya, sering memberika uang, kalau di tolak marah, katanya sekarang sudah kaya ya gak mau menerima bantuan lagi, tapi mas kalau lagi ngumpul acara keluarga gitu suka di sindir-sindir mas, gini katanya kamu bisa gini gitu kalau gak saya bantu mah mual mungkin, itu depan orang banyak mas rasanya sakit hati mas,...* (Partisipan 4)”

“...*,saya minta penjelasan dari dokter tentang penyakit istri saya, tapi tidak di jelaskan cuman bilanginya ini sakitnya skizofrenia gitu aja, apa memang kalau dokter itu tidak boleh menjelaskan gitu, saya jadi bingung makanya saya cari sendiri di internet,... saya kecewa sama mertua katanya bantu tapi kok di unkit-unkit terus ...*”(Partisipan 2)

Skema 4.8. Proses Analisa Tema 8



Tema 8: Takdir

Memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah bukan menjadi keinginan dari setiap orang, hal ini terjadi karena begitu berat konsekuensinya apabila anggota keluarganya ada yang mengalami gangguan jiwa, baik dari segi financial, waktu, social, maupun hal-hal yang lain. Perasaan pasrah dan harus menerima dengan keterpaksaan juga muncul dari ungkapan-ungkapan partisipan hasil penelitian ini.

Kategori sebagai ibadah dinyatakan partisipan dengan mengatakan bahwa partisipan akan merawat anggota keluarganya dengan baik. Hal ini di ungkapkan partisipan sebagai berikut:

“saya sudah sayang sama suami saya,ya ngak mungkin saya tinggalkan mas, ya ibadah saja dengan merawat suami mas,...(Partisipan 4)

Kategori **cobaan dari Tuhan** dinyatakan partisipan dengan mengatakan bahwa partisipan menyadari segala kehidupan manusia sudah ada yang mengaturnya. Hal ini di ungkapkan partisipan sebagai berikut:

“ kami sekeluarga sadar , hidup,mati, rejeki , sakit dan jodoh itu semua dari Tuhan, si didin sakit mungkin cobaan dari Tuhan,...(Partisipan 1)

Kategori **pasrah menerimanya** dinyatakan partisipan dengan mengatakan bahwa partisipan akan menerima anggota keluarganya dengan apa adanya. Hal ini di ungkapkan partisipan sebagai berikut:

“ ...bapak sakitnya sudah lama , awalnya memang sedih ,kesel tapi karena ini sudah berlansung lama dan harus bagaimana lagi , saya pasrah saja mas,...(Partisipan 6)

“ ..., saya pasrah mas melakukan semuanya walaupun harus pinter-pinter bagi waktu , saya kan sambil kerja,...(partisipan 2)

Kategori **lebih sabar** dinyatakan partisipan dengan mengatakan bahwa partisipan akan merawat anggota keluarganya dengan lebih sabar lagi. Hal ini di ungkapkan partisipan sebagai berikut:

“ dengan prilaku bapak ya mas, apalagi kalau pas kumat gitu lama-lama saya menjadi lebih sabar mas,..(partisipan 4)

BAB 5

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti menguraikan interpretasi hasil penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, dan keterbatasan penelitian. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori, konsep, penelitian sebelumnya. Implikasi keperawatan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut hasil penelitian bagi pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilaksanakan dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Kesenjangan

Penelitian ini menitikberatkan pada pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi. Partisipan yang di pilih adalah keluarga yang berfungsi dan berperan merawat klien halusinasi yang sedang atau pernah di rawat di Rumah Sakit Jiwa Cimahi Propinsi Jawa Barat. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti dapat mengidentifikasi menjadi delapan tema dan selanjutnya peneliti akan membahas masing-masing tema secara rinci yang telah di identifikasi berdasarkan tujuan penelitian.

5.1.1 Persepsi keluarga tentang beban keluarga dalam merawat klien dengan prilaku halusinasi.

Persepsi keluarga tentang beban dalam merawat klien dengan prilaku halusinasi terjawab dalam tiga tema yaitu beban psikologis, beban financial dan masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Pembahasan secara rinci tentang tema-tema tersebut akan di bahas berikut ini.

Tema 1 : Beban Psikologis

Persepsi keluarga tentang beban dalam merawat klien dengan perilaku halusinasi dirasakan sebagai beban psikologis, beban psikologis dinyatakan oleh partisipan dalam bentuk rasa kecewa terhadap klien karena ketidakpatuhan dalam minum obat, putus asa dalam menghadapi proses penyakit klien, marah terhadap perilaku klien, rasa takut terhadap perilaku klien, perasaan tersebut menimbulkan kecemasan bagi partisipan. Cemas adalah suatu pengalaman subyektif seseorang dalam menghadapi stressor, dan cemas merupakan bagian dari kehidupan seseorang (Stuart & Larai, 2005). Stuart dan Larai mengatakan bahwa cemas sebagai dasar dari kondisi manusia dan memberikan peringatan yang berharga untuk kewaspadaan manusia dalam menghadapi stressor.

Menurut WHO (2008) respon psikologis yang dialami keluarga dalam merawat klien dengan perilaku halusinasi adalah perasaan kehilangan, kesedihan, cemas, dan malu dalam situasi sosial. Sedangkan beban obyektif adalah beban yang berhubungan dengan masalah-masalah dan pengalaman keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.

Beban psikologi yang dirasakan keluarga merupakan akumulasi dari beberapa kategori-kategori sebagai berikut ini: kecewa karena ketidakpatuhan klien dalam minum obat, rasa putus asa atau frustrasi yang dialami keluarga karena pengobatan yang lama belum membuahkan hasil yang diharapkan, perasaan negatif karena perilaku-perilaku yang dilakukan klien dengan halusinasi membuat keluarga merasa marah, bingung, takut dan perasaan keluarga yang lebih

emosional hal ini di karenakan partisipan merawat klien dengan waktu yang cukup lama sehingga menimbulkan rasa capek dan kesal terhadap klien.

