

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

A. Gambaran Umum Demografi

Kecamatan Kasihan merupakan salah satu kecamatan yang terdapat di Kabupaten Bantul. Batas wilayah Kecamatan Kasihan yaitu sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Sewon, sebelah utara berbatasan dengan Kota Yogyakarta, sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Sedayu, Kecamatan Gamping, dan Kecamatan Pajangan, dan sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Sewon dan Kecamatan Pajangan. Luas Wilayah Kecamatan Kasihan yaitu 3.437,957 Ha² dengan jumlah penduduk 77.261 jiwa, kepadatan penduduk 2.247 jiwa/km², dan memiliki 4 desa/kelurahan yaitu Bangunjiwo, Tirtonirmolo, Tamantirto, dan Ngestiharjo.

Puskesmas Kasihan 1 Bantul mempunyai pelayanan kesehatan khususnya di pelayanan kesehatan jiwa. Pasien yang datang terlebih dahulu konsultasi dengan dokter atau perawat dan akan diberikan resep dokter dan akan kembali untuk konsultasi lagi 10 hari setelah konsultasi. Pasien yang datang ke Puskesmas Kasihan Bantul biasanya adalah pasien yang sudah lama dan tempat tinggalnya masih dalam wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 Bantul, adapun pasien yang baru rujukan dari RSJ. Grahasia dan RS. Sarjito.

B. Karakteristik Partisipan

Lima partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian gambaran pengetahuan dalam peran dan respon keluarga dalam merawat pasien skizofrenia yaitu keluarga yang merawat pasien skizofrenia dan ada yang tinggal langsung dengan pasien (P1, P2, P4) dan ada yang terpisah atau tidak tinggal langsung satu rumah dengan pasien (P3 dan P5). Data lima partisipan diambil dari wilayah kerja Puskesmas Kasihan 1 Bantul yang kelimanya berada di Daerah Kelurahan Tamantirto tetapi berbeda desanya. Desa Ngebel (P1), Desa Jetis (P2), Desa Kembaran (P3), Desa Jadan (P4), Desa Tegal Rejo (P5). Penyeleksian data partisipan ditentukan oleh pihak Puskesmas dengan kriteria yang telah ditentukan oleh peneliti, kemudian oleh peneliti dilakukan survei dengan mencocokkan data yang diperoleh dari Puskesmas dengan data dilapangan. Kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan partisipan didaerah Kembaran, Jetis dan Tegal Rejo sebelum dilakukannya wawancara mendalam.

Usia partisipan bervariasi antara 49 tahun sampai 71 tahun. Empat partisipan asli Daerah Kelurahan Tamantirto semua dan satu partisipan asli dari Daerah Delingo. Riwayat pendidikan partisipan rata – rata hanya lulus SR atau setara dengan SD (P1, P3, P4 dan P5) dan satu lulusan D3 (P2). Pekerjaan lima partisipan bervariasi dari petani, buruh dan penjual rongsokan. Agama partisipan rata-rata islam (P1, P2, P4, P5) dan beragama Kristen Katolik 1 partisipan yaitu P3.

Hasil penyeleksi pasien dari lima partisipan diperoleh 5 keluarga dengan penderita gangguan jiwa *Schizofrenia* dengan klasifikasi pengalaman merawat bervariasi yaitu sebagai berikut : P1 dengan lama perawatan penderita gangguan jiwa selama 4 tahun. P2 lama merawat pasien selama 2 tahun. P3 dengan lama pengalaman merawat pasien gangguan jiwa selama 30 tahun. P4 dengan lama pengalaman merawat pasien gangguan jiwa selama 3 tahun. P5 dengan lama pengalaman merawat pasien gangguan jiwa selama 35 tahun. Hubungan partisipan dengan klien sebagai berikut : P1 (Ibu kandung), P2 (Ayah kandung), P3 (Adik), P4 (Ibu kandung) dan P5 (Kakak).

