

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Bipolar Care Indonesia (BCI) adalah sebuah perkumpulan yang berupaya di bidang kesehatan jiwa, memberikan tempat bagi penyintas bipolar, *caregiver*, dan siapapun yang mendukung penyintas bipolar. BCI berdiri pada tanggal 27 Mei 2013, oleh 5 orang yang mempunyai satu visi untuk membangun suatu naungan bagi penyintas bipolar supaya tidak merasa berjuang sendirian. Program BCI disini seperti memberi dukungan, edukasi, serta beragam aktivitas, seperti psikoedukasi, Bipotalk atau *support group*, *art therapy*, perayaan hari bipolar sedunia yang diperingati pada 30 Maret, serta kampanye kesehatan jiwa.

Visi BCI yaitu membentuk tempat untuk bagi Orang dengan Bipolar (ODB), *caregiver*, dan siapa saja yang memperhatikan dan peduli dengan gangguan bipolar. Sedangkan misi BCI adalah meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap gangguan bipolar, memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat tentang gangguan bipolar, memberi edukasi dan dukungan kepada orang dengan Bipolar (ODB) dan *caregiver*-nya, memotivasi penyintas untuk melakukan kegiatan dan hal yang positif serta melawan stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa.

2. Karakteristik Responden

Gambaran Karakteristik Responden pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel, yaitu:

Tabel 4.1
Karakteristik Responden (n=66)

No.	Karakteristik Responden	Jumlah	%
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-Laki	23	34,8
	Perempuan	43	65,2
	Total	66	100
2.	Usia		
	17 – 20 tahun	16	24,2
	21 – 35 tahun	46	69,7
	> 35 tahun	4	6,1
	Total	66	100
3.	Status Perkawinan		
	Sudah Menikah	7	10,6
	Belum Menikah	56	84,8
	Janda atau Duda	3	4,5
	Total	66	100
4.	Pendidikan		
	SD	1	1,5
	SMP	1	1,5
	SMA	35	53
	Perguruan Tinggi	29	43,9
	Total	66	100

Sumber: Data Primer, 2022

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa mayoritas jenis kelamin *caregiver* yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar adalah perempuan yaitu sebanyak 43 orang (65,2%). Usia responden paling banyak adalah pada rentang usia 21–35 tahun yaitu sebanyak 46 orang (69,7%). Mayoritas status perkawinan responden saat ini adalah belum menikah yaitu sebanyak 56 orang (84,8%). Tingkat pendidikan responden tertinggi yaitu lulusan SMA sebanyak 35 orang (53%).

3. Gambaran stigma

Gambaran stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia ditunjukkan pada tabel 4.2 dibawah ini:

Tabel 4.2
Gambaran stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas Gangguan Afektif Bipolar di Komunitas Bipolar Care Indonesia (n=66)

No.	Stigma yang Dirasakan oleh Keluarga	Jumlah	%
1.	Stigma Rendah	34	51,5
2.	Stigma Sedang	29	43,9
3.	Stigma Tinggi	3	4,5
	Total	66	100

Sumber: Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia menghadapi stigma rendah yaitu sebanyak 34 orang (51,5%).

Gambaran stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia berdasarkan rerata dan nilai median ditunjukkan pada tabel 4.3 dibawah ini:

Tabel 4. 3
Gambaran stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia berdasarkan rerata dan nilai median (n=66)

Variabel	Rerata \pm s.b.	Median (Minumum – Maksimal)
Stigma terhadap Keluarga	43,5 \pm 12,83	44 (22 – 87)

Sumber: Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa rerata stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia adalah sebesar $43,5 \pm 12,83$ yang berarti bahwa mayoritas responden menghadapi stigma rendah. Nilai minimum stigma yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia adalah

sebesar 22 dan yang tertinggi adalah 87 dengan nilai median 44 yang berarti bahwa mayoritas responden menghadapi stigma rendah.

Gambaran indikator stigma emosional, kognitif, perilaku dan harga diri yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia ditunjukkan pada tabel 4.4 di bawah ini:

Tabel 4. 4
Gambaran indikator stigma emosional, kognitif, perilaku dan harga diri terhadap keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia (n=66)

No	Indikator Stigma	Jumlah	%
1.	Emosional		
	Rendah	35	53
	Sedang	26	39,4
	Tinggi	5	7,6
	Total	66	100
2.	Kognitif		
	Rendah	45	68,2
	Sedang	18	27,3
	Tinggi	3	4,5
	Total	66	100
3.	Perilaku		
	Rendah	38	57,6
	Sedang	25	37,9
	Tinggi	3	4,5
	Total	66	100
4.	Harga diri		
	Rendah	43	65,2
	Sedang	21	31,8
	Tinggi	2	3,0
	Total	66	100

Sumber: Data Primer, 2022

Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas indikator stigma emosional yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia adalah rendah yaitu sebanyak 35 orang (53%).

Berdasarkan tabel 4.4 tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas indikator stigma kognitif yang dirasakan oleh keluarga yang merawat

penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia adalah rendah yaitu sebanyak 45 orang (68,2%).

Berdasarkan tabel 4.4 tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas indikator stigma perilaku yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia adalah rendah yaitu sebanyak 38 orang (57,6%).

Berdasarkan tabel 4.4 tersebut dapat diketahui bahwa mayoritas indikator stigma harga diri yang dirasakan oleh keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia adalah rendah yaitu sebanyak 43 orang (65,2%).

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin responden sebagian besar adalah perempuan (65,2%) atau sebanyak 43 responden. Dalam penelitian Mislianti et al (2021), responden terdiri dari 7 orang berjenis kelamin perempuan dan 1 orang laki-laki yang artinya perempuan lebih banyak menjadi *caregiver* ODGJ dibandingkan laki-laki.

Wanita memiliki peran utama sebagai pemimpin kesehatan dan memberikan asuhan pada anggota keluarga yang sakit. Pada umumnya perempuan memiliki waktu yang banyak di rumah, sedangkan seorang laki-laki tugasnya bekerja dan mencari nafkah yang mengharuskan keluar rumah. Sehingga kebanyakan *caregiver* berjenis kelamin perempuan (Friedman, et, al. 2010). Salah satu interpretasi yang mungkin dijumpai oleh *caregiver* perempuan adalah bahwa perempuan memiliki tanggung jawab pada sebagian besar keluarga seperti pekerjaan rumah tangga, mengasuh anak, ibu pasien, dan terkadang pekerjaan adalah bagian darinya (Karimah & Damaiyanti, 2021).

Berdasarkan usia responden mendapatkan hasil *caregiver* yang merawat berusia 17 – 20 tahun sebanyak 16 responden (24,2%), usia *caregivers* terbanyak ialah 21–35 tahun (69,7%) atau sebanyak 46

responden dan usia *caregiver* yang paling sedikit adalah usia lebih dari 35 tahun yaitu sejumlah 4 orang (6,1%). Usia 21-35 tahun termasuk tahap usia dewasa awal. Pada tahap ini manusia mulai menerima dan memikul tanggung jawab yang lebih berat. Dewasa awal merupakan masa dimana individu siap berperan dan bertanggung jawab serta menerima kedudukan di dalam masyarakat, masa untuk bekerja dan terlibat dalam hubungan sosial masyarakat (Triawanati, 2017). *Caregiver* adalah mereka yang memberikan perawatan pamrih, dan masih memiliki hubungan kekerabatan, antara lain sebagai suami, istri, anak, menantu, cucu, saudara maupun hubungan kekerabatan lainnya. Usia dewasa awal dapat menjadi *caregiver* bagi keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Pratiwi D. A., 2020).

Berdasarkan karakteristik status perkawinan mendapatkan hasil penelitian menunjukkan bahwa 84,8% atau sejumlah 56 *caregiver* memiliki status belum menikah. Terdapat 10,6% atau sejumlah 7 keluarga yang menjadi *caregiver* sudah menikah dan terdapat 4,5% atau 3 keluarga yang menjadi *caregiver* berstatus janda atau duda. Dalam penelitian Mehra et, al. (2020) disebutkan bahwa *caregiver* kesulitan dalam menikah karena merawat penyintas gangguan jiwa. Penelitian Ebrahim et, al. (2020) juga menyebutkan bahwa 30% *caregiver* ODGJ belum menikah karena bagi *caregiver*, para penyintas membutuhkan perawatan dan *caregiver* bertanggungjawab terhadap kebutuhan penyintas seperti menemani, menasihati, memberikan dukungan serta mengawasi penyintas dalam pengobatan.

Berdasarkan pendidikan responden sekolah menengah atas (SMA) adalah mayoritas pendidikan keluarga yang menjadi *caregiver* yaitu sebanyak 53% atau 35 responden. Perguruan tinggi menduduki urutan kedua sebanyak 43,9% atau sebanyak 29 responden. Sekolah dasar (SD) terdapat 1,5% atau 1 responden dan terakhir ada sekolah menengah pertama (SMP) sebanyak 1,5% atau 1 responden. Dari hasil penelitian yang dilakukan di China membuktikan bahwa tingkat pendidikan tidak

berpengaruh terhadap stigma gangguan jiwa namun pengetahuan terkait gangguan jiwa memiliki hubungan terhadap stigma gangguan jiwa (Danukusumah, Suryani, & Shalahuddin, 2022).

2. Gambaran stigma

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar anggota keluarga yang merawat penyintas gangguan afektif bipolar di komunitas Bipolar Care Indonesia memiliki stigma yang rendah (51,5%). Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Ibad M. R et, al. (2021), Islamiati, Widianti, dan Suhendar (2018), Risna dan Rahmawati (2019) dan Lanawati et, al. (2020).

Stigma yang tinggi diciptakan oleh kekhawatiran masyarakat terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Penelitian ini menggunakan kuisisioner CAMI (Community Attitudede Towards the Metally Illness). Masyarakat merasa terganggu, enggan menerima kehadiran bahkan merasa jijik terhadap ODGJ. Masyarakat yang satu lingkungan dengan ODGJ memberikan *labelling* sejak lama baik kepada ODGJ maupun keluarga. Perilaku diskriminatif juga terjadi kepada ODGJ dan keluarga yaitu diledek agar emosi terpancing, digunjingkan dilingkungan tempat tinggal bahkan mendapat perlakuan kasar (Ibad M. R et, al. 2021)

Dalam penelitian Islamiati, Widianti, dan Suhendar (2018), masyarakat merasa tidak aman, terancam dan memberikan stigma kepada ODGJ. Sikap masyarakat menunjukkan respon negatif dimana masyarakat tidak setuju dengan faktor gangguan jiwa dan fasilitas kesehatan untuk ODGJ harus berada jauh dari lingkungan masyarakat tersebut.

ODGJ mendapatkan *labelling* dan dianggap berbeda dari orang pada umumnya oleh masyarakat setempat. Perilaku ODGJ yang meresahkan seperti marah, tertawa bahkan mengamuk membuat masyarakat melakukan *separation* terhadap ODGJ. Stigma sebagai suatu kumpulan perilaku atau keyakinan negative yang membuat masyarakat

merasa khawatir, menolak, menghindar, serta mendiskriminasi ODGJ (Risna & Rahmawati, 2019).

Penelitian Lanawati et, al. (2020), menunjukkan bahwa masyarakat Suku Banjar memiliki stigma negatif terhadap keberadaan ODGJ di daerahnya. Penyebab stigma negatif muncul adalah persepsi masyarakat yang menyatakan ODGJ adalah individu yang menimbulkan suatu bahaya, mudah mengamuk dan memukul dalam keadaan apapun.

Pengukuran stigma pada penelitian ini menggunakan kuisioner *Stigma scale for caregivers of people with mental illness* atau CPMI stigma scale memiliki beberapa indikator yaitu emosional, kognitif, perilaku dan harga diri.

Indikator emosional dalam *Stigma scale for caregivers of people with mental illness* atau CPMI stigma scale meliputi rendah diri, menghindari komunikasi, merasa terganggu, sedih dan tertekan karena memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan afektif bipolar (Ebrahim et, al. 2020). Dalam penelitian Mehra et, al. (2020) didapatkan hasil indikator emosional tinggi daripada indikator lain karena para *caregiver* menyatakan menerima stigma dan beban yang tinggi baik secara emosional maupun sosial.

Indikator stigma kognitif meliputi diskriminasi, sikap buruk dan penghindaran dari oranglain karena memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan afektif bipolar. Ketakutan dalam diri seseorang atau malu jika oranglain mengetahui memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan afektif bipolar (Ebrahim et, al. 2020). Dalam penelitian ini didapatkan hasil indikator kognitif adalah rendah. Penelitian Ebrahim et, al. (2020) menyatakan indikator kognitif mendapatkan hasil yang tinggi daripada indikator stigma lainnya.

Indikator stigma perilaku yaitu tidak memberitahu oranglain tentang keluarga yang menderita gangguan afektif bipolar, tidak berinteraksi dengan penyintas dan tidak mengikuti kegiatan hal yang berhubungan dengan gangguan afektif bipolar atau gangguan jiwa lainnya

(Ebrahim *et, al.* 2020). Dalam penelitian ini didapatkan hasil indikator stigma perilaku rendah sedangkan penelitian Parveen *et, al.* (2021) mendapat hasil indikator stigma perilaku tinggi karena ketidakharmonisan antar keluarga dan perilaku saling tertutup oleh keluarga terhadap penyintas.

Indikator stigma harga diri seperti menolak berpergian dengan anggota keluarga yang menderita gangguan afektif bipolar, merasa malu dan merasa tidak berharga jika oranglain mengetahui bahwa seseorang memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan afektif bipolar (Ebrahim *et, al.* 2020). Dalam penelitian ini didapatkan hasil bahwa indikator stigma harga diri rendah namun pada penelitian Grover *et, al.* (2019) didapatkan hasil stigma harga diri tinggi dibuktikan dengan keluarga yang jarang menghabiskan waktu bersama bahkan membatasi interaksi dengan penyintas.

C. Keterbatasan

1. Peneliti mengambil data dengan google form sehingga tidak bisa dipastikan dalam proses pengisian kuesioner diisi oleh responden sendiri atau diisi oleh orang lain.
2. Peneliti kesulitan dalam mengetahui diagnosa gangguan jiwa lainnya yang dialami oleh penyintas gangguan afektif bipolar.