Pernyataan diatas juga di perkuat oleh pendapat Mohr (2006) bahwa beban subyektif yang di rasakan oleh keluarga sebagai respon terhadap anggota keluarga yang gangguan mengalami jiwa adalah masalah rasa kehilangan, rasa takut, merasa bersalah, rasa marah dan perasaan negatif lainnya yang dialami.

Menurut pendapat peneliti dalam penelitian ini, beban psikologis di rasakan hampir dari semua partisipan, karena sangat kompleknya masalah- masalah yang harus di hadapi partisipan dalam merawat klien halusinasi, hal ini terjadi karena prilaku klien halusinasi sangat bervariasi.

Tema 2 : Beban financial

Ketidak sesuaian antara kebutuhan dengan potensi yang di miliki keluarga dipersepsi keluarga menjadi beban dalam merawat klien dengan halusinasi di nyatakan partisipan karena untuk mendapatkan obat-obatan yang harus di bayar dengan sangat mahal dan untuk mendapatkan sarana kesehatan juga memerlukan biaya yang cukup mahal, tiga dari enam partisipan mengungkapkan bahwa selama dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi mengalami kesulitan –kesulitan dari segi financial.

Hal ini di dukung oleh pendapat Mohr (2006) bahwa beban obyektif adalah masalah yang berhubungan dengan pelaksanaan perawatan klien, yang meliputi; tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan, intervensi krisis.

Beban finansial yang di rasakan keluarga merupakan akumulasi dari beberapa kategori-kategori sebagai berikut ini pertama karena pengobatannya yang lama, kedua harga obat-obatannya yang mahal, tiga

dari enam partisipan sumber pembiayaan adalah biaya sendiri dalam pengobatannya anggota keluarganya sehingga memerlukan biaya yang sangat tinggi.

Sedangkan dua dari enam partisipan mendapat biaya pengobatan yang satu partisipan dari Jamkesmas dan satunya biaya pengobatan dari askes pegawai negerinya, tetapi partisipan juga mengalami kesulitan tentang jarak tempat tinggal dengan rumah sakit sehingga biaya transportasi menjadi kendala untuk melakukan kontrol ke Rumah Sakit Jiwa.

Beban financial dari aspek mahal nya biaya yang diperlukan untuk menjangkau sarana kesehatan jiwa dapat di minimalkan apabila pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat atau komunitas sudah berjalan dengan baik, karena keluarga dan klien dapat melakukan pengobatan atau kontrol berkala nya di Puskesmas terdekat rumah partisipan, sehingga akan menekan beban biaya yang harus di keluarkan oleh partisipan.

Hal ini sejalan dengan program yang sudah di kembangkan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang bekerjasama dengan WHO yang di mulai sejak tahun 2006 dengan mengembangkan program yang di kenal dengan istilah CMHN (Community Mental Health Nursing) , program ini sudah berhasil diterapkan di Aceh dan Bogor Jawa Barat, sehingga program CMHN dapat di kembangkan juga di wilayah Cimahi dan Bandung.

Tema 3 : Masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan

Pengalaman keluarga dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dinyatakan oleh beberapa partisipan sebagai masalah, hal ini terjadi karena kurang terapeutiknya komunikasi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga, selain itu partisipan merasakan ruangan rawat inap yang tidak kondusif. Hal ini di dukung

pendapat Mohr (2006) beban iatrogenik yaitu beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang salah satu penyebabnya adalah faktor tenaga kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan.

Menurut Undang-Undang Kesehatan tahun 2009 bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan dirinya di bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Menurut pendapat peneliti, masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan di rasakan oleh tiga partisipan karena petugas tidak melaksanakan tugasnya sesuai dengan pengetahuan dan kewenangan yang dia miliki.

Partisipan yang lain tempat tinggalnya dekat dengan sarana kesehatan dan dekat dengan petugas kesehatan sehingga menurut partisipan dia selalu di perhatikan kalau kontrol maupun berobat, sedangkan satu partisipan kurang memperdulikan pelayanan yang di berikan oleh sarana kesehatan.

5.1.2 Dukungan yang di terima keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi.

Dalam melaksanakan perannya sebagai *caregiver*, partisipan dibantu oleh pihak keluarga (keluarga inti dan keluarga besar), dan pihak non keluarga seperti pembantu rumah tangga dan rekan kerja pasien, tetangga dan tenaga kesehatan. Partisipan sangat memerlukan bantuan dari pihak lain karena selain merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, partisipan juga mempunyai tanggung jawab menjadi ibu rumah tangga maupun ada yang harus bekerja untuk kelangsungan hidup keluarganya.

Dukungan yang di terima keluarga dalam merawat anggota keluarganya terjawab dengan dua tema yaitu dukungan social dan dukungan keluarga.

Pembahasan secara rinci tentang tema-tema tersebut akan di bahas berikut ini.

Tema 4 : Dukungan sosial

Dukungan yang di terima keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi dinyatakan oleh partisipan sebagai dukungan sosial meliputi: perhatian yang diterima dari luar keluarga, informasi yang di terima dari luar keluarga, bantuan finansial yang diterima dari luar keluarga, dan bantuan keagamaan yang di terima dari masyarakat. Hal ini sejalan dengan pendapatnya Friedman 1998 bahwa dukungan sosial yang meliputi jaringan kerja spontan dan informal, dukungan-dukungan terorganisir non tenaga kesehatan dan dukungan terorganisir dari tenaga kesehatan . Bentuk dukungan sosial yang diberikan adalah dukungan pemeliharaan dan emosi bagi anggota keluarga.

Menurut Magliano (2008), tingkat beban sangat dipengaruhi oleh ada atau tidaknya dukungan sosial yang diterima oleh *caregiver*. Dukungan sosial dapat membantu keluarga mengembangkan strategi koping yang efektif dan menurunkan distress yang dirasakan.

Dukungan sosial yang di terima keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi merupakan akumulasi dari dukungan dukungan yang di peroleh dari luar keluarganya , di susun berdasarkan kategori-kategori sebagai berikut dukungan dalam bentuk motivasi , informasi yang di peroleh dari luar keluarga, bantuan materi dan bantuan dalam bentuk spiritual yang berasal dari luar keluarga.