C. Hasil

Data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam kemudian ditulis selengkap-lengkapannya sesuai dengan hasil rekaman dan catatan dari peneliti. Transkrip data disusun dengan mendengarkan hasil rekaman secara cermat dan berulang-ulang serta membaca dengan teliti hasil catatan dari peneliti. Transkrip data wawancara yang telah dibuat kemudian dibaca berulang-ulang untuk dicermati kembali, hasil penelaahan transkrip data kemudian disajikan dalam bentuk tabel kategori dan dari kategori tersebut dibuat pengelompokan kata-kata kunci yang mendukung kategori yang telah ditentukan dari beberapa kategori tersebut kemudian dibuat tema yang menghubungkan kategori.

Kategori, Kata kunci dan Tema yang dimaksud terdapat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 2.1.
Kategori Data Pengetahuan Keluarga Dalam Peran Dan Respon Merawat Pasien Skizofrenia

NO	KATA KUNCI	KATEGORI	TEMA
1.	a.ngelamun.... b. pikirannya terganggu. c. Ketemplekan.....	Gangguan Jiwa Karena kemasukan roh/jin	Pengetahuan Keluarga tentang gangguan jiwa
2.	a.ketakutan..... b. ...pikiran yang tidak sampai.... c.psikologi	Gangguan Jiwa disebabkan tekanan	
3.	a.sesuatu yang tidak terlampiaskan..... b. ... sesuatu yang diinginkan tidak terpenuhi.... c. ... tidak bisa menerima		
6.	a. depresi berat.....		
5.	a. <i>di santet</i> b. ... diguna-guna...	Gangguan Jiwa Karena Diguna-guna	
6.	a. ...ke orang pintar dulu..... pernah kepakem.....		
7.	a. dirawat RS. Bethesda.... b. ... pengobatan secara medis diabaikan karena kental dengan	Berobat Ke Rumah Sakit Dan Ke Paranormal	Upaya keluarga terkait dengan promosi

	para normal.		kesehatan
8.	a.saya berobat ke dokter sama ditambahi obat jawa. b. kiyai, orang pintar (dukun)....		
9.	a.ke dokter....	Konsultasi Ke dokter	
10.	a.cuma dikerik.... diberi makan nasi ... b. diminumin air hangat	Respon keluarga adaptif/ positif	Respons keluarga terhadap tanda dan gejala penyakit
11.	a. kalau ada keluarga ada yang sakit , rasa keluarga akan sakit semua... b. diberi obat herbal	Respon Keluarga adaptif/ Positif	
12.	a. puskesmas b. RS Pakem	Langsung ke tempat pelayanan kesehatan	Mencari tempat pelayanan kesehatan
13.	a.ke dokter.... b. ...karena jauh akhirnya kepuskesmas		
14.	a. mondok kesarjito tapi khan biayanya.... b. ... mikir-mikir c.pak dukuh akal-akalan.... d.tidak ada askes, tapi tetap ambil obat kepuskes	Berusaha untuk mendapatkan pelayanan kesehatan	Upaya rujukan dan mendapatkan pelayanan kesehatan
15.	a.seriang diajak ngobrol.... b. ...kalau takut tidur sering ditemani...		

	<p>c.disuruh melakukan pekerjaan rumah</p> <p>d....nganter anak kesekolah...</p> <p>e. Tidak disuruh ngelamun.....sholat</p> <p>f.minum obat teratur</p>		
16.	<p>a.jaga counter...</p> <p>b. ... seriang diajak ngobrol.....</p> <p>c.disuruh melakukan pekerjaan rumah</p> <p>d....minum obat teratur.....</p>	Mengisi waktu dengan melakukan kegiatan	Respons segera klien dan keluarga terhadap permasalahan kesehatan dan perawatan
17.	<p>a.sering ditakon-takoni (<i>ditanyatanya</i>)</p> <p>b. ... seriang diajak ngobrol.....</p> <p>c.disuruh melakukan pekerjaan rumah</p> <p>d....minum obat teratur.....</p>		
18.	<p>a. minum obat.....</p> <p>b. ... seriang diajak ngobrol.....</p> <p>c.ditemani</p>		
19.	<p>a. minum obat teratur.....</p>	Penanganan yang biasa-biasa saja, kurang interaktif/ keluarga kurang adaptif	
20.	<p>a. pasrah dengan Yang Kuaso (<i>pasrah dengan Yang Kuasa</i>)</p> <p>b. ... mudah-mudahan cepat sembuh gitu.....</p>	Pasrah dengan Yang Kuasa	
21.	<p>a. ikhtiar.....</p> <p>b. ... kalo Allah menghendaki herbal</p>	Selalu berikhtiar	

	pun itu bisa untuk menyembuhkan..... c.membuat lingkungan nyaman itu mempengaruhi psikologi anak..		Adaptasi terhadap penyakit atau upaya penyembuhan
22.	a..... kalau saya menyerah berarti saya kalah..... b. ... tidak bisa merawat apa kata dokter..... c.didiamkan saja.	Koping keluarga efektif	
23.	a. harus kuat mbak..... b. ... ganjaranne seko ngono ya gak apa-apa, ditompo,.....	Ikhlas dengan keadaan yang dilalui	
24.	a. musibah..... b. ...jangan buat dia sakit hati.....	Musibah dan tetap berusaha	
25.	a. ekonomi..... b. ...buruh....	ekonomi	Kendala mempengaruhi pengetahuan keluarga dalam peran dan respon
26.	a....pendidikan.... b. Buruh.....	pendidikan	
27.	a. tidak punya uang..... b. pendidikan rendah....tamatan SD....		

Tema yang didapatkan berdasarkan kategori-kategori diatas adalah :

7. Gambar Pengetahuan keluarga tentang pengertian keluarga mengenai gangguan jiwa.
8. Gambar Pengetahuan keluarga tentang upaya keluarga terkait dengan promosi kesehatan.
9. Gambar Pengetahuan keluarga tentang respons keluarga terhadap tanda dan gejala penyakit.

10. Gambar Pengetahuan keluarga tentang mencari tempat pelayanan kesehatan .
11. Gambar Pengetahuan keluarga tentang upaya rujukan dan mendapatkan pelayanan kesehatan.
12. Gambar Pengetahuan keluarga tentang respons segera klien dan keluarga terhadap permasalahan kesehatan dan perawatan.
13. Gambar Pengetahuan keluarga tentang adaptasi terhadap penyakit atau upaya penyembuhan.

D. Analisa Data

1. Gambar Pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, peneliti mendapatkan beberapa jawaban dari partisipan berbeda-beda seperti dikemukakan oleh partisipan sebagai berikut :

Kotak 1

“.....gangguan jiwa tu ya pikirannya terganggu, ketemplekan kalo kata orang jawa....” (P1)

“...pikiran yang tidak sampai,jadi psikologinya terganggu.” (P2)

“Gangguan jiwa itu sesuatu yang disimpan yang tidak terlampiaskan.....sesuatu yang diinginkan tidak terpenuhi, tidak tercukupi jadi uring-uringan, dan tidak bisa menerima.” (P3)

“.....di santet..diguna-guna.....” (P4)

“.....depresi berat, secara psikologisnya” (P5)

2. Gambar Pengetahuan keluarga tentang upaya keluarga terkait dengan promosi kesehatan

Keluarga terkait dengan promosi kesehatan sangat berpengaruh dengan pengetahuan mereka terhadap skizofrenia, paradigma seseorang dalam keluarga awal untuk menentukan promosi kesehatan dalam anggota keluarga. Hal ini seperti diungkapkan partisipan 1 dan 4 yang dalam paradigmanya skizofrenia yaitu ketemplekan (kemasukan jin) dan digunakan :

Kotak 2

“ Ya saya khan bingung, saya minta tolong ke tetangga, cari orang tua, orang pintar (dukun).” (P1)

“ saya berobat ke dokter sama ditambahi obat jawa.” (P4)

Partisipan lainnya (2,3 dan 5) mengungkapkan hal yang berbeda tentang upaya keluarga terkait dengan promosi kesehatan yaitu sebagai berikut :