Bantuan keagamaan dari masyarakat, keyakinan terhadap Tuhan dan berdoa didefinisikan oleh keluarga sebagai cara paling penting bagi keluarga mengatasi stressor yang berkaitan dengan kesehatan, selain itu dukungan spiritual juga membantu keluarga mentoleransi adanya ketegangan yang kronis dan lama dalam keluarga (Friedman, 1998).

Dukungan ini dapat dipenuhi dengan melakukan konseling spiritual dan melaksanakan kegiatan secara bersama-sama.

Motivasi yang di diterima oleh partisipan terutama saat partisipan merasa sedih dan tertekan. Tetangga menjadi tempat partisipan berkeluh kesah, khususnya partisipan satu dan tiga. Partisipan satu dan tiga selalu menceritakan kesedihannya pada tetangga melalui bercerita kesedihannya. Nasihat atau saran yang diberikan tetangga partisipan dirasakan sangat membantu menurunkan perasaan sedih, kecewa.

Menurut Magliano (2008), tingkat beban sangat dipengaruhi oleh ada atau tidaknya dukungan sosial yang diterima oleh *caregiver*. Dukungan sosial dapat membantu keluarga mengembangkan strategi koping yang efektif dan menurunkan distress yang dirasakan. Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan merupakan sumber dukungan sosial bagi *caregiver*. Perawat dapat menjalankan perannya baik sebagai perawat generalis maupun perawat spesialis dalam memberikan dukungan sosial kepada keluarga dalam merawat klien dengan perilaku Halusinasi.

Perawat dapat memberikan bantuan kepada keluarga untuk meringankan beban yang di alaminya dengan melakukan pendidikan kesehatan menggunakan strategi pelaksanaan untuk keluarga pada klien dengan perilaku halusinasi. Perawat spesialis jiwa selain melaksanakan peran generalis juga dapat memodifikasi menggunakan terapi keluarga yang sudah di kembangkan seperti dengan melibatkan keluarga dalam kegiatan *Self Help Group* (SHG) atau pemberian terapi psikoedukasi keluarga. Menurut Magliano, ketika keluarga mendapatkan dukungan suportif yang adekuat, keluarga mendapat perlindungan terhadap stress dan akan lebih mampu mengatasi kesulitan-kesulitan yang dihadapi dalam merawat pasien dengan halusinasi.

Tema 5: Dukungan keluarga

Keluarga merupakan sistem pendukung keluarga yang utama, keluarga itu dipandang sebagai sebuah sistem, maka keluarga apabila didalam keluarga terdapat satu orang anggota keluarga yang menderita sakit atau mempunyai masalah maka akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Keterlibatan keluarga dalam perawatan klien akan meningkatkan hasil yang optimal dibandingkan apabila hanya dilakukan perawatan secara individu saja.

Dalam melaksanakan perannya sebagai *caregiver*, partisipan dibantu oleh pihak keluarga (keluarga inti dan keluarga besar). Partisipan sangat memerlukan bantuan dari pihak lain karena selain merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, partisipan juga memiliki fungsi dan peran yang lain dalam rumah tangganya.

Dukungan keluarga terhadap pasien halusinasi sangat berkaitan dengan fungsi suportif yang dikemukakan oleh Friedman (1998). Dukungan ini meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional.

Dukungan keluarga yang di terima partisipan dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi merupakan akumulasi dari dukungan dukungan yang di peroleh dari luar keluarganya, di susun berdasarkan kategori-kategori sebagai berikut dukungan dalam bentuk support sistem, dukungan informasi, dukungan finansial dan dukungan dalam bentuk spiritual.

Dukungan spiritual didapatkan partisipan melalui aktivitas berdoa, zikir, dan sholat malam. Partisipan mengatakan bahwa dari semua strategi koping yang dilakukan, melakukan aktivitas spiritual merupakan strategi koping yang paling mampu mengurangi beban psikologisnya. Hal ini

sesuai dengan pernyataan Friedman (1998) yang mengatakan bahwa dukungan spritual dapat membantu keluarga mentoleransi adanya ketegangan yang kronis dan lama dalam keluarga.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga yang merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Botswana. Seloilwe mengungkapkan konsep *collective and multiple caregiving* dimana keluarga tidak sendiri merawat pasien gangguan jiwa, dan keluarga juga harus merawat anggota keluarga yang lain. Peneliti berpendapat kesamaan hasil penelitian terjadi karena kondisi masyarakat kota Botswana tidak berbeda jauh dengan kondisi masyarakat Indonesia, dimana masyarakat masih memegang nilai kekeluargaan dan gotong royong dalam kehidupan.

Dukungan keluarga yang di berikan baik yang berasal dari keluarga besar maupun dari masyarakat dapat meningkatkan kemampuan nya dalam menghadapi stressor hal ini di dukung oleh hasil penelitian Hasmila Sari tahun 2009 bahwa terapi psikoedukasi keluarga dapat menurunkan beban keluarga dan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

5.1.3 Kebutuhan keluarga dalam merawat anggota keluarganya mengalami halusinasi

Kebutuhan keluarga dalam merawat anggota keluarganya terjawab dengan satu tema yaitu membutuhkan dukungan yang tulus.

Pembahasan secara rinci tentang tema tersebut akan di bahas berikut ini.

Membutuhkan dukungan yang tulus sangat di harapkan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi .

Tema 6: Perhatian tanpa pamrih

Partisipan sangat membutuhkan dukungan dari keluarga maupun dari masyarakat, dari beberapa partisipan mengungkapkan bahwa dalam menerima dukungan, mendapatkan stressor yang baru yaitu ketidak tulusan dari pemberi dukungan, sehingga semua partisipan menyampaikan harapannya terhadap pemberi dukungan adalah dukungan yang di berikan hendaknya yang tulus, tanpa pamrih atau tanpa motivasi-motivasi tertentu.

Mamnu'ah (2008) mengungkapkan bahwa target layanan yang dibutuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi harus berorientasi pada kebutuhan pasien dan keluarganya.