Kotak 3

“.....didokter.....diherbal sembuh,jika Allah menghendaki herbal pun itu bisa untuk menyembuhkan” (P2)

“.....dirawat (RS. Bethesda), suaminya kental dengan para normal...” (P3)

“.....Ke puskesmas..... langsung ke balai pengobatan, ke Sarjito atau ke Grhasia.” (P5)

3. Gambar Pengetahuan keluarga tentang respon keluarga terhadap tanda dan gejala penyakit

Respon keluarga ada yang adaptif dan ada yang maladaptif, dalam penelitian ini partisipan mengungkapkan hal yang hampir sama dan rata-rata respon yang digunakan yaitu respon adaptif, respon dimana keluarga memberikan hal yang terbaik untuk anggota keluarganya yang sakit, seperti dalam pembicaraan partisipan berikut ini :

Kotak 4

“Keliatan matanya keatas kosong, cuma dikerik terus dimakanin nasi, diminumin air hangat dan kadang ditanyain dah dimnium belum obatnya”

(P1)

“.....saya tahu karena sudah merawat kakak saya bertahun-tahun. Nanti dikasih obat diminum, dalam selang 2-3 hari nanti normal kembali.” (P3)

Respon Keluarga ketika ada anggota keluarganya kambuh biasanya langsung diberi obat dan memberikan ketenangan terhadap klien.

4. Gambar Pengetahuan keluarga tentang mencari tempat pelayanan kesehatan

Mencari tempat pelayanan kesehatan berkaitan dengan paradigma keluarga terhadap pengertian dari skizofrenia tersebut. Jika pengertian skizofrenia dikarenakan diguna-guna dan karena kemasukan

jin, maka tempat pelayanan yang mereka tuju yaitu orang pintar atau dukun. Akan tetapi jika keluarga mengartikan skizofrenia disebabkan oleh psikologi atau depresi maka keluarga akan mencari tempat pelayanan kesehatan ke dokter atau ke Rumah Sakit.

Kotak 5

“ Iya kena guna-guna laki-laki itu 4 bulan, saya berobat ke dokter dengan ditambahi obat jawa, orang pintar/dukun.” (P4)

5. Gambar Pengetahuan keluarga tentang upaya rujukan dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

Upaya keluarga untuk rujukan dan mendapatkan pelayanan pada partisipan pertama sampai dengan kelima rata –rata bukan inisitaif dari orangtua, inisitaif tersebut diberikan oleh tetangga atau keluarga dekatnya sendiri, karena awalnya semua partisipan tidak mengetahui tentang cara-cara rujukan dan hanya 1 partisipan yang mengurus rujukan sendiri dikarenakan memang sudah mengetahui cara-caranya sejak dahulu, ungkapan dari beberapa partisipan bahwa rujukan itu diketahuinya setelah diberitahu oleh orang-orang terdekat mereka seperti sebagai berikut :

Kotak 6

“ saya minta tolong ke tetangga, cari orang tua, orang pintar, terus baru dah sembuh langsung dibawa kerumah sakit.ambil berobat jalan.” (P1)
“ Warga disini malah menyuruh diruqiyah di Kerapyakkalau

diruqiyah muntah-muntah disabetin, wah ndak tegel saya mbak, wes ndak tak lanjutin,kepuskesmas berobat jalan.....” (P4)
“

Pada Partisipan (2,3 dan 5) menggunakan alternatif dari inisiatif mereka sendiri yang terbaik dalam upaya rujukan dan mendapatkan pelayanan kesehatan.

6. Gambar keluarga tentang respon terhadap permasalahan kesehatan dan perawatan.

Respon segera klien dan keluarga terhadap permasalahan kesehatan dan perawatan terdapat dalam pernyataan partisipan :

Kotak 7

“ Keliatan matanya keatas kosong, Cuma dikerik terus dimakanin nasi, diminumin air hangat dan kadang ditanyakan sudah minum obatnya...?” (P1)

Respon keluarga rata-rata respon aktif atau biasa disebut respon adaptif, karena keluarga antusias untuk memberikan perawatan yang terbaik untuk anggota keluarganya yang sedang sakit.

7. Gambar Pengetahuan keluarga tentang adaptasi terhadap penyakit atau upaya penyembuhan.

Adaptasi keluarga terhadap penyakit tergantung dari koping keluarga terhadap sesuatu yang dihadapinya atau stressor yang sedang melanda keluarga mereka.

Kotak 8

“....walaupun saya merawat bertahun-tahun saya dah tau tentang hal-hal seperti itu...” (P3)

E. Pembahasan

Setelah membaca berulang-ulang hasil transkrip wawancara mendalam, peneliti menjelaskan tentang hasil dalam penelitian gambaran pengetahuan keluarga dalam peran dan respon keluarga merawat penderita gangguan jiwa yang telah dilaksanakan pada lima partisipan yaitu keluarga yang tinggal satu rumah dan keluarga yang tidak tinggal satu rumah dan berinteraksi langsung dalam merawat penderita gangguan jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan 1 Bantul. Pembahasan pada penelitian pengetahuan keluarga dalam peran dan respon merawat penderita gangguan jiwa dapat dibagi menjadi beberapa hal, yaitu pengetahuan dimana meliputi pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa dan pengetahuan keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarganya. Peran meliputi 6 peran keluarga dalam merawat pasien dan didalam peran

terdapat respon keluarga terhadap anggota keluarganya yang sakit, dimana pembahasannya sebagai berikut:

1. Pengetahuan

1.1 Pengetahuan Keluarga tentang gangguan jiwa.

Hasil pembahasan peneliti menemukan pengetahuan keluarga pasien skizofrenia khususnya arti dari gangguan jiwa yaitu dikarenakan banyaknya tekanan-tekanan dan kebutuhan yang diinginkan tetapi tidak bisa terpenuhi, hal ini diungkapkan oleh (P3) :
“ Gangguan jiwa itu sesuatu yang disimpan yang tidak terlampiaskan dengan keluarga, dan ada sesuatu yang diinginkan tidak terpenuhi, tidak tercukupi jadi uring-uringan, dan tidak bisa menerima.”

Ungkapan dari (P3) menunjukkan bahwa sesuatu yang dipendam dan tidak terlampiaskan akan membawa pikiran “ketidakterimaan” dan ketidakseimbangan antara hati dan pikiran seperti disampaikan(P3):

“ ternyata kalau kita banyak pikiran dan terus ndak kuat itu ndak baik juga ya , kadang kala sini (menunjukkan hati) yang ndak kuat terus sini (menunjukkan kepala) juga ndak kuat , ya bisa gangguan jiwa juga, jadi harus seimbang. “ Menurut Diagnostic and Statistic Manual Of Mental Disorder, gangguan jiwa atau mental disorder yaitu seluruh gejala atau pola perilaku seseorang yang berkaitan dengan tekanan (Distress) dan ketidak mampuan seseorang (Pusat Medis.2008).

Beberapa partisipanpun masih ada yang berpendapat bahwa gangguan jiwa yaitu kemasukan dan diguna-guna, biasanya pendapat

seperti ini karena pengetahuan mereka terlalu awam atau memang sudah tersugesti dari budayanya. Seperti ungkapan (P1) : “ *Gangguan jiwa itu setau saya sering ngelamun aja, gangguan jiwa tu ya pikirannya terganggu, ketemplekan kalo kata orang jawa.* “ Sebagian keluarga dan masyarakat masih menganggap bahwa skizofrenia merupakan gangguan atau “penyakit” yang disebabkan oleh hal-hal yang tidak rasional ataupun supranatural, sebagai contoh adanya anggapan bahwa orang yang mengidap skizofrenia sebagai “orang gila” yang disebabkan karena guna-guna atau diteluh, kemasukan setan, kemasukan roh jahat (*evil spirit*), melanggar larangan atau tabu dan lain-lain (Hawari.2006.2).