5.1.4 Respon keluarga terhadap pemberi dukungan

Respon partisipan terhadap pemberi dukungan dapat terjawab dengan satu tema yaitu kecewa terhadap pemberi dukungan dalam merawat klien dengan halusinasi. Pembahasan tema tersebut secara rinci sebagai berikut:

Tema 7 : Kecewa terhadap pemberi dukungan

Partisipan dalam menerima bantuan baik dari masyarakat, tenaga kesehatan maupun bantuan dari keluarga sering di hadapkan dengan sikap pemberi bantuan yang kurang menyenangkan, sehingga kebanyakan partisipan merespon bantuan itu dengan rasa kecewanya terhadap pemberi dukungan .

Mamnu'ah (2008) mengungkapkan bahwa target layanan yang dibutuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi harus berorientasi pada kebutuhan pasien dan keluarganya.

Chaplin (2004) mengatakan bahwa penerimaan diri adalah sikap rasa puas pada kualitas dan bakat, serta pengakuan akan keterbatasan diri. Pengakuan akan keterbatasan diri ini tidak diikuti dengan perasaan malu ataupun bersalah. Dapat dikatakan bahwa pada dasarnya penerimaan diri merupakan asset pribadi yang sangat berharga, penerimaan diri akan membantu individu menyesuaikan diri dengan sifat-sifat dalam dirinya seimbang dan terintegrasi.

(Maramis, 1998) yang menyebutkan bahwa salah satu kriteria utama bagi suatu kepribadian yang terintegrasi baik adalah menerima diri sendiri. Selanjutnya dijelaskan bahwa menerima diri sendiri artinya mempunyai harga diri, percaya pada kemampuan diri sendiri, mengenal dan menerima batas-batas kemampuannya, tidak terlalu kaku, serta mengenal perasaan-perasaan yang ada pada dirinya.

Berdasarkan pernyataan diatas peneliti berpendapat bahwa rasa kecewa partisipan terhadap pemberi dukungan dikarenakan sikap partisipan yang belum bisa menerima apa adanya, sehingga muncul rasa kecewa dari pemberi dukungan yang kurang komunikatif, kurang ramah, dan kurang bersahabat dari keluarga besar, maupun tenaga kesehatan.

5.1.5 Makna dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku halusinasi.

Hasil penelitian menyebutkan bahwa selama merawat klien dengan halusinasi, partisipan merasakan makna atau hikmah yang bisa di petik dari semua kejadian baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan. Partisipan dalam penelitian ini menjelaskan bahwa hikmah yang di rasakan lebih kepada penerimaan terhadap takdir. Pembahasan tema tersebut secara rinci sebagai berikut:

Tema 8: Takdir

Makna dan hikmah yang di rasakan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi dalam penelitian ini tergambar dari

ungkapan-ungkapan dari partisipan dengan kategori-kategori sebagai berikut merawat dengan baik, merawat dengan tulus ikhlas, ini merupakan cobaan dari Tuhan, pasrah menerimanya dan menjadi lebih sabar.

Memberikan yang terbaik merupakan sikap altruisme yang selalu dimiliki oleh setiap orang, apalagi sikap ini ditujukan kepada keluarganya sendiri, karena rasa cinta, rasa sayang, rasa satu keluarga merupakan motivasi tersendiri bagi partisipan untuk merawat dengan baik anggota keluarganya.

Menerima menjadi bagian dari hidup, menerima merupakan tahap terakhir dari tahap-tahap kehilangan, memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga merupakan peristiwa yang bisa menyebabkan rasa kehilangan bagi keluarganya, dengan dukungan dan motivasi yang baik sehingga keluarga bisa menerima kenyataan ini merupakan mekanisme koping yang baik yang dijalankan oleh keluarga.

Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan bagian hidup adalah sikap penerimaan dari keluarga tersebut, hasil penelitian ini juga mengungkapkan pernyataan-pernyataan partisipan yang menerima anggota keluarganya.

Partisipan meyakini bahwa apa yang terjadi pada keluarga dan pasien adalah bentuk ujian dalam kehidupan, dan selaku manusia kewajiban partisipan adalah terus meningkatkan kesabaran dan berusaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Partisipan juga sangat berharap tenaga kesehatan dapat membantu untuk kesembuhan pasien termasuk didalamnya membuat pasien kooperatif terhadap proses pengobatan.

Uraian diatas menunjukkan sifat altruistik yang dimiliki partisipan dalam merawat anggota keluarganya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rhoades dan Mc Farland (1999). Rhoades dan Mac Farland (1999, dalam Asniar 2007) mengungkapkan tiga makna yang dirasakan oleh keluarga yang merawat anggota keluarga dengan

gangguan jiwa yaitu altruistik yang ditujukan pada orang lain, aktualisasi diri yang ditujukan pada diri sendiri dan tujuan eksistensial dalam hidup.

5.2 Integrasi hasil penelitian pada model Adaptasi Roy

Hasil penelitian ini di temukan tema-tema, dari tema yang di temukan dapat uraikan sebagai bagian dari komponen yang membangun dan memperkuat model adaptasi Roy yang di gunakan sebagai kerangka teori pada penelitian ini, keluarga sebagai sub sistem adaptif yang terbuka yang terdiri tiga tahap yaitu input, proses dan output dan akan menghadapi stressor yang ada pada keluarga. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan halusinasi di artikan sebagai stimulus fokal. Stimulus ini yang merupakan bagian dari input sistem dan secara langsung akan mempengaruhi keluarga dalam beradaptasi.

Kemampuan keluarga dalam menghadapi stimulus fokal di pengaruhi oleh stimulus kontekstual dan stimulus residual. Stimulus kontekstual di gambarkan sebagai kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi , selain itu, stimulus kontekstual juga di temukan sebagai respon keluarga terhadap perilaku halusinasi, kesulitan-kesulitan atau beban yang di hadapai keluarga. Sedangkan stimulus residual di gambarkan melalui nilai dan norma keluarga serta respon keluarga terhadap pemberi dukungan dalam merawat anggota dengan halusinasi.