Pengetahuan keluarga terhadap gangguan jiwa merupakan faktor yang paling penting untuk menentukan sikap dan tindakan keluarga dalam membantu proses penyembuhannya. Diawali dari pandangan keluarga tentang pengertian, gejala dan tanda-tanda gangguan jiwa yang dialami oleh salah satu anggota keluarga, sehingga akan menentukan tindakan preventif dari keluarga tentang pengambilan keputusan dalam pengobatannya.

2. Peran

2.1. Upaya keluarga terkait dengan promosi kesehatan

Berdasarkan penelitian, P1 dalam upaya terkait dengan promosi kesehatan pernah ke RS, tetapi karena tidak kuat dengan

biaya akhirnya mencari jalan pintas seperti ungkapan (P1) : *“Ya saya khan bingung, itu saya minta tolong ke tetangga, cari orang tua, orang pintar.”* Ungkapan P2 dalam mencaari pengobatan : *“...misalnya dulu didokter ndak sembuh kok diherbal sembuh, mungkin kalo Allah menghendaki herbal pun itu bisa untuk menyembuhkan.”*

Pengobatan yang terlambat lebih banyak disebabkan oleh kurangnya pengetahuan masyarakat umum tentang penyakit ini. Bahkan bagi yang telah sampai pada pengobatan dengan psikiater atau dokter, penderita tetap mencoba jalan penyembuhan yang berliku dengan tetap pergi ke berbagai pengobatan alternatif (Perhimpunan Jiwa Sehat.2010).

P3, P4 dan P5 mengungkapkan upaya dalam merawat keluarga mereka yang terkena skizofrenia langsung dibawa ke RS atau lembaga kesehatan terdekat, seperti P3 : *“... saya bawa dengan bapak(orang tua pasien), disini dirawat (RS. Bethesda).”* Sesuai dengan Muhani dan Muhana (1997), keluarga yang menganggap klien sakit karena masalah psikologis, pada umumnya meminta bantuan ke tenaga medis atau ke tempat pelayanan kesehatan (Puskesmas dan Rumah sakit). Jika penyakit klien disebabkan oleh penyebab non psikologis seperti gangguan jin, maka pencarian bantuan juga disesuaikan dengan penyebab tersebut yaitu dengan melakukan ritual-ritual pengobatan alternatif.

2.2. Mencari tempat pelayanan kesehatan

Seorang ibu sangat mempunyai peran penting didalam memutuskan anaknya berobat, apalagi jika sorang ibu yang sudah ditinggal oleh suaminya, hal ini diungkapkan oleh P4 dalam sela-sela wawancara yang peneliti tanyakan : *“Iya kena guna-guna laki-laki itu empat bulan, ya saya berobat ke dokter sama ditambahi obat jawa.”* Dalam peran ini, ibu mendefinisikan gejala dan memutuskan alternatif sumber yang “tepat”, ia juga memegang kendali yang kuat terhadap apakah anak akan mendapatkan layanan pencegahan atau pengobatan (Aday&Eichhorn,1972;Rayner,1970).

Ungkapan P3 : *“...jadi saya bawa dengan bapak(orang tua pasien), disini dirawat (RS. Bethesda), suaminya juga kalau pengobatan secara medis diabaikan karena kental dengan para normal, disana (para normal) sudah berapa minggu semula sembuh, tapi beberapa lama dia tiba-tiba lari..”* peran keluarga dan komunikasi keluarga sangat penting didalam mencari tempat pelayanan kesehatan. Kehadiran peran dalam keluarga berespon terhadap perubahan melalui fleksibilitas peran (Ackerman, 1966 dalam Friedman edisi 5 hal 311).

Pasien dari keluarga baik dari keuangannya mencukupi maupun tidak mencukupi akan terus berusaha mencari cara

perawatan dan pengobatan untuk menyembuhkan pasien, minimal dapat mencegah dari kekambuhan penyakit (Stuart dan Sunden, 1996).