Dalam penelitian ini peneliti berhasil mengidentifikasi dua upaya yang di gunakan keluarga dalam menghadapi beban dalam merawat anggota dengan halusinasi, upaya yang di lakukan mencari bantuan atau dukungan meliputi dukungan sosial dan dukungan dari keluarga. Kedua upaya tersebut adalah modifikasi upaya atau dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi dan merupakan gambaran salah satu subsistem menurut Roy , yang di sebut sistem kognator. Sub sistem kognator akan menggunakan

kemampuan kognitif dan emosi dalam menghadapi stimulus yang hadir dalam keluarga yang memiliki anggota keluarga.

Dalam penelitian ini, peneliti mengidentifikasi adanya dukungan sosial, dukungan keluarga, sebagai sistem pendukung keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi serta adanya makna takdir yang di tandai dengan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, akan merawat dengan baik, ikhlas merawatnya dan pasrah menerimanya.

Pencapaian tingkatan adaptasi keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi di pengaruhi oleh efektifitas sub kognator dalam menghadapi berbagai stimulus yang menjadi input dalam sebuah sistem keluarga. Keberhasilan keluarga dalam menjaga keseimbangan dan stabilitas sistem akan membuat keluarga yang anggota keluarganya mengalami halusinasi mencapai adaptasi yang optimal.

Modifikasi dari model adaptasi Roy yang di gunakan peneliti sebagai kerangka berpikir dalam penelitian ini, pada umumnya dapat di integrasikan dengan hasil penelitian ini, mulai dari keberadaan klien halusinasi di dalam keluarga sebagai stimulus fokal, dukungan sosial dan dukungan keluarga sebagai stimulus kontekstual, sedangkan nilai-nilai dan norma keluarga serta stigma masyarakat sebagai stimulus residual yang semuanya merupakan input dari model adaptasi Roy.

5.3 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan terkait dengan penentuan partisipan, kemampuan peneliti, keterbatasan dari aspek partisipan, kendala teknis dan penelusuran literatur.

5.3.1 Kendala Dari Aspek Partisipan

Hampir seluruh partisipan sudah mengenal peneliti sebagai perawat . Di satu sisi kondisi ini memudahkan peneliti karena hubungan saling percaya sudah terbina, sehingga lebih mudah mengeksplorasi pengalaman partisipan. Namun dilain sisi, saat wawancara partisipan seringkali menempatkan peneliti sebagai terapis. Partisipan meminta peneliti memberikan beberapa informasi. Hal ini diatasi peneliti dengan menjelaskan kembali tentang kontrak awal bahwa peneliti saat ini bukan sebagai perawat tetapi sebagai peneliti yang sedang melakukan wawancara ini untuk mengeksplorasi pengalaman partisipan, pertanyaan partisipan akan dijawab pada saat wawancara telah selesai dilakukan. Hambatan lain dari aspek partisipan ditemui saat partisipan diminta menjawab pertanyaan terkait pelayanan kesehatan yang sudah di berikan di rumah sakit maupun di puskesmas. Partisipan terlihat agak sungkan dan tidak lancar dalam menjawab. Kemungkinan hal ini dikarenakan pertanyaan tersebut seperti mengoreksi pelayanan rumah sakit maupun tenaga kesehatan. Hal ini diantisipasi dengan menjelaskan kembali bahwa hasil wawancara ini yang nantinya di simpulkan untuk memberikan masukan maupun saran dalam upaya perbaikan pelayanan kesehatan, dengan mendapat penjelasan kembali partisipan mau menceritakan kembali , hal ini terjadi pada saat melakukan wawancara pada partisipan tiga dan empat.

Keberadaan pasien di rumah saat wawancara membuat partisipan tidak leluasa mengungkapkan pengalamannya. Sehingga saat menceritakan pengalamannya keluarga terkadang berbisik akibatnya suara partisipan tidak jelas terekam. Hal ini di antisipasi dengan menuliskan jawaban partisipan di kertas catatan lapangan. Kejadian ini di temui pada saat melakukan wawancara pada partisipan satu, partisipan empat dan partisipan enam.

5.3.2 Kendala Teknis

Kendala teknis ditemui peneliti pada saat melakukan wawancara mendalam yang dilakukan di rumah partisipan. Distraksi terjadi karena hambatan lingkungan yaitu suara anak-anak yang berada di luar rumah yang sedang bermain dan dua partisipan terganggu karena klien sudah pulang ke rumah sehingga sebentar-sebentar memanggil partisipan. Hal ini mempengaruhi kualitas rekaman hasil wawancara dan fokusnya dalam melakukan wawancara mendalam. Kendala peneliti atasi dengan mengulang kembali proses wawancara yang sempat terhenti sehingga fokus wawancara dan hasil rekamannya lebih optimal.

5.3.3 Kendala Dari Aspek Peneliti

Kendala dari aspek peneliti meliputi kemampuan peneliti melakukan wawancara mendalam dan kemampuan mengakses sumber literatur. Kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam kurang optimal, dikarenakan peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif. Pada wawancara awal, tanpa disadari beberapa kali peneliti berperan sebagai terapis bagi partisipan, sehingga terkadang peneliti memberikan beberapa informasi pada partisipan. Hal ini langsung disadari oleh peneliti, sehingga peneliti lebih berhati-hati pada wawancara selanjutnya. Kendala lain adalah kemampuan melakukan wawancara yang kurang mendalam sehingga kemungkinan banyak data penting yang tidak tergal.

Peneliti juga mengalami kesulitan dalam menemukan referensi artikel dalam maupun luar negeri tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, terutama artikel hasil penelitian kualitatif. Artikel hasil penelitian kuantitatif lebih banyak didapatkan. Kendala lain adalah beberapa sumber hanya menampilkan abstrak penelitian sehingga peneliti tidak mendapatkan informasi detail tentang topik yang dibutuhkan. Hal ini dikarenakan kemampuan peneliti yang belum optimal

dalam menelusuri sumber literatur di internet serta aksesibilitas sumber literatur tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi masih terbatas.

5.4 Implikasi hasil penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan. Bagi keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan perilaku halusinasi, penelitian ini bisa memberikan gambaran pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan perilaku halusinasi. Keluarga yang lain bisa belajar dari keluarga yang sama-sama merawat klien dengan halusinasi tentang bagaimana keluarga tersebut mengatasi beban atau kesulitan yang di alaminya dengan memanfaatkan sumber dukungan yang ada.

5.4.1 Implikasi Bagi Pelayanan kesehatan Jiwa

Penelitian ini menghasilkan informasi yang sangat penting yang berhubungan dengan beban dan sumber dukungan keluarga dalam menjalankan perannya sebagai *caregiver* merawat klien dengan halusinasi. Informasi ini lebih detailnya menjelaskan beban-beban apa saja yang di alami keluarga dalam merawat anggota keluarganya, sehingga pengalaman yang sudah partisipan ungkapkan ini akan menjadi dasar atau pemahaman yang menjadi dasar bagi perawat yang bekerja di seluruh tatanan pelayanan kesehatan , sehingga pelayanan kesehatan khususnya keperawatan jiwa akan semakin optimal dan mutu pelayanan asuhan keperawatan semakin meningkat.

Mutu pelayanan asuhan keperawatan akan dapat meningkat dengan baik apabila didukung dengan kualitas sumberdaya manusianya, hal ini perlu di tingkatkan lagi kompetensi perawat sehingga perawat dapat meringkan beban yang di alami keluarga, disamping itu juga perlu adanya perawat spesialis Jiwa yang dapat meningkatkan kemampuan keluarga dengan memberikan terapi psikuedukasi keluarga maupun membantu membentuk kelompok

swabantu yang akan memfasilitasi keluarga dalam meningkatkan kemampuannya dalam merawat anggota keluarganya.

Informasi lain yang di peroleh dalam penelitian ini adalah adanya sumber-sumber dukungan yang dapat di mamfaatkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi, sehingga keluarga dapat meningkatkan pemanfaatan sumberdaya keluarga baik yang berasal dari dalam keluarga sendiri maupun sumberdaya yang berasal dari luar keluarga.

Sehingga hasil penelitian ini dapat di gunakan keluarga dalam mencari sumber dukungan dan beradaptasi dengan beban yang di alaminya dalam melakukan perawatan anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.

Tenaga kesehatan yang lain yang perlu di fasilitasi terutama pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas sehingga akan mengurangi beban keluarga dari aspek financial karena jauhnya tempat rumah Sakit Jiwa, yang selam ini belum semua puskesmas menyediakan obat-obat untuk gangguan jiwa .

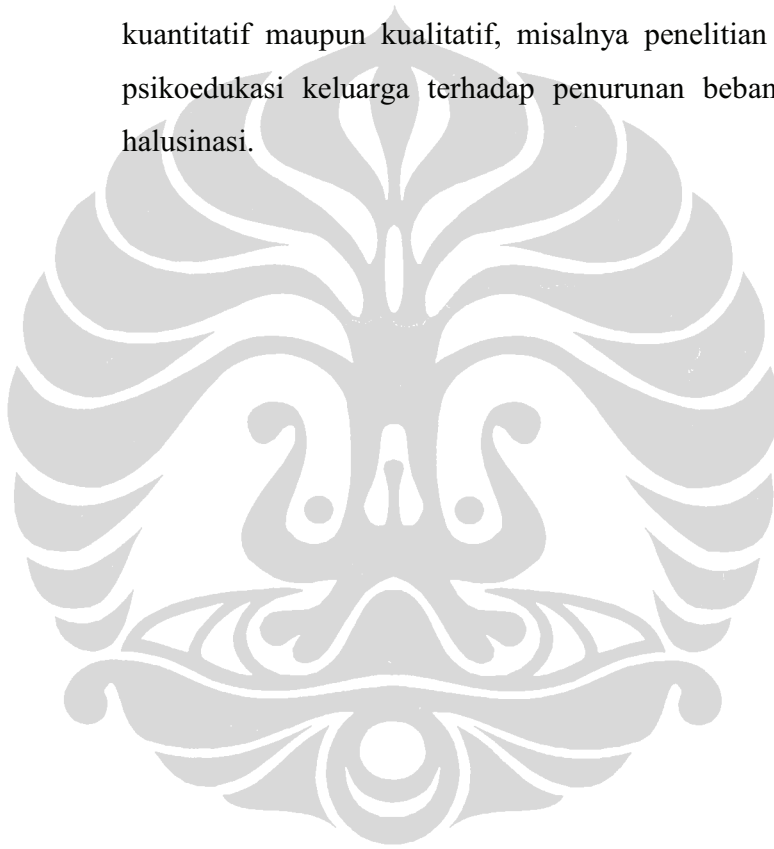
5.4.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini sangat berimplikasi terhadap pendidikan keperawatan, hal tersebut akan menjadi dasar dalam perbaikan kurikulum keperawatan yang akan mendukung kompetensinya dalam menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan terutama untuk upaya preventif dan promotif di bidang kesehatan jiwa sehingga angka kejadian gangguan jiwa dapat di minimalkan sehingga beban –beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi dapat di cegah.

Selain keluarga juga memerlukan terapi psikoedukasi . Seperti halnya terapi untuk pasien, institusi pendidikan diharapkan mampu mengembangkan terapi ini untuk membantu keluarga mengurangi beban akibat merawat anggota keluarganya halusinasi.

5.4.3 Implikasi Bagi Penelitian Selanjutnya

Pada penelitian ini mendapatkan informasi yang baik terhadap beban yang di rasakan keluarga dalam merawat klien halusinasi, yang meliputi beban psikologis, beban financial dan beban dalam assesibilitas pelayanan kesehatan , beban yang di alami keluarga akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan perawatan dan pengobatan klien. Sehingga berbagai bentuk beban yang di rasakan keluarga dapat di gunakan data dasar dalam penelitian kuantitatif maupun kualitatif, misalnya penelitian tentang pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap penurunan beban yang di rasakan klien halusinasi.



BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan simpulan dan saran yang berhubungan dengan masalah penelitian yang dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan serta makna dan hikmah dalam merawat klien dengan halusinasi. Beban yang di hadapi oleh partisipan dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi adalah beban psikologi, beban finansial dan masalah dalam fasilitas pelayanan kesehatan.

Beban psikologi yang di rasakan partisipan selama merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi, adalah rasa kecewa terhadap klien karena ketidak patuhan dalam minum obat, putus asa dalam menghadapi proses penyakit klien , marah terhadap perilaku klien, rasa takut terhadap perilaku klien

Beban finansial di rasakan oleh partisipan selama merawat anggota keluarganya dengan perilaku halusinasi, hal ini terjadi karena tingginya harga obat dan jauhnya sarana kesehatan yang berdampak pada biaya transportasi yang mahal.

Masalah dalam fasilitas kesehatan di rasakan keluarga karena kurang terapeutiknya komunikasi tenaga kesehatan dan keadaan ruangan yang di rasakan kurang kondusif sehingga menimbulkan masalahnya bagi keluarganya.

Kebutuhan keluarga dalam merawat anggota keluarganya membutuhkan perhatian tanpa pamrih, yang meliputi perhatian yang tulus, bantuan finansial yang tulus dan bantuan informasi yang tulus.

Merawat klien dengan perilaku halusinasi, partisipan membutuhkan beberapa dukungan, dukungan yang di terima adalah dukungan sosial dan dukungan keluarga .

Dukungan sosial terdiri dari perhatian yang di terima dari luar keluarga besar meliputi masyarakat, tenaga kesehatan, bantuan keagamaan yang di berikan oleh masyarakat maupun lembaga keagamaan, bantuan finansial dan dukungan informasional yang berasal dari masyarakat sekitar maupun dari tenaga kesehatan.

Dukungan keluarga terdiri dari perhatian yang berasal dari anggota keluarga, bantuan keagamaan yang di berikan oleh anggota keluarga dan bantuan finansial yang berasal dari keluarga.

Respon partisipan terhadap pemberi dukungan dalam penelitian ini adalah kecewa terhadap pemberi dukungan . hal ini terjadi karena partisipan merasa tidak nyaman menerima bantuan dari keluarga dan merasa tidak puas dalam mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan.

Makna dan hikmah yang di rasakan keluarga dalam merawat anggota keluarganya dengan halusinasi adalah sebagai Takdir, dalam penelitian ini dinyatakan oleh partisipan bahwa memiliki anggota dengan perilaku halusinasi sebagai cobaan dari Tuhan, pasrah menerimanya, menjadi lebih sabar dan apa yang dilakukanya sebagai ibadah kepada Tuhan.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan Jiwa

Bagi rumah sakit termasuk perawat jiwa dengan hasil penelitian ini hendaknya dapat menjadi dasar dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien halusinasi khususnya terhadap pendamping klien atau *care giver* di rumah. Hal ini perlu di tingkatkanya kemampuan perawat generalis sehingga perawat akan lebih mendalam lagi dalam melakukan pengkajian terhadap kebutuhan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi sehingga akan semakin tepat dalam memberikan intervensi kepada keluarga terutama untuk meminimalkan beban yang di rasakan keluarga.

Menempatkan perawat spesialis keperawatan jiwa di poliklinik. Perawat spesialis jiwa di poliklinik dapat memberikan terapi peningkatan kemampuan keluarga (misalnya terapi psikoedukasi keluarga) .

Berkolaborasi dengan pihak puskesmas untuk kunjungan rumah, meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas misalnya dengan membentuk program *Community Mental Health Nursing*, sehingga proses pengobatan klien akan dapat berjalan lancar.

6.2.2. Bagi Institusi Pendidikan

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan penelitian khususnya dalam penelitian kualitatif.

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan asuhan keperawatan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan halusinasi .

Mengembangkan terapi-terapi tingkat generalis dan spesialis yang dapat diberikan pada pasien dan keluarga untuk meminimalkan beban yang di rasakan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Memberikan fasilitas di perpustakaan tentang literatur beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat halusinasi.

6.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Perlu meningkatkan kompetensi dalam melakukan wawancara mendalam.

Peneliti perlu meningkatkan kemampuan mencari sumber-sumber informasi terkait topik penelitian, khususnya dalam mengakses sumber referensi dari internet.

Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu memperhatikan hal-hal yang mengganggu atau mengurangi kualitas wawancara misalnya situasi lingkungan yang ramai, keberadaan anak kecil, atau keberadaan pasien yang membuat keluarga tidak leluasa untuk mengungkapkan pengalamannya.

Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi menggunakan pendekatan *etnografi* di mana peneliti akan sehingga lebih jelas tergambar pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan.

Melakukan penelitian kuantitatif tentang pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap penurunan beban yang di rasakan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi.

Penelitian *grounded theory* tentang beban dan sumber dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.



DAFTAR PUSTAKA

- Agiananda, F. (2006). *Pengkajian, beban, kebutuhan dan sumber daya keluarga dalam merawat penderita skizoprenia (sebuah studi kasus)*. Tesis, FK UI. Tidak dipublikasikan.
- Asniar. (2007). *Study Fenomenologi terhadap pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga Pasca Stoke di Rumah di Kelurahan Depok, Kecamatan Pancoraman Mas, Kota Depok, Jawa Barat*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Basmanelly. (2008). *Pengaruh home visit terhadap kemampuan keluarga dan klien halusinasi*. Tesis, FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Brockop, D.Y., & Tolsma, M.T.H. (1995). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five tradition*. Thousands Oaks: Sage Publication, Inc
- Depkes RI (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia No: 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan*, Jakarta: Depkes
- Depkes RI (2008). *Riset kesehatan dasar*. www.litbang.go.id. diakses tanggal 10 pebruari 2010
- Ekowati, W (2008). *Studi Fenomenologi tentang dukungan keluarga terhadap pencapaian intergritas diri individu lanjut usia di Kabupaten Kebumen, Propinsi Jawa Tengah*, Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Friedman. (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. EGC. Jakarta
- Frisch, N. C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental health Nursing*. (3 th ed.). Clifton Park NY : Thomson
- Garcia, R. (2006). *Famiily support predict psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia*. <http://web.ebscohost.com> diakses tanggal 19 Juni 2009
- Hamid, A.Y.S. (1993). *Child family characteristics and coping patterns of Indonesian family with a mentally retarded child*. Dessertation : catholic University of America, Washinton D.C.
- Hamid, A.Y, S. (2009). *Bunga Rampai” Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa”* penerbit EGC, Jakarta.

- Hamid, A.Y.S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan: konsep, etika, & instrumentasi*. Jakarta: EGC
- Ice ,Y,W.(2009). *Gambaran pengalaman keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan.di RSMM Bogor*, Tesis FIK UI. Tidak di publikasikan.
- Irawan , P. (2006). *Penelitian kualitatif & Kuantitatif untuk ilmu-ilmu sosial*. Depok: Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI
- Issacs, A. (2005). *Keperawatan kesehatan jiwa & psikiatrik*. Jakarta:EGC.
- Kaplan , H.I. ; Sadock, B.J. & . Grebb,J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri (7th ed.)*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa pusat Bogor*. Disertasi. FKM UI. Tidak dipublikasikan.
- Macnee, C.L. (2004). *Understansding Nursing Research: reading and using research in practice*. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.
- Magliano,L. (2008). *Families of People with severe mental disorders: difficulties and resources*.diambil dari <http://www.euro.who.int/document/MNH/family-burden>. pada tanggal 12 pebruari 2010
- Mamnu'ah. (2008). *Pengalaman stress dan strategi koping keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di Yogyakarta: Studi Fenomenologi*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Maslim, R. (2001). *Buku saku: Diagnosis gangguan jiwa*. Jakarta: PT Nuh Jaya
- Mubin, M.F.(2008).*Pengalaman Stigma pada keluarga dengan klien gangguan jiwa di kota Semarang: Studi Fenomenologi*.Tesis FIK Ui. Tidak di publikasikan.
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (6 th ed.). Philadelphia: Lipincott Williams Wilkins.
- Murthy, S.. (2003). *Family interventions and empowerment as an approach to enhance mental health resources in developing countries*.diambil dari www.pubmedcentral.nih.gov. pada tanggal 14 Februari 2010
- Polit, D. F., & Beck,C.T. (2004). *Nursing Research: Priciples and Methods*. 7 th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan Kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. (ed-3), Jakarta: Perfecta LPSPS. Fakultas Psikologi UI.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and practice*. (4th ed.), Philadelphia: Mosby-Years Book-Inc
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia & Diagnosa Banding*. Jakarta: Balai penerbit FK UI
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitatif Research In Nursing* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert & Carpenter (1999). *Qualitative Research in Nursing Advancing The Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7th ed). St Louis : Mosby.
- Stuart, G.W. (2002) *Pocket Guide To Psychiatric Nursing*, 5 ed. Mosby. Inc
- Sugiono. (2007). *Metode Penelitian Kualitatif*. (ed.12). Bandung: Albeta
- Suliswati; Payapo, T.A; Maruhawa, J.; Sianturi, Y & Sumijatun (2005). *Konsep keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Utami, T.W. (2008). *Pengaruh self help group terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kel Sindangbarang Bogor*. Tesis. Tidak dipublikasikan
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Windarwati, D.W. (2008). *Prilaku spiritual keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi, A Grounded Theory Study*. Tesis, FIK UI. tidak di publikasikan.
- World Federation For Mental health (2008). *Leraning about Schizophrenia: An international Mental Health Awareness Packet*. [Http://www.wfmh.org](http://www.wfmh.org). diakses tanggal 22 Januari 2010
- WHO. (2001). *The world Health Report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diakses tanggal 22 Januari 2010
- World Federation For Mental health (2008). *Leraning about Schizophrenia: An international Mental Health Awareness Packet*. [Http://www.wfmh.org](http://www.wfmh.org). diakses tanggal 2 Januari 2010

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BIODATA

Nama : Antonius Ngadiran
Tempat tanggal lahir : Palembang, 08 desember 1973
Agama : Katholik
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Staf Pengajar STIKes Immanuel Bandung
Alamat pekerjaan : Jl.Kopo No.161 Bandung
Alamat Rumah : Komp.Cipatat Elok, No.2 Blok E Cipatat Bandung Barat

Riwayat pendidikan :

STIKes Immanuel : Lulus tahun 2005
Akper Yogyakarta : Lulus tahun 1995
SMA Xaverius Palembang : Lulus tahun 1992
SMP Xaverius Palembang : Lulus tahun 1989
SDN Belitang Palembang : Lulus tahun 1986

Riwayat pekerjaan :

Perawat pelaksana Rumah sakit Santo Yusup Yogyakarta : 1995-1997
Perawat pelaksana Rumah sakit Immanuel Bandung : 1997-1999
Staf pengajar AKPER Immanuel Bandung : 1999- 2002
Staf pengajar STIKes Immanuel Bandung : 2002 - sekarang

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

Partisipan	Usia	Agama	Suku	Pendidikan	Pekerjaan	Lama merawat	Hubungan keluarga dengan klien
1	50	Islam	Sunda	SD	IRT	5 tahun	Ibu klien
2	38	Islam	Jawa	Sarjana	wiraswasta	6 tahun	Suami klien
3	38	Islam	Sunda	SMA	wiraswasta	8 tahun	Suami klien
4	48	Islam	Betawi	SMA	IRT	10 tahun	Istri klien
5	59	Islam	Sunda	SMA	wiraswasta	12 tahun	Kakak klien
6	42	Islam	Sunda	SD	Pembantu rumah tangga	6 tahun	Istri klien

DATA DEMOGRAFI KLIEN DENGAN HALUSINASI

KODE	USIAN KLIEN	JENIS KELAMIN	JUMLAH SAUDARA	LAMA SAKIT
DD	24	Laki-laki	3	5 tahun
ST	35	Perempuan	4	6 tahun
Ns	28	Perempuan	3	8 tahun
YP	49	Laki-laki	4	10 tahun
YS	54	Laki-laki	3	12 tahun
SG	40	Laki-laki	5	6 tahun