2.3. Upaya rujukan dan mendapatkan pelayanan kesehatan

Faktor keuangan menjadi faktor yang berpengaruh dalam mengatasi masalah pengobatan. Dalam hal ini, keuangan dapat menjadi sumber koping bagi keluarga yang akan membantu keluarga dalam beradaptasi dengan masalah terutama dalam proses penyembuhan gangguan jiwa. Pasien dari keluarga baik dari keuangannya mencukupi maupun tidak mencukupi akan terus berusaha mencari cara perawatan dan pengobatan untuk menyembuhkan pasien, minimal dapat mencegah dari kekambuhan penyakit (Stuart dan Sunden, 1996).

Upaya rujukan dan mendapatkan pelayanan kesehatan didalam sebuah keluarga akan sangat berpengaruh didalam komunikasi keluarga. Peneliti mendapatkan kesimpulan dari 5 partisipan yang teliti bahwa semua keluarga yang salah satu anggota keluarganya sakit akan memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik, tetapi sekali lagi semua itu terbentur dengan masalah ekonomi. Faktor ekonomi menjadi alasan dominan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang terbaik, sehingga

partisipan akhirnya memilih pelayanna kesehatan yang dianggap murah dan mampu untuk dijalankan.

2.4. Adaptasi terhadap penyakit atau upaya penyembuhan .

Adaptasi terhadap penyakit didalam keluarga baik menunjukan bahwa koping keluarga tersebut juga baik. Pearlin dan Schooler (1978) menyatakan keluarga menggunakan strategi koping ini digunakan sebagai mekanisme koping yang efektif karena keluarga cenderung melihat segi positif dari kejadian yang menghasilkan stress.

Menurut partisipan (P4) : “ kalau ada keluarga ada yang sakit , rasa keluarga akan sakit semua, itu sudah secara psikologisnya.....” berarti adaptasi keluarga akan timbul ketika salah satu anggota keluarga ada yang sakit dan partisipasi keluarga dalam merawat pasien juga kan timbul seiring berjalannya waktu, hal ini dinyatakan oleh partisipan (P3) : “ walaupun saya merawat bertahun-tahun saya dah tau tentang hal-hal seperti itu.....”

3. Respon

3.1. Respon keluarga terhadap tanda dan gejala penyakit

Respon keluarga berbeda-beda tergantung dari stigma yang mereka miliki, seperti halnya P2 : “...ya gini mbak yang namanya

ada anggota keluarga yang sakit yang ya diterima mbak, tapi ya kalo ada cobaan diterima atau diratapi ya ndak juga mbak, sebab kalo spaneng terus ya bisa sakit semua mbak “ Pearlin dan Schooler (1978) menyatakan keluarga menggunakan strategi koping ini digunakan sebagai mekanisme koping yang efektif karena keluarga cenderung melihat segi positif dari kejadian yang menghasilkan stress. Dalam rentang respon kecemasan, keluarga cenderung berada pada rentang respon adaptif, yaitu menerima keadaan salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

3.2 Respon segera klien dan keluarga terhadap permasalahan kesehatan dan perawatan.

Semua partisipan menggunakan strategi koping pengontrolan makna dari masalah yaitu pengontrolan makna dari masalah yang dimaknai sebagai salah satu upaya keluarga dalam memberikan penilaian positif yang telah dialami keluarga. Respon segera klien dan keluarga terhadap permasalahan tersebut harusnya dibicarakan bersama-sama.

Menurut Reiss (1981) pemecahan masalah secara bersama-sama dapat digambarkan sebagai situasi dimana keluarga dapat mendiskusikan masalah yang ada secara bersama-sama, dan mengupayakan solusi atau jalan keluar atas dasar logika serta

mencapai suatu kesepakatan bersama. Ditambahkan oleh Figley (1989) mengidentifikasi solusi yang berorientasi pada pemecahan masalah sebagai sebuah tipe koping fungsional.

Hal ini berkaitan dengan pernyataan dari (P5) : “.....*ya kendalanya sampe pengawasan dan perhatiannya kurang, khawatir kambuh lagi itu aja mbak, jadi saya kadang nyuruh adik-adik saya, anak-anak saya ikut merawat dia, diajak berkomunikasi gitu .”*

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA