KESIAPAN KELUARGA MENGHADAPI KEPULANGAN PASIEN RAWAT INAP GANGGUAN JIWA

(Studi kasus pada keluarga pasien rawat inap gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo)

SKRIPSI

Diajukan kepada Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang
Untuk Memenuhi Sebagian dari Syarat-syarat guna memperoleh
Derajat Sarjana Psikologi

Disusun Oleh
Laeli Amalia
1550404044

PERPUSTAKAAN UNNES

JURUSAN PSIKOLOGI
FAKULTAS ILMU PENDIDIKAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2009

PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi FIP UNNES dan dinyatakan diterima untuk memenuhi sebagian dari syarat-syarat memperoleh Derajat Sarjana Psikologi pada:

Hari :

Tanggal :

Panitia:

Ketua

Drs. Hardjono, M.Pd
NIP. 130781006

Sekretaris

Dra. Tri Esti Budiningsih
NIP. 131570067

Penguji

Liftiah, S.Psi.,M.Si
NIP.132170599
Penguji/Pembimbing I

Penguji/pembimbing II

Dra. Tri Esti Budiningsih
NIP. 131570067

Drs. Sugiyarta S.L, M.Si
NIP. 131469637

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis dalam skripsi ini merupakan hasil karya penulis sendiri, bukan buatan orang lain, dan tidak menjiplak karya ilmiah orang lain, baik seluruhnya atau sebagian. Pendapat dan temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, September 2009

Laeli Amalia

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

MOTTO DAN PERUNTUKKAN

- *The most important thing in any game is not win but to take part, similiarly the most important thing in life is not the triumph but the struggle (**anonim**)*
- Lebih baik berbuat sesuatu dari pada hanya berdiam diri dan meratapi kegagalan yang telah terjadi (penulis).
- "…. Dan bersabarlah terhadap apa yang menimpa kamu. Sesungguhnya yang demikian itu termasuk hal-hal yang diwajibkan (oleh Allah)." (Luqman:17)

Karya ini diperuntukkan kepada yang menyayangiku:

- Ibuku (alm) tercinta yang selalu menguatkan jiwa ku
- Umi dan Yusuf, kedua kakakku yang selalu memberi dukungan
- Almamaterku psikologi UNNES

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirabbil'alamin, Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia, rahmat, pertolongan, dan hidayahNya sehingga skripsi yang berjudul "Kesiapan Keluarga Menghadapi Kepulangan Pasien Rawat Inap Gangguan Jiwa" dapat diselesaikan dengan baik. Penyusunan skripsi ini ditujukan sebagai tugas akhir untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi di Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis sampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Drs. Hardjono, M.Pd, Dekan Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Semarang.
2. Drs. Achmad Munib, S.H, M.H, M.Si, Pembantu Dekan Bidang Akademik atas ijin penelitian yang telah diberikan.
3. Dra. Tri Esti Budiningsih, Ketua Jurusan Psikologi yang telah memberikan dukungan dan kemudahan pada penulis.
4. Dra. Tri Esti Budiningsih, pembimbing I dan Drs.Sugiyarta S.L, M. Si pembimbimg II, yang dengan sabar telah membimbimng dan memberikan petunjuk serta arahan sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan.
5. Amri Hana Muhammad S.Psi yang telah memberikan bimbingan serta arahan dengan sabar selama penulisan skripsi.

6. Keluargaku tercinta, ibu (alm), Umi, Yusuf, Rina, Nani, Erni, bulik Ros dan Om Nur yang senantiasa mengisi langkah penulis dengan doa, cinta, bimbingan, pengorbanan, dan keikhlasan tiada henti.
7. Seluruh Staf Pengajar Psikologi yang telah memberikan ilmu selama penulis melaksanakan studi.
8. Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Ghondhohutomo Semarang yang telah memberikan tempat penelitian bagi penulis.
9. Keluarga SH, MDK, RG dan UJ yang telah bersedia menjadi subjek penelitian dalam penelitian yang penulis lakukan.
10. Sahabat-sahabat tercinta Arita, Ayu, Ika, Diah, Vivi, Fat, Taufik dan Mifta
11. Teman-teman Psikologi UNNES angkatan 2004 dan 2003, khususnya Rosalina, Isna, Prazudhi, Dina, Sukma, Lukita, Ida, Prita, Lina, Arsita, Okta, Afif, Mira.
12. Teman-teman kos MHC Dinta, Nuri, mba Lis, mba Ismalia, Diyah dan Mba Tina
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu disini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga amal dan segala kebaikan mendapatkan balasan dan rahmat dari Allah SWT. Akhir kata, semoga karya ini bermanfaat.

Semarang, 01 september 2009

Penulis

ABSTRAK

Laeli Amalia. 2009. Kesiapan Keluarga Menghadapi Kepulangan Pasien Rawat Inap Gangguan Jiwa Studi Kasus pada Keluarga Pasien Rawat Inap Ganguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo Semarang, Skripsi, Jurusan Psikologi, Fakultas Ilmu Pendidikan, Universitas Negeri Semarang, Dra. Tri Esti Budiningsih, Drs. Sugiyarta S. L, M.Si.

Kata Kunci : kesiapan, keluarga, Pasien, Gangguan Jiwa

Keluarga merupakan tempat sosialisai pertama bagi penderita gangguan jiwa yang menjalani rawat inap saat penderita pulang ke rumah sebelum penderita kembali ke masyarakat. Kesiapan keluarga untuk menghadapi kembali penderita gangguan jiwa kembali ke rumah sangat penting. Namun kenyataannya beberapa keluarga pasien di Rumah Sakit Jiwa Semarang menunjukkan ketidaksiapan dalam menghadapi kepulangan pasien kembali ke rumah. Ketidaksiapan keluarga pasien ini membuat penulis tertarik untuk mengetahui kondisi kesiapan keluarga dan dinamika psikologis keluarga pasien rawat inap gangguan jiwa di RSJ Semarang. Tujuan dari penelitian ini adalah mendeskripsikan kondisi kesiapan dan dinamika psikologis keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien ke rumah. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah kualitatif, dengan menggunakan wawancara mendalam. Subjek yang digunakan berjumlah empat keluarga yaitu keluarga dari Sholeh, Rio Gusmanto, Masduki, Untung Junaedi.

Hasil penelitian di atas menunjukkan pada keluarga yang memiliki anggota keluarga telah menderita gangguan jiwa yang cukup lama dan sering mengalami kekambuhan maka keluarga cenderung tidak siap untuk menghadapi kepulangan pasien ke rumah. Indikasi keluarga tidak siap menghadapi kepulangan diketahui dari perilaku keluarga yaitu : keluarga berusaha menunda kepulangan pasien meski dokter telah menganjurkan pasien untuk dibawa pulang. Faktor yang paling dominan mempengaruhi kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien adalah : faktor eksternal, adanya stigma bahwa penderita gangguan jiwa merupakan orang yang berbahaya dan gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan bagi anggota keluarga dan orang terdekat. Faktor internal, pesimisme keluarga pada pengalaman kekambuhan yang terjadi secara berulang, minimnya informasi yang diberikan rumah sakit pada keluarga dan masyarakat secara umum, pesimisme keluarga terhadap masa depan pasien, harapan besar atas kesembuhan jika dirawat inap di rumah sakit dan kondisi ekonomi. Kesiapan sosial atau kesiapan masyarakat terbentuk karena pengalaman masyarakat dalam menghadapi pasien dan informasi yang diterima masyarakat mengenai gangguan jiwa. Pengalaman yang negatif dan kurangnya informasi yang diterima oleh masyarakat akan membentuk ketidaksiapan masyarakat untuk menghadapi kepulangan pasien ke lingkungannya.

Saran bagi keluarga agar menjadi siap secara psikologis maka hal yang dilakukan adalah, keluarga harus proaktif dalam mencari informasi mengenai

penanganan gangguan jiwa dan keluarga harus menyadari bahwa keluarga bagian dari treatmen yang dijalani pasien

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
PENGESAHAN ii
PERNYATAAN iii
MOTTO DAN PERUNTUKAN iv
KATA PENGANTAR v
ABSTRAK vii
DAFTAR ISI viii
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR GAMBAR xv
DAFTAR LAMPIRAN xvi
BAB 1 PENDAHULUAN
1.1 Konteks Penelitian 1
1.2 Fokus Kajian 13
1.3 Penegasan Istilah 13
1.4 Tujuan penelitian 14
1.5 Urgensi Penelitian 14
1.6 Ruang Lingkup & Setting 14
BAB 2 PERSPEKTIF TEORITIK DAN KAJIAN PUSTAKA
2.1 Keluarga Pasien 15
2.1.1 Keluarga 15
2.1.1.1 Pengertian Keluarga 15
2.1.1.2 Bentuk Keluarga 16
2.1.1.3 Fungsi Keluarga 19
2.1.2 Kesiapan 24
2.1.2.1 Pengertian Kesiapan 24
2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga 30
2.1.3.1 Faktor Eksternal 30
2.1.3.1 Faktor Internal 41
2.2 Gangguan Jiwa 44
2.2.1 Definisi Gangguan Jiwa 44

2.2.2 Penyebab Gangguan Jiwa 45
2.2.3 Pasien Gangguan Jiwa 48
BAB 3 METODE PENELITIAN
3.1 Pendekatan Penelitian 50
3.2 Unit Analisis 51
3.3 Metode Pengumpulan Data 53
3.4 Analisis Data 56
3.4.1 Reduksi Data 56
3.4.2 Penyajian Data 57
3.4.3 Penarikan Kesimpulan 57
3.5 Keabsahan Data 58
BAB 4 SETTING PENELITIAN
4.1 Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo 60
4.1.1 Letak Geografis Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo 60
4.2 Bangsal Pasien 61
4.2.1 Jenis Gangguan Jiwa dan Pasien 62
4.2.2 Keluarga 67
4.2.3 keluarga dan Pasien 67
BAB 5 TEMUAN PENELITIAN
5.1 Proses Penelitian 79
5.1.1 Pra Penelitian 79
5.1.2 Pelaksanaan Penelitian 80
5.2 Temuan Penelitian 82
5.2.1 Gambaran Subjek Penelitian 82
5.2.1.1 Kesiapan Keluarga pasien 82
5.2.1.2 Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo 137
5.2.1.3 Dinamika Psikologis Keluarga 169
BAB 6 PEMBAHASAN TEMUAN PENELITIAN
6.1 Kesiapan Keluarga Pasien 183
6.2 Kesiapan Masyarakat di Lingkungan keluarga Pasien 199
BAB 7 SIMPULAN DAN IMPLIKASI
7.1 Simpulan 233

7.2 Implikasi 238
DAFTAR PUSTAKA 237
LAMPIRAN-LAMPIRAN

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 3.1 Unit Analisis 52
Tabel 3.2 Metode Penelitian 59
Tabel 4.1 Bangunan Fisik Rumah Sakit..... 60
Tabel 5.1 Kapasitas Rawat Inap..... 137

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Bagan 2.1 Kerangka Berpikir 49
Bagan 5.1 DinamikaPsikologis Keluarga SH 172
Bagan 5.2 Dinamika Psikologis Keluarga RG 175
Bagan 5.3 Dinamika Psikologis Keluarga MDK 178
Bagan 5.4 Dinamika Psikologis Keluarga UJ 181

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN 1 Pedoman Wawancara
LAMPIRAN 2 Verbatim Wawancara
LAMPIRAN 3 Hasil Observasi
LAMPIRAN 4 Denah Rumah Sakit
LAMPIRAN 5 Gambar Kegiatan Pasien Di Rumah Sakit
LAMPIRAN 6 Surat Ijin Penelitian

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Konteks Penelitian

Di kehidupan sehari-hari, masyarakat awam sering menghubungkan gangguan jiwa dengan perilaku dan penampilan fisik yang ekstrim dan didramatisasikan. Gangguan jiwa sering dihubungkan dengan hal-hal yang aneh sehingga penderitanya perlu dijauhi, dikucilkan oleh keluarga dan lingkungan, ditakuti serta dimusuhi.

Gangguan jiwa adalah sindrom atau perilaku psikologik yang secara klinis cukup bermakna dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia (Maslim, 2002:7). Berkaitan dengan pola gangguan psikologis yang khas maka setiap jenis gangguan jiwa memiliki indikator perilaku yang berbeda-beda dan setiap indikator merupakan ciri khas dari gangguan yang dialami oleh individu.

Perjalanan gangguan jiwa yang dinamik dan multi faktorial, unik bagi individu menyebabkan munculnya gangguan pada setiap individu tidak selalu sama. Perjalanan gangguan jiwa yang dinamik mengakibatkan penderita gangguan jiwa tidak selalu menunjukkan adanya gangguan, terkadang penderita tampak telah sembuh namun di suatu waktu penderita menampakkan adanya gangguan jiwa kembali. Selain itu gangguan jiwa bersifat multi kausal sehingga penyebab

dari gangguan jiwa tidaklah selalu sama pada setiap individu meskipun jenis gangguan jiwanya sama.

Hal tersebut menyebabkan gangguan jiwa sulit untuk dideteksi secara dini. Tidak seperti halnya penyakit fisik, misalnya : penyakit tifus ditandai dengan demam yang tinggi. Sifat dari gangguan jiwa yang dinamis, disuatu waktu muncul akan tetapi diwaktu yang lain menghilang membuat orang awam sulit untuk mengenali. Misalnya, gangguan depresi dengan gejala awal murung, tidak bersemangat tetapi sulit untuk mendeteksi kalau itu sebagai sebuah gangguan jiwa. Akibatnya seringkali, pertolongan diberikan ketika gangguan jiwa telah kronis atau ketika kemunculannya secara akut. Sehingga penderita harus mengalami rawat inap di Rumah Sakit Jiwa atau di Yayasan Psikiatri.

Penderita yang berada di rumah sakit mendapatkan perawatan baik secara medis, psikologis dan rehabilitas sosial. Rehabilitasi sosial dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Jiwa atau yayasan psikiatri dilakukan dalam rangka mempersiapkan pasien untuk kembali ke keluarga dan masyarakat. Agar pasien dapat diterima kembali baik di dalam keluarga maupun di tengah-tengah masyarakat.

Namun pada kenyataannya masih ada keluarga pasien yang tidak siap menerima kembali anggota keluarga yang telah mengalami perawatan dari rumah sakit. Indikasi ketidaksiapan keluarga dapat dilihat dari perilaku beberapa keluarga lebih suka menitipkan atau menahan pasien di rumah sakit atau yayasan psikiatri meskipun dari pihak rumah sakit telah menyatakan bahwa pasien dapat kembali ke rumah. Kondisi ini dapat menghambat rehabilitasi sosial pasien yang sebelumnya telah dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Jiwa.

Kecenderungan keluarga menahan pasien untuk tetap di rumah sakit terjadi hampir disetiap Rumah Sakit Jiwa di Indonesia, seperti di Rumah Sakit Jiwa Bogor yang salah satu keluarga pasien mengatakan pada perawat ”*Neng Suster, anak saya baru sebulan dirawat kok sudah boleh pulang? Kalau bisa jangan dipulangkan dulu, di rumah juga merepotkan, suka marah-marah* terus”(www.pikiran-rakyat.com.diakses pada 15 februari 2008).

Selain di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Bogor, di Rumah Sakit Jiwa Semarang juga terjadi hal yang serupa, yakni adanya kecenderungan keluarga yang menahan anggota keluarganya yang telah membaik untuk tetap berada di Rumah Sakit Jiwa. Beberapa diantaranya adalah keluarga dari pasien yang bernama SH dan BR. Keluarga SH dan BR telah menitipkan SH dan BR dalam waktu yang lama. Namun keluarga SH dan BR belum berkeinginan membawa pulang.

SH menyatakan telah lama di Rumah Sakit Jiwa Semarang akan tetapi keluarganya belum memiliki keinginan untuk menjemputnya. Bagi SH, RSJ terasa lebih nyaman dibanding di rumah sehingga SH lebih merasa nyaman berada di rumah sakit dari pada di rumah. SH pernah pulang, namun dikirim lagi ke RSJ karena kambuh dan keluarganya terlihat tidak siap menerimanya kembali. Sekali lagi SH lebih merasa nyaman berada di RSJ daripada di rumah, demikian juga dengan keluarga SH, keluarga SH lebih merasa nyaman bila SH berada di rumah sakit daripada SH berada di rumah.

Selain SH, ada pula BR yang juga telah lama tinggal di rumah sakit. BR memiliki nasib yang sama dengan SH, BR juga merasa tidak diterima oleh keluarganya. Dahulu BR sudah pernah pulang namun, ketika di rumah BR

kembali kambuh, dan akhirnya BR harus kembali kerumah sakit untuk menjalani rawat inap. Menurut penuturannya, BR lebih senang berada di rumah sakit karena BR memiliki banyak teman dan tidak diasingkan. Kondisi ini berkebalikan ketika BR berada di rumah, BR dikucilkan dan sering tidak diacuhkan apabila keluarga sedang memutuskan suatu masalah. Selain itu, di rumah BR tidak diacuhkan karena BR dianggap tidak bisa melakukan pekerjaan apapun. Oleh karena itu, BR merasa diasingkan sehingga BR merasa tertekan.

Selain SH dan BR terdapat pasien lain yang memiliki riwayat yang sama yakni MDK. MDK telah beberapa kali menjalani rawat inap di RSJ namun, perawatan yang terakhir di RSJ Semarang merupakan perawatan yang terlama. Selama perawatan keluarga tidak pernah menjenguk MDK di rumah sakit keluarga hanya datang untuk membayar administrasi bulanan MDK. Pihak rumah sakit telah beberapa kali memberikan masukan pada keluarga agar menjenguk dan membawa pulang Masduki karena kondisi Masduki telah membaik, namun keluarga tidak pernah mengindahkan saran dari pihak rumah sakit.

Selain di rumah sakit, kecenderungan untuk mempertahankan pasien agar tetap dirawat inap juga terjadi di Yayasan Psikiatri Dian Sukma di kota Magelang, di mana keluarga pasien juga terlihat lebih suka menitipkan keluarganya daripada menerima kembali. Keluarga lebih suka menitipkan uang kepada salah satu petugas yang ada di Yayasan Psikiatrik Dian Sukma dibanding menemui keluarganya yang menjadi pasien, walaupun kondisi pasien telah membaik.

Contoh kasus lain, SKR (45 th) yang merupakan salah satu pasien Yayasan Psikiatrik Dian Sukma. SKR mengatakan sudah tinggal satu tahun di Yayasan

Psikiatrik Dian Sukma akan tetapi keluarga pasien belum menjemput juga, padahal teman-teman yang menjalani rawat inap di bulan yang sama sudah kembali pulang. SKR merasa bahwa dirinya sudah sembuh dan sangat merindukan keluarganya, selama SKR menjalani perawatan di Yayasan Psikiatrik Dian Sukma keluarga tidak pernah menjenguk.

Keluarga hanya datang saat mengantar SKR masuk untuk pertama kali di Yayasan Psikiatrik Dian Sukma setelah itu keluarga SKR tidak pernah datang untuk menjenguk. Peneliti mengadakan konfirmasi dengan pemilik yayasan sebagai pihak yang mengatur keluar masuk pasien, dan mendapati informasi bahwa memang kecenderungan keluarga lebih suka pasien tetap tinggal di yayasan daripada membawanya kembali pulang. Salah satu keluarga yang lebih suka anggota keluarganya tetap tinggal di yayasan adalah keluarga SKR.

Berdasarkan penuturan Sunarto, pemimpin Yayasan Dian Sukma, kondisi SKR telah membaik dan telah dinyatakan boleh pulang, namun keluarga SKR meminta Sunarto untuk menahan SKR agar tetap berada di Yayasan Psikiatrik Dian Sukma. Saat peneliti mewawancarai SKR mengenai keluarganya, SKR nampak senang dan antusias menceritakan mengenai keluarganya. SKR yakin keluarganya akan menjemput karena keluargnya telah berjanji untuk menjemput SKR bila telah sembuh. Setelah dikonfirmasi kepada Sunarto janji keluarganya telah berlalu setahun yang lalu. Sampai saat sekarang keluarga SKR tidak pernah menjenguk apalagi menjemput SKR.

Lain BR dan SKR lain pula HR. HR (30 th) adalah salah satu pasien Yayasan Psikiatrk Dian Sukma yang lain. HR merasa diasingkan ketika dibawa ke Yayasan

psikiatrik Dian Sukma. Selama berada di Yayasan Dian Sukma, HR sering mengamuk meskipun telah diberi *treatment* oleh pengelola yayasan. HR merasa kesal terhadap keluarga karena telah menitipkan HR pada Yayasan Psikiatrik Dian Sukma dan tidak pernah menjenguknya.

Berdasarkan penuturan perawat, HR sering mengamuk dan salah satu alasannya adalah karena HR merasa kesal terhadap keluarga terutama ayahnya yang tidak pernah menjenguk. HR merasa dibuang dan tidak berharga. Sejak pertama berada di Yayasan Psikiatrik Dian Sukma sampai mengadakan wawancara dengan HR, peneliti tidak menjumpai keluarga HR yang menjenguk. Saat wawancara HR terlihat sedih, dan HR berpesan pada keluarganya agar memberi kesempatan dan menjemputnya pulang.

Pasien lain bernama EC (40 th). Selama pemantauan yang dilakukan peneliti, setiap hari EC menangis karena EC merasa telah dilupakan oleh keluarganya ketika diwawancarai mengenai keluarganya EC terlihat sedih dan menangis. EC berharap keluarganya akan datang untuk menjemputnya. Keluarga EC jarang sekali datang untuk menjenguknya.

Indikasi lain yang menunjukkan ketidaksiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien dari rawat inap gangguan jiwa adalah kecenderungan keluarga tidak bisa menyesuaikan diri dengan pasien misalnya keluarga menyuruh pasien melakukan aktivitas sehari-hari (menyapu, mengepel dll.) dengan intruksi yang keras atau marah-marah, keluarga marah bila pasien disuruh melakukan aktivitas sehari-hari namun pasien diam saja, keluarga akan marah pada pasien bila pasien melakukan satu aktivitas sama namun pasien harus diingatkan berkali-kali,

keluarga tidak sabar dalam menuntun pasien kembali melakukan aktivitas dan menganggap pasien telah kehilangan kemampuan setelah sakit. Idealnya keluarga harus mampu menyesuaikan sikap dan perilaku dengan perubahan yang terjadi pada diri pasien setelah pasien menjalani perawatan di rumah sakit, misalnya keluarga sabar menuntun pasien melakukan satu aktivitas yang sama dan selalu mengingatka pasien dengan tenang bila pasien salah atau tidak mau melakukan aktivitas sehari-hari.

Fenomena-fenomena di atas menunjukkan ketidaksiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien. Seharusnya keluarga telah siap menerima pasien kembali ke rumah mereka, karena pasien telah mendapatkan bekal sosial pada saat rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa.

Survei awal mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan terhadap keluarga pasien yang dilakukan pada tanggal 15 oktober 2008, di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhoutomo Semarang. Hasil survei mengatakan, dari 13 anggota keluarga pasien sebagai responden, 6 orang menunjukkan kesiapan untuk menerima kembali anggota keluarganya dan 7 orang menunjukkan ketidaksiapan untuk menerima kembali pasien yang telah mengalami perawatan dari rumah sakit.

Indikasi ketidaksiapan keluarga berdasarkan survei ditunjukkan dengan perilaku, keluarga tidak membawa pasien untuk kontrol bila obat telah habis, keluarga tidak memperhatikan pola minum obat yang harus dijalani oleh pasien selama menjalani perawatan di rumah. Alasan keluarga tidak siap menghadapi kepulangan pasien dari RSJ adalah karena adanya perasaan takut bila pasien

kambuh dan mengamuk. Alasan lain adalah takut tidak bisa melakukan pekerjaan sehari-hari.

Seseorang yang terkena gangguan jiwa ditandai dengan adanya pola perilaku yang khas dan pola tersebut dapat mengganggu fungsi-fungsi yang penting dari manusia, misalnya seseorang yang menderita depresi berat maka fungsi perannya akan terganggu, sehingga tidak bisa menjalankan fungsi peran seperti biasanya. Menurut direktur RSJ HB Sa'anin Padang, Kurniawan Sejahtera, gangguan jiwa merupakan perubahan fungsi yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hal itu menyebabkan penurunan produktivitas penderita, sehingga penderita tidak lagi menjalankan tanggung jawab seperti biasanya akan tetapi ia mempunyai tugas baru yaitu sembuh dari gangguan yang dideritanya. (www.padangekspres.co.id /content/ view/ 2228/28 diakses pada tanggal 19 Pebruari 2008)

Gangguan jiwa membuat penderitanya mempunyai tanggung jawab yang berat, penderita perlu menyembuhkan diri dari gangguan tersebut dan untuk sembuh lebih optimal, penderita perlu pertolongan, dorongan lingkungan yang berada disekitarnya, dan tim medis. Orang-orang terdekat penderita akan sangat membantu proses penyembuhan. Salah satunya keluarga sebagai lingkungan terdekat penderita. Keluarga merupakan salah satu faktor yang dapat membantu pasien gangguan jiwa untuk kembali sehat terutama untuk kesembuhan secara sosial. Keluarga merupakan lingkungan terdekat bagi pasien untuk bersosialisasi sebelum kembali ke tengah masyarakat.

Penerimaan yang baik dari keluarga akan membuat pasien merasa berarti dan dihargai. Sebaliknya penerimaan yang negatif dari keluarga akan membuat pasien

merasa tidak dibutuhkan dan merasa tidak dihargai. Hal di atas sering menjadi pemicu kekambuhan penyakit. Penerimaam yang baik diawali dari kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien. Keluarga perlu mempersiapkan diri untuk menghadapi pasien kembali ke rumah baik kesiapan secara psikologis maupun kesiapan secara sosial untuk menghadapi masayarakat yang ada di lingkungan tempat tinggal.

Penelitian yang dilakukan oleh Nurdiana, dkk (2007:4) mengenai peran keluarga dengan upaya perawatan dari rumah sakit terhadap kekambuhan pasien menunjukan sebesar 0,06 mengalami kekambuhan dengan (p) < 0,05 dari 30 sampel artinya ada hubungan antara peran serta keluarga terhadap tingkat kekambuhan pasien gangguan jiwa. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa partisipasi keluarga yang tinggi akan memperkecil tingkat kekambuhan pasien. Sebaliknya semakin rendah partisipasi keluarga dan kurang kooperatifnya keluarga dalam upaya perawatan pasien maka akan semakin besar memicu kekambuhan pasien.

Penelitiaan yang dilakukan oleh Brown (Nurdiana dkk, 2007:4) mengenai faktor kekambuhan dari pasien skizofrenia memperlihatkan pasien yang mengalami kekambuhan sebagian besar berasal dari lingkungan keluarga yang tidak suportif terhadap pasien yakni keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang tinggi. Pada penelitian tersebut, 58% pasien yang mengalami kekambuhan berasal dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi. Contoh dari ekspresi emosi yang tinggi yang di tunjukkan oleh keluarga adalah : tidak menghargai pasien selama pasien berada di rumah, pasien dikucilkan bila pasien berada di rumah. Hal ini

menunjukan adanya kenyataan kurang siapnya keluarga dalam menerima kembali anggota keluarganya setelah menjalani rawat inap dari Rumah Sakit Jiwa atau dari yayasan psikiatrik.

Menurut dr. Suryo Dharmono, Sp.KJ, pasien bisa demikian mudah dipaksa oleh keluarganya menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa selama bertahun-tahun atau dititipkan di Panti Sosial dan pesantren tanpa batas waktu. Hal ini menimbulkan dampak psikologis yang baru bagi pasien, yakni pasien merasa dirinya tidak diharapkan oleh keluarga, merasa dikucilkan sehingga tidak jarang pasien harus mengalami rawat inap kembali. Padahal, gangguan jiwa adalah suatu kondisi sakit yang sama seperti penyakit lain. dr. Suryo Dharmono, Sp.KJ, mengatakan gangguan jiwa adalah penyakit yang dapat menyebabkan perubahan fungsi yang menimbulkan penderitaan pada individu. Hal ini menyebabkan penurunan produktivitas, kesembuhan pasien sangat tergantung pada kesiapan keluarga untuk memberikan perhatian lebih kepada penderita, pihak keluarga harus melakukan kontrol yang teratur (http://1lkpk-indonesia.blogspot.com/2006/mari-manusiakan-penderita-gangguan diakses pada hari Jumat, 15 Februari 2008).

Ketidaksiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien, disebabkan oleh budaya dalam memandang gangguan jiwa. Budaya dan stigma masyarakat mengenai gangguan jiwa. Stigma sendiri merupakan keyakinan atau kepercayaan yang salah, yang tersebar ditengah masyarakat berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebetulnya membutuhkan pertolongan (Soewandi 1992:2).

Banyak anggota masyarakat berkeyakinan bahwa gangguan jiwa adalah merupakan penyakit yang disebabkan oleh roh-roh jahat, guna-guna tempat keramat & kutukan sehingga gangguan jiwa bukan merupakan penyakit medis. Ada pula keyakinan masyarakat yang menganggap bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan penyakit yang selalu menurun. Selain itu, terdapat pandangan bahwa memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa akan merepotkan, penderitanya menjadi bodoh serta tidak bisa melakukan aktivitas apapun.

Keyakinan-keyakinan tersebut di atas merupakan opini yang tersebar di tengah masyarakat sebagai reaksi emosi masyarakat pada saat berhadapan dengan penderita gangguan jiwa. Opini tersebut berdampak merugikan bagi penderita gangguan jiwa karena penderita menjadi dikucilkan, padahal sebetulnya mereka memerlukan pertolongan segera dari lingkungannya.

Stigma mengenai gangguan jiwa yang beredar di masyarakat tidak hanya merugikan bagi penderitanya, tetapi juga mempengaruhi siap atau tidaknya keluarga untuk menerima kembali anggota keluarganya yang pernah menderita gangguan jiwa. Keluarga yang tidak siap untuk menerima anggota keluarganya kembali ke rumah seringkali frustasi, sehingga keluarga pasien lebih suka menahan pasien di rumah sakit meskipun pasien telah dinyatakan sembuh oleh pihak rumah sakit.

Setelah mempertimbangkan fenomena dan harapan yang telah terpampang di atas, kiranya kajian mengenai kesiapan keluarga pasien menghadapi kepulangan

pasien layak untuk dilakukan, agar didapat gambaran yang lebih jelas yang dapat dipertanggungjawabkan.

1.2 Fokus Kajian

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka fokus kajian yang diajukan adalah sebagai berikut ini.

1. Bagaimana kesiapan keluarga pasien gangguan jiwa menghadapi kepulangan pasien
2. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi kesiapan keluarga dalam menerima kembali anggota keluarga yang pernah mengalami rawat inap di Rumah Sakit Jiwa.

1.3 Penegasan Istilah

1. Kesiapan Keluarga Pasien Gangguan Jiwa

   Keadaan siap siaga keluarga untuk menerima kembali anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, setelah menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa.

2. Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa

   Individu yang telah dikatakan oleh dokter termasuk dalam kedaruratan psikiatrik dan menjalani pelayanan tinggal atau perawatan inap di Rumah Sakit Jiwa.

PERPUSTAKAAN UNNES

3. Gangguan Jiwa

   Sindrom atau pola psikologik seseorang yang secara klinis cukup bermakna dan berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/ disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia.

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui lebih mendalam kesiapan keluarga pasien dan mengetahui bagaimana dinamika psikologis yang terjadi pada keluarga pasien gangguan jiwa menghadapi kepulangan keluarganya yang pernah dirawat di RSJ dan di lembaga psikiatri.

1.5 Urgensi Penelitian

Urgensi penelitian ini, dengan mengetahui kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien dari rawat inap,sebagai rekomendasi bagi rumah sakit dalam mempersiapkan keluarga pasien menghadapai kepulangan anggota keluarganya.

1.6 Ruang Lingkup dan Seting Penelitian

Penelitian ini dispesifikasikan pada kesiapan keluarga pasien rawat inap gangguan jiwa dalam menghadapi kepulangan pasien dari rawat inap psikiatri. Sedangkan karakteristik responden yang akan diteliti adalah mereka yang

mempunyai anggota keluarga yang mengalami rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Amino Gondhohutomo Semarang.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB 2
PERSPEKTIF TEORITIK DAN KAJIAN PUSTAKA

2.1 Kesiapan Keluarga Pasien

2.1.1 Keluarga

Keluarga sebagai kelompok sosial yang pertama dalam kehidupan manusia. Keluarga tempat belajar dan menyatakan diri sebagai makhluk sosial dalam berhubungan dan berinteraksi dengan kelompoknya. Peran keluarga sangatlah penting dalam proses penyembuhan bagi penderita gangguan jiwa, karena keluarga sebagai kelompok sosial yang pertama tempat pasien belajar bersosialisasi sebelum pasien kembali ke masyarakat.

2.1.1.1 Pengertian Keluarga

Menurut departemen kesehatan RI (Effendy:1998) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Burgess, dkk (Friedman, 1998:11) mendefinisikan keluarga sebagai sebuah kelompok yang disatukan oleh ikatan perkawinan, ikatan darah ataupun ikatan adopsi yang saling berinteraksi dan berkomunikasi, di mana setiap anggota memiliki peran sosial masing-masing dan setiap kelompok tersebut memiliki budaya tersendiri yang digunakan oleh masing-masing anggotanya.

Friedman (1998 :11) mendefinisikan keluarga adalah sebuah kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasikan diri sebagai bagian dari kelompok itu.

Sedangkan Haviland (1985:83) mendefinisikan keluarga sebagai kelompok yang terdiri atas wanita, anak-anaknya yang belum berdiri di atas kakinya sendiri dan setidak-tidaknya seorang laki-laki dewasa yang terikat karena hubungan perkawinan atau karena sedarah.

Sementara Bailon dan Magruya (dalam Effendy, 1997:3) mendefinisikan keluarga sebagai dua individu atau lebih yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup berumah tangga, berinteraksi satu sama lain.

Tackett (1981:5) mendefinisikan keluarga, sebagai sebuah unit dari kehidupan yang memiliki sistem yang terbuka bagi reaksi dan interkasi individu, yang memiliki satu tujuan bersama serta saling memperhatikan perkembangan antar anggotanya, dan dalam kelompok itu memiliki satu budaya yang digunakan oleh anggota keluarga.

PERPUSTAKAAN UNNES

Berdasar paparan di atas dapat disimpulkan keluarga adalah sebuah kelompok terkecil dari masyarakat yang di satukan karena hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan yang memiliki tujan bersama dan dalam kelompok itu terdapat sebuah budaya yang digunakan oleh anggotanya.

2.1.1.2 Bentuk Keluarga

Menurut Sunarto (2000:63) bentuk keluarga dapat dibedakan menjadi :

(1) Keluarga orientasi (*family of orientation*) yakni keluarga yang di dalamnya seseorang dilahirkan.

(2) Keluarga prokreasi (*family of procreation*) yakni keluarga yang dibentuk seseorang dengan jalan perkawinan dan kemudian mempunyai keturunan.

(3) Keluarga batih *(nuclear family*) merupakan satuan keluarga yang terkecil yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak.

(4) Keluarga luas (*extented family*) merupakan keluarga yang terdiri atas beberapa keluarga batih.

Sedangkan menurut Haviland (1985:83) bentuk keluarga terbagi menjadi :

(1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu unit keluarga yang terdiri atas suami, istri dan anak-anak yang belum berdiri di atas kakinya sendiri.

(2) Keluarga sedarah (*consanguine family*), yaitu keluarga yang terdiri atas sejumlah wanita yang masih bersaudara, saudara lelaki mereka dan anak-anak para wanita tersebut.

Menurut Effendy (1998:33) bentuk keluarga dapat dibedakan dalam :

(1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak-anak. Keluarga inti hanya terdiri dari 1 ayah, 1 ibu dan anak-anak yang belum menikah. Apabila dalam satu keluarga terdapat 2 kepala keluarga maka, keluarga tersebut tidak dapat dikatakan sebagai keluarga inti.

(2) Keluarga besar (*extended family), a*dalah keluarga inti ditambah dengan sanak saudara, misalnya: nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman dan bibi. Pada keluarga besar bisa terdapat 2 atau lebih keluarga inti.

(3) Keluarga berantai (*serial family*), yaitu keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti. Di katakan keluarga berantai apabila antara suami dan istri masing-masing pernah menikah sebelumnya kemudian berpisah dan menikah lagi dan membentuk keluarga inti yang baru.

(4) Keluarga janda/duda (*single family*), yaitu keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian. Akibat dari salah satu anggota keluarga tidak ada yang disebabkan oleh kematian, maka terdapat seseorang yang mengalami peran ganda. Bila dalam keluarga tersebut terdapat pihak ayah yang tidak ada maka ibulah yang mengalami peran ganda yakni sebagai pencari nafkah (sebagai ayah) dan sebagai ibu rumah tangga, sebaliknya bila pihak ibu yang tidak ada maka ayah yang mengalami peran ganda yakni sebagai pencari nafkah dan memelihara serta merawat anak (sebagai ibu rumah tangga).

(5) Keluarga komposisi (*composite),* adalah keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama-sama. Keluarga komposisi terjadi bila ayah atau suami dari keluarga inti melakukan poligami sehingga dalam 1 rumah terdapat 2 istri atau lebih.

(6) Keluarga kabitas (*cahabitation*), adalah dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tetapi membentuk suatu keluarga. Keluarga kabitas merupakan keluarga yang terdiri dari laki-laki dan perempuan yang hidup bersama tanpa

pernikahan, sehingga di antara mereka tidak timbul kewajiban. Di Indonesia keluarga kabitas lazim disebut dengan pasangan kumpul kebo.

Kebanyakan bentuk keluarga yang ada di Indonesia merupakan bentuk keluarga luas atau (*extended family)* dengan ciri atau karakteristiknya adalah: suami sebagai pengambil keputusan, merupakan satu kesatuan yang utuh, berbentuk monogram, bertanggung jawab, ikatan keluarga sangat erat, serta mempunyai semangat gotong-royong.

2.1.1.3 Fungsi Keluarga

Menurut Effendy (1998:35) keluarga mempunyai fungsi sebagai berikut :

(1) Fungsi Biologis

Pemenuhan kebutuhan yang langsung berhubungan dengan kebutuhan biologis manusia.yang termasuk dalam fungsi biologis adalah :

a) Untuk meneruskan keturunan
b) Memelihara dan membesarkan anak
c) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
d) Memelihara dan merawat anggota keluarga

(2) Fungsi Psikologis

Fungsi psikologis merupakan pemenuhan kebutuhan yang berhubungan dengan kebutuhan psikologis anggota keluarga, di antaranya yaitu :

a) Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
b) Memberikan perhatian di antara anggota keluarga.
c) Memberi pendewasaaan kepribadian anggota keluarga.

PERPUSTAKAAN UNNES

d) Memberikan identitas keluarga.

(3) Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi penanaman nilai-nilai yang ada dalam masyarakat pada anggota keluarga. Keluarga sebagai tempat sosialisasi pertama anggota keluarga sebelum anggota keluarga bersosialisasi dengan masyarakat luas.

Fungsi sosialisasi keluarga adalah :

a) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.
b) Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
c) Membina sosialisasi pada anak.

(4) Fungsi Ekonomi

Keluarga sebagai fungsi ekonomi, keluarga memberikan pemenuhan kebutuhan secara finansial dan kebutuhan yang berhubungan dengan sandang, papan, pangan anggota keluarga. Fungsi ekonomi lebih ditekankan pada peran ayah sebagai kepala keluarga. Termasuk dalam fungsi ekonomi adalah :

a) Mencari sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga .
b) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
c) Menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang.

(5) Fungsi Pendidikan

Keluarga memberikan fasilitas pendidikan berupa pendidikan formal ataupun nonformal, pendidikan formal dapat diperoleh di sekolah-sekolah baik negeri ataupun swasta. Sedangkan pendidikan nonformal dapat diperoleh melalui kursus-kursus. Beberapa fungsi pendidikan di antaranya yaitu :

a) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
b) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
c) Mendidik anak sesuai dengan tingkat perkembangannya.

Sedangkan menurut Sunarto (2000:66) keluarga memerankan beberapa fungsi, yaitu :

a) Mengatur penyaluran dorongan seksual.
b) Keluarga sebagai tempat untuk bereproduksi dan melanjutkan keturunan.
c) Keluarga sebagai agen sosialisasi pertama bagi anggota keluarga.
d) Keluarga memberikan pemenuhan kebutuhan afeksi yang berupa kasih sayang dan cinta kasih kepada sesama anggotanya.
e) Keluarga memberikan status sosial dan identitas kepada anggota keluarga.
f) Keluarga memberikan perlindungan kepada anak baik secara fisik maupun secara psikologis agar anggotanya merasa nyaman.

Tackett (1981:9) membagi fungsi keluarga menjadi beberapa fungsi yaitu :

a) Fungsi keamanan dan pertahanan

Unit keluarga bertanggung jawab untuk memelihara fisik dan biologis anggota keluarga mereka sendiri. Itu meliputi menyediakan makanan, pakaian, rumah, mengatur reproduksi, mempertimbangkan untuk rencana dan mengontrol ukuran keluarga ; menerima dan melepaskan anggota keluarga menghasilkan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, mebagi secara adil kebutuhan yang nyata seperti fasilitas yang bagus dan pendapatan dan kebutuhan yang tidak nyata seperti kasih sayang, ruang, dan otoritas kepada anggota keluarga. Sebagai sumber dan memelihara pembagian tugas yang masuk akal (peka dan bertanggungjwab untuk pendapatan tugas-tugas rumah tangga, dan perawatan anak.)

b) Mengembangkan dan memelihara emosi dan sosial anggotanya

Keluarga memberikan dukungan selama anggota keluarga dalam periode stres (*morale maintenence*) ketika anggota keluarga sedang melaksanakan sebuah sistem kontrol sosial itu termasuk hadiah dan hukuman (*motivation maitenence*), mendukung dan memberikan penghargaan atas usahanya mencapai egonya (*ego maitenence*), menghubungkan dorongan seksual dan dorongan afeksi, membuat pola afeksi dan komunikasi dan menempatkan anggota keluarga di dalam lingkungan sosial yang besar akan tetapi keluarga tetap memberikanperlindungan kepada mereka dari hal yang tidak menyenangkan yang datang dari lingkungan, serta memberikan anggota keluarga status dalam keluarga, masyarakat dan instansi.

c) Keluarga mengajarkan perbedaan seksual

Keluarga memberikan pengarahan dan pengasuhan pada anggota keluarga adanya perbedaan seksual yang terjadi pada laki-laki dan perempuan dan perbedaan tugas antara laki-laki dan perempuan. Mengajarkan tanggung jawab mereka masing-masing serta mendorong pengembangan hobi dan ketrampilan agar menjadi suatu produktivitas yang sehat.

d) Keluarga sebagai tempat pertumbuhan individu

Keluarga bertanggung jawab mengarahkan, membimbing, mengantarkan dan memberikan petunjuk bahwa perkembangan fisik akan sejalan dengan perkembangan intelektual, sosio-emosional, dan perilakunya. Keluarga membantu mengembangkan kemandirian, mendorong pemecahan masalah dan mendukung anggota keluarga yang lain untuk berusaha menerima perubahan bentuk tubuhnya seiring dengan bertambahnya usia.

Keluarga merupakan kelompok primer yakni keluarga merupakan tempat untuk pembentukan norma-norma sosial, internalisasi nilai yang pertama yang terdapat dalam masyarakat. Selain itu, keluarga merupakan tempat pembentukan *frame of reference sense of belonging*. Keluarga juga merupakan kerangka sosial yang pertama. Oleh karena itu, konteks kesehatan jiwa, keluarga sangatlah penting dalam proses penyembuhan karena terkait keluarga sebagai kelompok sosial yang pertama, tempat pasien yang pulang dari rawat inap rumah sakit jiwa kembali dan berlatih untuk kembali ke dalam masyarakat sehingga keluarga menjadi begitu berarti dalam proses rehabilitasi.

Peranan keluarga dalam proses penyembuhan juga dibuktikan dalam sebuah penelitian di mana hasilnya menunjukkan bahwa ekpresi emosi keluarga dapat menjadi suatu prediktif bagi kekambuhan pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Indarti (1992:6) tersebut memperoleh hasil bahwa kritik dan *hostilities* terhadap pasien merupakan faktor yang dapat menyebabkan kekambuhan pada pasien.

Hostilitas merupakan usaha keluarga untuk mengembalikan pasien kembali kerumah sakit, atau mempertahankan pasien agar tetap berada di rumah sakit. Selain kritik dan permusuhan keterlibatan ekpresi emosi keluarga yang berlebihan juga merupakan salah satu prediktor yang menyebabkan pasien kambuh kembali.

2.1.2 Kesiapan

Setiap individu untuk dapat melakukan suatu perbuatan tertentu dengan baik maka, individu perlu memiliki kesiapan. Baik kesiapan fisik ataupun kesiapan secara psikologis karena kesiapan merupakan unsur yang penting.

2.1.2.1 Pengertian Kesiapan

Kesiapan menurut Moeliono, dkk (1989:835) adalah keadaan sudah sedia atau sedia untuk digunakan, sedangkan menurut Chaplin (2004:419) kesiapan diartikan sebagai keadaan siap-siaga untuk mereaksi atau menanggapi sesuatu.

Menurut Gulo (1982:241) kesiapan adalah titik kematangan untuk dapat menerima dan mempraktikan tingkah laku tertentu. Sebelum saat ini terlewati

tingkah laku tersebut tidak dapat dimiliki walaupun melalui latihan yang intensif dan bermutu.

Menurut Drever (394:1986), kesiapan adalah kondisi siap untuk menanggapi atau mereaksi, sedangkan Dalyono (2001:166) mengartikan kesiapan merupakan sifat-sifat dan kekuatan pribadi yang berkembang. Perkembangan ini memungkinkan orang itu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya serta mampu memecahkan persoalan yang dihadapinya.

Sedangkan Cronbach (dalam Dalyono, 2001:66) memberikan pengertian kesiapan sebagai segenap sifat atau kekuatan yang membuat dapat bereaksi dengan cara tertentu.

Berdasarkan definisi-definisi di atas dapat disimpulkan bahwa kesiapan adalah kemauan dan kemampuan yang membuat seseorang berbuat sesuatu dengan mempertimbangkan desakan-desakan lingkungan.

Selanjutnya menurut Thorndike (dalam Suryabrata, 2004:250) terdapat tiga hukum kesiapan dalam individu berperilaku yaitu :

1) Apabila suatu unit konduksi telah siap untuk berkonduksi maka konduksi dengan unit tersebut akan membawa kepuasan, dan tidak akan ada tindakan lain lagi untuk mengubah konduksi itu.
2) Bila konduksi telah siap untuk berkonduksi namun tidak berkonduksi maka akan menimbulkan ketidakpuasan, dan tidak akan menimbulkan respon-respon yang lain untuk mengurangi atau meniadakan kepuasan itu.

3) Apabila unit tidak siap berkonduksi dipaksa untuk berkonduksi, maka konduksi itu akan menimbulkan ketidakpuasan, dan berakibat dilakukannya tindakan-tindakan lain untuk mengurangi atau meniadakan ketidakpuasan itu.

Berdasarkan hukum kesiapan di atas, jika dihubungkan dengan kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap psikiatrik maka hukum tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) Apabila keluarga telah siap untuk menghadapi kepulangan pasien maka kepulangan pasien akan membawa rasa puas bagi keluarga. Kepuasan tersebut dapat dilihat dari sikap keluarga yang positif yang tampak antara lain, keluarga tidak mengirim kembali ke rumah sakit atau menunda kepulangan pasien. Keluarga akan merasa senang apabila pasien pulang dari rumah sakit jiwa dan mendukung kesembuhan pasien seperti memberi dukungan secara psikologis, mengingatkan untuk selalu minum obat dan kontrol ke dokter.
2) Bila keluarga telah siap untuk menghadapi kepulangan pasien kembali kerumah akan tetapi pasien belum mendapatkan ijin pulang, maka reaksi keluarga akan menjadi kecewa.
3) Sedangkan bila keluarga tidak siap untuk menerima pasien kembali kerumah akan tetapi dipaksa untuk siap menghadapi dan menerima kembali pasien ke rumah maka keluarga menjadi frustasi. Frustasi dimanifestasikan melalui sikap dan perilaku keluarga yang negatif menanggapi kepulangan pasien seperti, berusaha menunda kepulangan pasien, tidak antusias terhadap berita kepulangan pasien dan ekspresi emosi yang negatif terhadap pasien.

PERPUSTAKAAN UNNES

Kesiapan fisik dan psikologis seseorang yang didukung oleh sarana penunjang untuk individu melakukan sesuatu, dan apabila perilaku tersebut berhasil dilakukan maka akan menghasilkan kepuasan bagi individu. Sedangkan bila individu tidak siap untuk melakukan suatu tindakan akan tetapi dipaksa untuk melakukan tindakan tersebut maka, individu akan merasa kecewa dan frustasi dan kemudian sebagai efeknya individu akan melakukan tindakan lain untuk mengurangi kekecewaan ataupun frustasinya

Selanjutnya menurut Dalyono (2001:166) kesiapan dipengaruhi oleh:

(1) Kematangan

Kematangan merupakan keadaan atau kondisi bentuk, struktur, dan fungsi yang lengkap atau dewasa pada suatu organisme, baik terhadap satu sifat atau pada semua sifat. Kematangan membentuk semua sifat dan kekuatan dalam diri untuk bereaksi dengan cara tertentu. Tingkah laku apapun membutuhkan kematangan, Orang tak akan dapat berbuat secara intelegen apabila kapasitas intelektualnya belum memungkinkannya. Untuk itu kematangan dalam struktur otak dan system saraf sangat diperlukan.

(2) Kesiapan Psikologis

Kesiapan psikologis mempunyai makna segenap sifat-sifat yang dimiliki individu yang digunakan untuk mereaksi suatu situasi tertentu. Kesiapan psikologis seseorang dipengaruhi oleh dua hal yaitu :

PERPUSTAKAAN UNNES

a) Motivasi individu untuk melakukan suatu tindakan tertentu.

Adanya dorongan atau motivasi dalam diri individu akan mendorong timbulnya kesiapan dalam diri seseorang untuk melakukan sebuah tindakan dan ketika seseorang siap untuk melakukan sebuah tindakan maka individu tersebut akan melakukan tindakan untuk memenuhi dorongan tersebut. Demikian juga motivasi yang ada pada keluarga penderita gangguan jiwa. Adanya motivasi pada keluarga untuk menyembuhkan anggota keluarganya akan mendorong kesiapan keluarga untuk menerima anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Adanya motivasi keluarga untuk menyembuhkan anggota keluarganya akan mendorong keluarga untuk mencari pengobatan bagi untuk kesembuhan anggota keluarganya, Misalnya dengan membawa anggota keluarganya ke rumah sakit untuk di obati. Adanya harapan sembuh dan bias kembali seperti semula menimbulkan motivasi keluarga untuk siap menerima anggota keluarganya setelah menjalani perawatan dan rehabilitasi dari rumah sakit jiwa.

b) Pengalaman yang diperoleh individu sebelumnya

Pengalaman yang diperoleh mengenai suatu perilaku tertentu akan mempertinggi kesiapan individu untuk melakukan tindakan selanjutnya. Pengalaman yang diperoleh akan membantu indiividu untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang. Hal ini dikarenakan pengalaman mengenai suatu tindakan tertentu telah tersimpan dalam memori dan ketika individu menghadapi sebuah situasi yang sama atau yang hampir

sama maka pengalaman yang telah tersimpan di *recall* sehingga individu siap untuk merespon suatu situasi.

Pengalaman yang diperoleh keluarga dalam menangani penderita gangguan jiwa akan mempengaruhi kesiapan keluarga, bukan hanya kesiapan menerima setelah dari rumah sakit akan tetapi kesiapan dalam menerima penderita gangguan jiwa. Tidak adnya pengalaman dalam menangani penderita gangguan jiwa akan membuat keluarga menjadi tidak siap menerima penderita gangguan jiwa. Keluarga akan bingung bagaimana merespon penderita ketika perilakunya tidak dapat dikontrol akibatnya keluarga merespon perilaku penderita gangguan jiwa dengan respon yang tidak tepat. Selain itu keluarga akan merasa frustasi menghadapi penderita gangguan jiwa hal itu sebagai respon dari tidak siapnya keluarga untuk menghadapi situasi tersebut yang di sebabkan tidak adanya pengalaman dalan menghadapi penderita gangguan jiwa.

(3) Kesiapan sosial

Selain kesiapan psikologis untuk menghadapi kepulangan penderita gangguan jiwa perlu adanya kesiapan sosial karena lingkungan sosial merupakan tempat bagi kembalinya mantan penderita gangguan jiwa sabagai makhluk sosial. Kesiapan sosial merupakan kemauan lingkungan untuk berelasi dengan individu yang datang ke lingkungan tersebut.

Menurut Stuart & Sundeen (1979:193), masyarakat mempunyai pengaruh yang signifikan pada proses rehabilitasi penderita gangguan jiwa. Masyarakat dapat

menjadi anggota dari perawatan yang selalu memberi dukungan emosional kepada penderita. Hal itu akan membantu penderita untuk mempercepat proses penyembuhan karena masyarakat sebagai lingkungan dimana tempat pasien kembali untuk berelasi dengan orang lain dan kembali menjadi makhluk sosial. Sehingga dukungan sosial yang diberikan oleh masyarakat kepada penderita akan sangat membantu dalam proses kesembuhan sosial penderita gangguan jiwa. Oleh karena itu kesiapan masyarakat dalam menerima kembali pasien sangatlah diperlukan. Menurut Gupta (1993:13), penerimaan masyarakat terhadap penderita ganguan jiwa dipengaruhi oleh adanya informasi yang bersifat negatif pada penderita ganguan jiwa. Informasi yang negatif mengenai gangguan jiwa kemudian terbentuk dalam sebuah kerangka mental masyarakat. Kerangka mental inilah yang mampu mempengaruhi kesiapan masyarakat dalam menerima kembali penderita gangguan jiwa. Menurut Baron & Byrne (2003:) adanya skema yakni kerangka mental yang menuntun individu untuk mengorganisasi sejumlah informasi dalam suatu cara yang efisien. Skema yang telah terbentuk mampu memberi pengaruh yang kuat terhadap kognisi sosial atau pemikiran sosial. Pengaruh skema pada kognisi sosial tidaklah selalu positif, skema juga bisa mempengaruhi secara negatif, dan hal itu berdampak pada penyimpulan yang salah kepada orang lain. Seperti pada penderita gangguan jiwa, adanya skema yang negatif atau adanya informasi yang negatif tentang penderita gangguan jiwa membuat terbentuknya kognisi sosial yang bersifat negatif yakni kepercayaan yang bersifat negatif tentang penderita ganguan jwa. Kerangka mental yang negatif terhadap penderita kemudian

menimbulkan prasangka kepada penderita dan berakibat adanya diskriminasi terhadap penderita. Hal ini mempengaruhi kesiapaan masyarakat dalam menerima kembali anggotanya yang telah menjalani perawatan di RSJ dan kondisinya telah membaik.

Selanjutnya dalam tulisan ini akan berkonsentrasi pada faktor kesiapan psikologis keluarga dan sosial dalam menghadapi kepulangan anggotanya dari rawat inap RSJ.

2.1.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga Pasien

2.1.3.1 Faktor Eksternal

1) Budaya

Leininger (dalam Murray dan Ruth, 1987:238), mendefinisikan budaya adalah sebuah cara dalam praktik kehidupan berdasarkan pengalamaman hidup dengan sekelompok orang. Sedangkan Murray (1987:241) mendefinisikan budaya sebagai ringkasan keseluruhan dari belajar, cara melakukan sesuatu, merasakan, berfikir dan masalah masa lalu dan sekarang pada sebuah kelompok sosial pada sebuah periode dan waktu. Budaya dipelajari dengan jalan memindahkan dari generasi satu ke generasi selanjutnya. Budaya merupakan desain kelompok untuk bekal kehidupan dan di setiap bidang itu mengelilingi individu (fisik, dan dunia sosial, sikap aturan, tujuan hidup, pengetahuan, kepercayaan, adat-istiadat, moral, hukum, ketrampilan, kebiasaan, dan kemampuan) yang membantu mereka untuk bertahan dan hidup bersama.

Menurut Koentjaraningrat (2002:180) budaya adalah keseluruhan sistem gagasan, tindakan, dan hasil karya manusia dalam rangka kehidupan masyarakat yang dijadikan milik diri manusia dengan belajar. Berdasarkan definifsi di atas berarti segala tindakan manusia yang dilakukan secara sadar merupakan sebuah budaya. Budaya digunakan oleh manusia dalam rangka berhubungan sosial antar manusia. Budaya memberikan pedoman dan dorongan dalam kehidupan bermasyarakat.

Menurut Koentjaraningrat (2002:186) budaya memiliki tiga wujud yaitu ideal, sistem sosial, kebudayaan fisik. Wujud budaya ideal bersifat abstrak, tidak dapat di foto wujudnya berupa ide atau gagasan. Ide atau gagasan manusia yang hidup bersama memberi jwa kepada masyarakat itu. Wujud kedua dari budaya adalah sistem sosial yang berupa tindakan berpola dari manusia.Wujud yang ketiga berupa bentuk fisik atau simbol-simbol. Ketiga wujud kebudayaan ini saling mempengaruhi dan saling berkaitan. Misalnya, keyakinan terhadap agama diikuti dengan adanya nilai-nilai yang memberi tuntunan kepada para penganutnya kemudian didikuti pula oleh adanya upacara-upacara keagamaannya yang memerlukan simbol-simbol. Budaya mempengaruhi banyak dimensi dalam kehidupan, termasuk dimensi gangguan jiwa.

PERPUSTAKAAN UNNES

Mead (dalam Murray dan Ruth, 1987:152) membedakan budaya dalam 3 macam:

a) *Post figurative*

Budaya diartikan dengan perubahan yang terjadi dengan lambat dan perilaku dari generasi baru sangatlah mirip dengan perilaku dengan generasi pembentuknya karena mereka mempelajari secara pokok dari generasi pendahulunya. *Post figurative* mempunyai sifat linier atau berhierarki dari kelompok usia.

b) *Configurative*

Sebuah budaya di mana keduanya, anak dan orang dewasa belajar dari *peer group* mereka, yang mana tersedia kesempatan untuk berubah. Dalam budaya *configurative* hubungan yang terjadi bervariasi kelompok usia.

c) *Prefigurative*

Sama dengan sebuah budaya di mana orang dewasa memiliki kemampuan untuk belajar pada anak-anak mereka. Budaya ini memberi banyak kesempatan bagi individu di dalam perilaku dan terpeliharanya otonomi individu, tujuan individu dijadikan tujuan kelompok.

Di dalam tiap masyarakat terdapat budaya tersendiri tiap-tiap kegiatan manusia di dalamnya diwarnai oleh budaya sehingga memberi keunikan tersendiri. Budaya terdiri dari nilai-nilai, pola perilaku dan berbagai ide atau gagasan. Menurut Sullivan (Murray dan Ruth, 1987:227) kondisi individu dipengaruhi oleh latar belakang budayanya, budaya dapat digunakan untuk membedakan antara satu dengan yang lainnya berasal dari latar belakang budaya yang berbeda.

Menurut Sulivan (Murray dan Ruth, 1987:237) individu sama dengan konteks budaya satu kelompoknya, hal itu dapat terlihat nyata dari cara seseorang dalam berhubungan dengan orang lain di dalam sebuah particular budaya mereka. Hal tersebut membuat mereka membutuhkan pengetahuan dan cara untuk memuaskan kebutuhannya.

Budaya berpengaruh dalam dimensi gangguan jiwa. Budaya berpengaruh perlakuan terhadap gangguan jiwa (pemberian nama dari gangguan jiwa, perlakuan selama sakit, perlakuan setelah sakit dan menentukan penyebab dari gangguan). Budaya di setiap wilayah, tidaklah sama sehingga disetiap wilayah dapat mentafsirkan gangguan jiwa sesuai dengan budaya yang berlaku.Untuk gangguan jiwa yang sama di wilayah yang berbeda dapat memiliki nama yang berbeda, karena budayanya berbeda.

Perbedaan budaya yang terjadi di masyarakat mengenai gangguan jiwa memunculkan perbedaan dalam memberi nama terhadap gangguan jiwa. Oleh karena itu perbedaan budaya yang terjadi di dunia memunculkan istilah yang berbeda-beda untuk memaknai gangguan jiwa dan disebut dengan *culture-bond syndromes* (memaknai sindrom gangguan jiwa dengan memperhatikan perilaku yang menyimpang dengan budaya lokal tertentu secara khusus).

Adanya *culture-bond syndromes* memunculkan berbagai istilah untuk jenis gangguan jiwa yang sama misalnya: latah yang terjadi Indonesia terjadi pula di Asia Tenggara dengan nama *koro*, gangguan psikotik memiliki beberapa istilah yaitu : *boufee delirante, locura, Qi-Gong.* Perbedaan pengetahuan yang terjadi

tidak hanya berpengaruh dalam pemberian nama pada gangguan jiwa akan tetapi juga berpengaruh pada cara memperlakukan penderita gangguan jiwa, terutama keluarga sebagai masyarakat terkecil yang langsung berhadapan dengan penderita gangguan jiwa.

Di Indonesia pengaruh budaya dalam memaknai gangguan jiwa tidak terlepas dari keyakinan masyarkat akan adanya mahluk ghaib dan roh leluhurnya. Hampir seluruh sistem religi yang ada di Indonesia mempunyai keyakinan adanya makhluk gaib dan roh-roh leluhur. Hal ini dapat terlihat dari *folklore* yang ada di Indonesia. *Folklore* menurut Koentjaraningrat (1990:137), kebudayaan rakyat umum yang berbeda dari kebudayaan-kebudayaan primitif yang berbentuk cerita rakyat, mitos dan dongeng. *Folklore* yang ada di Indonesia mengenai religi selalu berkaitan dengan makhluk gaib dan roh-roh leluhur. *Folklore* inilah yang mempengaruhi perlakuan masyarakat dalam menangani para penderita gangguan jiwa.

Sifat gangguan jiwa sulit dideteksi dan kemunculan gangguan jiwa yang tekesan tiba-tiba serta pola perilaku yang aneh misalnya tiba-tiba bisa menirukan suara binatang tertentu hal ini tidak dapat dijelaskan secara logika sedangkan *folklore* religi bersifat mistis sehingga *folklore* kemudian dikaitkan dengan gejala gangguan jiwa, bahwa gejala gangguan jiwa yang muncul merupakan peristiwa mistis akibat makhluk ghaib atau roh leluhur. Akhirnya, *folklore* mempengaruhi pandangan masyarakat dalam memaknai gangguan jiwa yang terjadi terutama di Indonesia.

Budaya sendiri merupakan suatu bentuk perilaku yang diwariskan dari generasi sebelumnya ke generasi berikutnya. Menurut Mead (1987:152) timbulnya budaya karena adanya penurunan budaya yang ada kepada generasi berikutnya yakni generasi penerusnya, termasuk juga budaya dalam menghadapi gangguan jiwa. Cara penanganan penderita gangguan jiwa juga merupakan sebuah budaya yang diturunkan oleh generasi sebelumnyanya.

Cara menangani gangguan jiwa dapat diturunkan oleh generasi sebelumnya melalui *post figurative,*misalnya pada zaman dahulu orang sangat percaya dengan hal-hal gaib, dan kekuatan-kekuatan roh-roh nenek moyang. Hal itu berpengaruh dalam memandang gangguan jiwa. Mereka menganggap orang yang mengalami gangguan jiwa disebabkan oleh adanya roh yang masuk kedalam tubuh penderita sehingga penyembuhannya dengan cara pengusiran roh tersebut.

Budaya ini kemudian diturunkan kegenerasi berikutnya dan generasi berikutnya mengikutinya dan menurunkan ke genarasi berikutnya lagi. Oleh karena itu, meskipun di zaman yang modern masih ada orang yang mempercayai bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa karena kemasukan oleh setan atau roh sesingga penyembuhan melalui dukun atau mengucilkan penderita karena dianggap sebagai kutukan dan sebagai aib keluarga.

Selain dengan *post figurative*, budaya mengenai gangguan jiwa tidak hanya diwariskan juga melalui *cofigurative* dan p*refigurative* yakni generasi berikutnya mulai mempelajari gangguan jiwa secara ilmiah dan mengkaji gangguan jiwa

secara rasional untuk mendapatkan cara penangan gangguan jiwa yang paling efektif bagi penderita.

Adanya informasi yang baru, yang dikembangkan oleh generasi sesudahnya menyebabkan adanya perubahan budaya, terutama dalam penanganan para penderita gangguan jiwa. Mereka tidak lagi membawa kedukun akan tetapi membawa ke rumah sakit khusus bagi penderita gangguan jiwa. Orang yang tadinya membawa anggota keluarganya ke dukun sebagian berpaling kedunia medis.

Selain itu, menurut Murphy (1999:701), budaya dapat mempengaruhi prevalensi gangguan jiwa, definisi gangguan jiwa, pengenalan, penerimaan dan simptomatologi (tanda-tanda atau perilaku yang memungkinkan gangguan terungkap) gangguan jiwa. Murphy juga mengatakan budaya mempengaruhi perjalanan penyakit dari waktu ke waktu dan respon penderita dari perlakuan yang diberikan kepada penderita.

Sedangkan menurut Agoes (1992:102) pada umumnya masyarakat indonesia tidak menganggap gangguan jiwa sebagai suatu penyakit. Masyarakat menganggap gangguan jiwa merupakan suatu hal yang dapat menurunkan harga diri, sehingga istilah untuk menyebut gangguan jiwa sering diperhalus sedemikian rupa agar tidak memalukan penderita dan keluarganya.

Masyarakat mengkaitkan gangguan jiwa dengan kesurupan oleh makhluk-makhluk gaib atau roh-roh leluhurnya akibat tidak memberikan sesaji. Akibatnya,

penderita yang seharusnya ditolong dan diberi dukungan agar sembuh menjadi terpojok, dan hal itu menambah penderitaan bagi penderita gangguan jiwa.

2) Stigma

Stigma Menurut Hawari (2007:1), stigma berasal dari bahasa Inggris yang berarati noda atau cacat. Dalam kaitannya dengan gangguan jiwa stigma diartikan sebagai sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bila salah seorang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa maka hal ini merupakan aib bagi keluarganya. Oleh karena itu penderitanya sering disembunyikan atau dikucilkan karena malu.

Sedangkan Soewandi (1999:2) mengatakan stigma merupakan keyakinan atau kepercayaan yang salah, yang lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebetulnya membutuhkan pertolongan. Akibat dari stigma yang beredar mengenai gangguan jiwa sangat merugikan bagi penderitanya, stigma yang beredar ditengah masyarakat berpengaruh pada keluarga dalam memperlakukan anggotanya yang mengalami gangguan jiwa.

Kebanyakan orang sering salah paham menanggapi gangguan jiwa dan hal itu menimbulkan konsekuensi yang sangat besar. Orang menjadi *underestimed*. Menurut Gupta (1993:15) dampak stigma gangguan jiwa tidak hanya membatasi kebebasan penderita akan tetapi juga pada saudara, keluarga dan masyarakat. Stigma gangguan jiwa berpotensi besar untuk menghancurkan, tidak hanya penderita gangguan jiwa saja tetapi pada keluarganya dan karir penderita.

Goffman (Gupta, 1993:16) melakukan pengujian pada signifikansi stigma pada gangguan jiwa. Hasil yang diperoleh adalah : stigma merupakan atribut yang secara mendalam mendiskriminasikan penderita gangguan jiwa, tidak hanya mendiskriminasikankan dan membawa keburukan bagi penderitanya tetapi juga membuat penderita tidak dihormati, mengecilkan hati dan mengurangi kesempatan penderita untuk berubah.

Gangguan jiwa memiliki banyak *stereotypes* negatif, dan hal ini menyebabkan informasi yang bersifat ilmiah sering menjadi tidak berarti (Gupta, 1993:17). *Stereotypes* yang berada di masyarakat mengenai gangguan jiwa adalah sebagai berikut (Gupta, 1993:17) :

(1) Berbahaya

Masyarakat percaya penderita gangguan mental adalah orang yang berbahaya karena penderita gangguan mental sering kehilangan akal pikirannya sehingga berpotensi untuk melakukan tindakan yang membahayakan orang lain.

(2) Menular

Masyarakat yang tinggal di pemukiman mewah percaya bila di dalam lingkungan mereka terdapat orang yang mengalami gangguan mental maka nilai mereka akan turun. Mereka takut akan tertular bahkan mereka bisa lebih buruk dari penderita dan mengganggu kesehatan keluarganya.

(3) Kegagalan sosial

Masyarakat berpandangan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa merupakan orang yang mengalami kegagalan sosial, yakni mereka yang tidak

sukses merubah kehidupannya, tidak dapat memerangi masalahnya dari hari ke hari atau tidak dapat menanamgani krisis kehidupan yang dialaminya.

Pandangan lain mengenai gangguan jiwa, bahwa gangguan jiwa merupakan aib bagi keluarga dan masyarakat. Gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan sehingga orang yang mengalami gangguan jiwa merupakan aib bagi keluarga dan masyarakat. Di luar negeri masyarakat juga menganggap gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan dan membayakan bagi orang lain, bahkan Menurut Gupta masyarakat dari kalangan atas tidak toleran dengan orang lain penderita gangguan jiwa. Berbeda dengan masyarakat kalangan dari kelas sosial bawah mereka lebih toleran terhadap penderita gangguan jiwa.

Mereka menganggap jika dalam keluarga terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mereka berarti mengalami ketidakberuntungan dalam takdir, kegilaan dan ketidakbahagiaan. Tetapi meskipun masyarakat bawah lebih toleran akan tetapi keduanya sama

(4) Berpotensi sebagai pelaku kejahatan

Penelitian menunjukkan bahwa orang dengan kondisi mental rata-rata berpotensi lebih besar melakukan kejahatan daripada mereka yang mengalami penurunan kualitas mental. Banyak orang yang salah paham, faktanya bahwa gangguan metal tidak membuat orang yang mengalami gangguan mental menjadi lebih suka melukai atau membahayakan bagi setiap orang. sensasi media yang melaporkan dengan luar biasa dan mengganggap sebagai kasus yang aneh, teroris melebihi gambaran dari gangguan mental yang sebenarnya.

(5) Berubah-ubah

Banyak orang yang mengetahui sejarah gangguan jiwa sebagai orang yang idiot, aneh, paranoid dan mengerikan. Seperti gangguan lainnya ganguan jiwa dapat kambuh kembali, dan gangguan jiwa merupakan masalah yang pelik. Mungkin memerlukan perhatian dan perawatan yang lebih lama dan proses rehabilitasi yang tidak pernah berakhir. Tetapi banyak orang yang mengalami gangguan jiwa yang dapat kembali pulih dan dapat keluar dari masalahnya.

(6) Tidak dapat diprediksi

Stigma yang ada, menyebutkan perilaku penderita gangguan jiwa tidaklah dapat diprediksi. Akan tetapi yang sebenarnya perilaku penderita dapat diprediksi terutama oleh kelompok sosial terdekatnya.

Selanjutnya menurut Soewandi (1992:2) ada beberapa keadaan yang merupakan stigma terhadap gangguan jiwa yakni :

1) Keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa itu disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut : guna-guna, tempat keramat, roh jahat, setan, sesaji yang salah, kutukan banyak dosa, pusaka yang keramat, kekutam gaib atau supranatural.
2) Kepercayaan atau keyakinan bahwa gangguan jiwa itu merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan.
3) Keyakinan atau kepercayaan bahwa gangguan jiwa itu disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut : guna-guna, tempat keramat, roh jahat, setan, sesaji yang salah, kutukan banyak dosa, pusaka yang keramat, kekutam gaib atau supranatural.

4) Kepercayaan atau keyakinan bahwa gangguan jiwa itu merupakan penyakit yang tidak dapat disembuhkan.
5) Kepercayaan atau keyakinan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang bukan urusan medis.
6) Kepercayaan atau keyakinan bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang selalu diturunkan.

2.1.3.2 Faktor Internal

Menurut Dalyono (2001:166) terdapat 2 motivasi yang mempengaruhi kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien, yakni :

1) Motivasi

Adanya tujuan yang jelas dan di sadari yang hendak dicapai oleh keluarga ketika membawa anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa ke rumah sakit jiwa , akan mendorong timbulnya motivasi dalam diri anggota keluarga yang lain. Bila tujuan keluarga membawa penderita gangguan jiwa ke rumah sakit tidak hanya menghilangkan perilaku yang mengganggu keluarga akan tetepi lebih dari itu yakni kesembuhan secara psikologis dan sosial akan mendorong timbulmya motivasi keluarga untuk turut membantu dan terlibat dalam proses perawatan dan secara aktif terlibat dalam perencenaan perawatan anggota keluarganya.

2) Pengalaman Individu

Apa yang dilakukan oleh individu sebelumnya mempunyai arti bagi aktivitas-aktivitasnya sekarang. Apa yang telah terjadi pada saat sekarang akan memberikan sumbangan terhadap kesiapan individu dimasa mendatang.

Pengalaman keluarga dalam menangani amggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebelum dibawa ke rumah sakit akan mempengaruhi kesiapan keluarga dalam menerima kembali anggota keluarga yang telah mengalami perawatan di rumah sakit jiwa.

Menurut Leavit (dalam Stuart dan Sundeen, 1983:189) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa, yaitu :

1) Pesimisme keluarga tentang masa depan akan keadaan pasien bahwa ia tidak akan kembali seperti semula

   Keluarga penderita gangguan jiwa menjadi pesimis akan masa depan anggota keluarganya tersebut, apakah setelah keluar dari rumah sakit, akan dapat bekerja kembali atau dapat diterima kembali di tengah masyarakat.

2) Kurangnya pemahaman mengenai rumah sakit jiwa sebagai sebagai sumber dari keluarga.

   Rumah sakit merupakan patner dalam menyembuhkan penderita gangguan jiwa, sehingga keluarga dapat bertanya semua hal yang menyangkut gangguan jiwa termasuk penanganan penderita ketika penderita berada di rumah setelah menjalani perawatan. Maka bila keluarga merasa bingung bagaimana menangani perilaku penderita gangguan jiwa terutama bila nantinya kambuh kembali, keluarga dapat bertanya pada pihak rumah sakit. Tetapi umumnya keluarga tidak tahu bahwa rumah sakit bisa menjadi sumber

informasi bagaimana menangani mantan pasien bila sewaktu-waktu kambuh kembali.

3) Kurangnya informasi dan instruksi serta petunjuk bagaimana merespon perilaku pasien

   Kurangnya informasi yang diperoleh pihak keluarga mengenai bagaimana merespon perilaku pasien pada saat pasien berada di rumah dan tidak adanya instruksi dan petunjuk dari rumah sakit mengenai apa yang harus dilakukan oleh keluarga setibanya pasien di rumah agar mendukung kesembuhan pasien membuat keluarga tidak siap menerima kembali pasien kembali ke rumah.

4) Kegagalan keluarga untuk memahami bahwa keluarga bagian dari perawatan yang dijalani oleh pasien

   Keluarga tidak menyadari bahwa mereka bagian dari perawatan yang diberikan oleh rumah sakit. Seharusnya keluarga terlibat langsung dalam perencanaan *perawatant* yang akan di berikan kepada anggota keluarganya dan secara aktif memantau perkembangan proses kesembuhan anggota keluarganya.

5) Terbatasnya komunikasi dengan staf rumah sakit dan persepsi mengenai kemajuan, kemampuan, dan ketidaksetujuan mengenai keluarnya pasien dari rumah sakit

   Kurangnya komunikasi antara pihak keluarga dan rumah sakit mengenai bagaimana kemajuan anggota keluarga setelah berada di rumah sakit atau bagaimana kemampuan anggota keluarganya setelah keluar dari rumah sakit.

Keluarga bersifat pasif terhadap perawatan yang diberikan kepada anggota keluarganya sehingga bila keluarga tidak setuju dengan perawatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit keluarga lebih memilih diam.

6) Tidak adanya pendekatan secara empati kepada keluarga oleh staf rumah sakit kepada keluarga

Rumah sakit sebagai rekan kerja keluarga yang lebih memahami bagaimana menangani penderita gangguan jiwa kurang melakukan pendekatan secara empati. Seharusnya rumah sakit melakukan pendekatan secara empati supaya keluarga merasa rumah sakit memberikan perhatian kepada pihak keluarga sehingga keluarga lebih terbuka kepada pihak rumah sakit dan keluarga tidak canggung untuk bekerja sama dengan pihak rumah sakit.

2.2 Gangguan Jiwa

2.2.1 Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ (Maslim, 2002:7) adalah sindrom, atau pola perilaku, atau pola psikologik seseorang yang secara klinis cukup bermakna dan berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*)didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Baihaqi, dkk (2005:14) memberikan definisi gangguan jiwa dari beberapa aspek, yaitu :

(1) Pandangan dari Sudut Patologi

Dilihat dari sudut patologi, gangguan jiwa adalah akibat-akibat dari keadaan sakit atau gangguan-gangguan penyakit yang jelas kelihatan dari gejala klinis, misalnya, tingkah laku anti sosial pada orang-orang yang menderita kepibadian sosiopatis, adanya rasa takut yang tidak beralasan pada penderita neorosis.

(2) Pandangan dari Sudut Statistik

Pandangan ini melihat gangguan jiwa, dengan pendekatan matematis. Cara yang dilakukan dengan prosedur statistik melalui pengukuran dan penilaian. Bila hasil pengukuran berada pada rata-rata maka dianggap normal, bila berada pada sangat sering atau jarang terjadi, menunjukkan abnormal atau bergangguan.

(3) Pandangan dari Sudut Kebudayaan

Menurut pandangan ini, tingkah laku dan sikap seseorang dianggap mengalami kelainan atau tidak bergantung pada kebudayaan setempat. Saanin (dalam Baihaqi, dkk, 2005:15) mengatakan masyarakat adalah tuan yang kejam dan cenderung menjadi gusar apabila ada penyimpangan-penyimpangan dari batas norma atau budaya yang mereka telah tentukan.

(4) Pandangan dari Sudut lingkungan

Menurut pandangan ini, seseorang dikatakan normal atau abnormal apabila bisa beradaptasi secara seimbang dengan alam lingkungannya. Alan dan lingkungan ada yang lestari secara baik, ada juga yang berubah. Manusia yang menghuni alam itu berkembang dari hari ke hari karenanya dalam mengisi hidup di lingkungan manapun, manusia perlu beradaptasi.

(5) Pandangan dari Sudut Kaidah Agama

Agama sebagai ajaran yang bersifat normatif dan dogmatif, dapat juga dipakai sebagai acuan untuk menetukan abnormalitas seseorang. Rujukan yang dipakai adalah ajaran-ajaran Ilahiah (berbagai kitab suci) yang memberi tuntutan hidup bagi umat manusia.

Definisi yang lain mengacu pada beberapa kriteria yaitu :

(1) Menyimpang dari standar kultural atau sosial

Kriteria untuk menentukan apakah seseorang mengalami gangguan jiwa atau tidak berdasarkan budaya yang berlaku di tempat tersebut (*Cultural relativity)*.

(2) Ketidakmampuan menyesuaikan diri

Pandangan ini menyatakan perilaku abnormal adalah perilaku yang maladaptif ketika individu berada dalam kondisi atau situasi yang menuntutnya melakukan tindakan penyesuaian diri terhadap lingkungan.

(3) Menyimpang secara statistik

Pengelompokan gangguan jiwa dan abnormal berdasarkan norma-norma numerik yang didasarkan pada prosedur statistik, yang paling sering terjadi disebut dengan rata-rata sedangkan yang jarang sekali terjadi disebut ekstrim baik ekstrim kiri maupun kanan.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

2.2.2 Penyebab Gangguan Jiwa

Penyebab gangguan jiwa dapat dilihat dari beberapa aspek yaitu :

(1) Menurut taraf berfungsinya

Berdasarkan taraf berfungsinya menurut Coleman, dkk (dalam Baihaqi, dkk, 2005:23) penyebab gangguan jiwa dapat dibedakan menjadi :

(2) Penyebab Primer (*primary cause*)

Merupakan penyebab langsung dari gangguan jiwa, penyebab yang tanpa kehadirannya gangguan jiwa takkan mungkin muncul.

(3) Penyebab yang Menyiapkan (*predisposing cause*)

Adalah faktor yang membuat individu menjadi rentan akan gangguan jiwa. Misalnya kondisi fisik seseorang, kecacatan, genetik, inteligensi, kepribadian.

(4) Penyebab Pencetus (*precipitating cause)*

Tegangan-tegangan atau kejadian traumatik yang langsung atau segera menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan segala bentuk gangguan jiwa, atau segala kondisi yang tidak dapat ditahan oleh individu dan akhirnya mencetuskan gangguan jiwa.

PERPUSTAKAAN UNNES

(5) Penyebab Yang Menguatkan (*reinforcing cause*)

Merupakan kondisi yang mempertahankan atau memperkuat tingkah laku salah suai (*maladaptive*) yang sudah terjadi.

(6) Sirkulasi Faktor Penyebab (*multiple causes*)

Adalah serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi.

(7) Menurut sumber asalnya

Berdasarkan sumber asalnya sebab-sebab gangguan jiwa dapat digolongkan menjadi :

a) Faktor Biologis

Faktor biologis adalah berbagai keadaan biologis atau jasmani yang dapat menghambat perkembangan maupun fungsi pribadi atau individu dalam kehidupan sehari-sehari dan biasanya bersifat menyeluruh (mempengaruhi segala aspek).

b) Faktor Psikososial

Faktor psikososial adalah faktor yang berasal dari lingkungan sosial yang menyebabkan adanya gangguan fisik dan mental sehingga individu harus beradaptasi. Misalnya trauma pada masa kanak-kanak, hubungan orang tua dan anak yang patogenik, stress yang berat, dan sebagainya.

c) Faktor Sosiokultural

Faktor sosiokultural meliputi keadaan yang objektif di dalam masyarakat atau tuntutan dari masyarakat yang dapat berakibat pada timbulnya tekanan pada individu dan hal tersebut menimbulkan berbagai gangguan jiwa.

Sedangkan menurut Kartono (2005:84) gangguan jiwa disebabkan oleh :

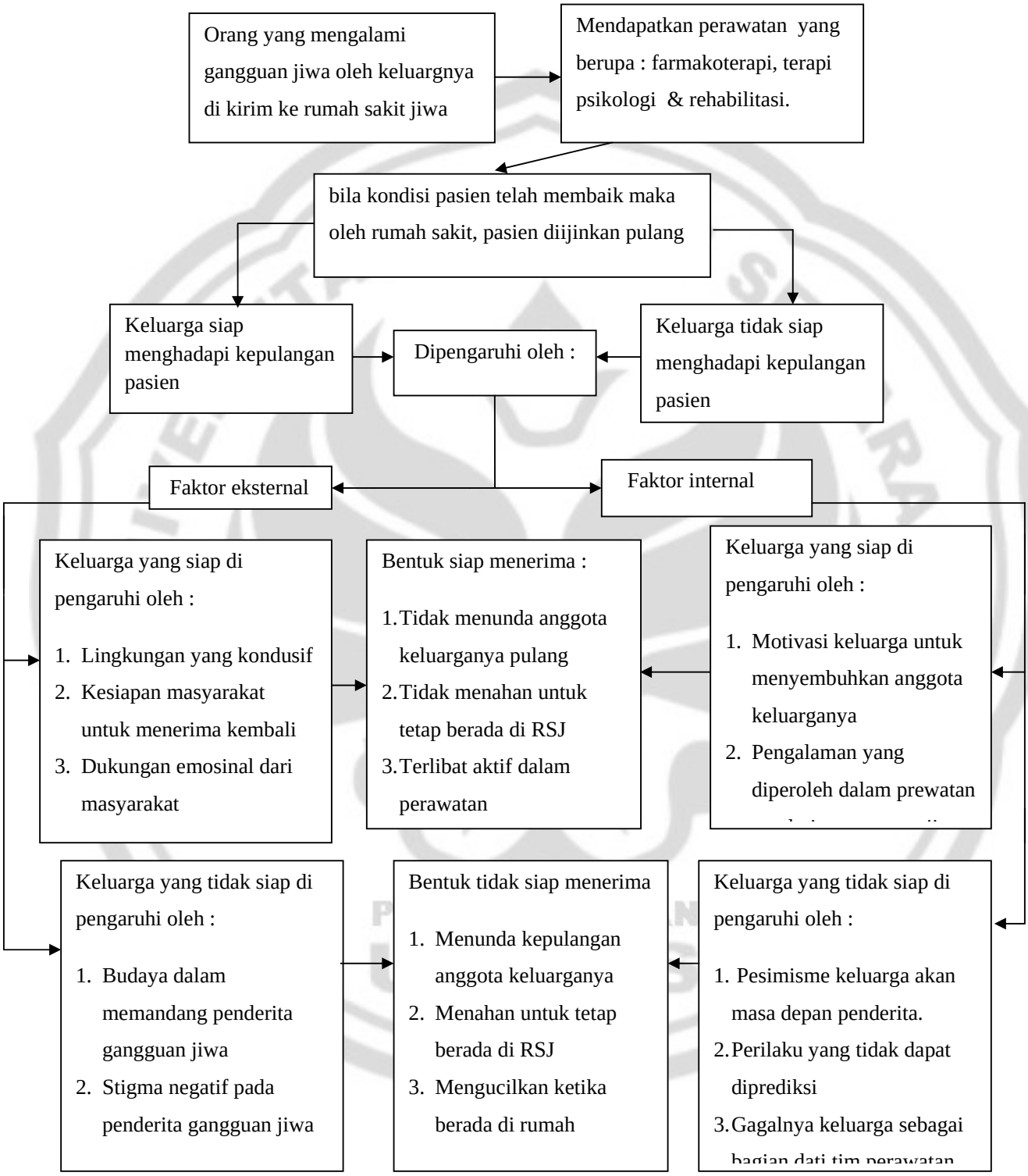
(1) Predisposisi struktur biologis dan mental atau kepribadian yang lemah.
(2) Konflik-konflik sosial dan konflik kultural yang mempengaruhi diri manusia.
(3) Pemasakan batin (internalisasi) dari pengalaman yang keliru (pencernaan pengalaman yang keliru).

2.2.3 Pasien Gangguan Jiwa

Pasien gangguan jiwa menurut Direktorat Kesehatan Jiwa (1986:10) adalah: "mereka yang telah dikatakan oleh dokter termasuk dalam kedaruratan psikiatrik yakni suatu keadaan gangguan dan perubahan tinggkah laku, alam pikiran, perasaan, yang dapat dicegah atau dapat diatasi yang membuat pasien sendiri, teman, keluarga, lingkungan, masyarakat, atau petugas professional merasa perlu meminta pertolongan medik psikiatrik segera, cepat dan tepat karena dapat mengancam integritas fisik pasien, fisik orang lain,integritas psikologi pasien dan orang lain serta integritas psikologik keluarga atau lingkungan sosialnya".

Menurut Alwi (2005:834) rawat inap adalah pasien yang memperoleh pelayanan tinggal atau dirawat pada suatu unit pelayanan kesehatan tertentu.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES



Bagan 2.1 Kerangka Berpikir

BAB 3
METODE PENELITIAN

Di dalam Bab 3 ini akan diuraikan mengenai komponen penting yang berkaitan dengan metode penelitian, yaitu pendekatan penelitian, unit analisis, pengumpulan data, analisis data, dan keabsahan data.

3.1 Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif menurut Bogdan dan Tailor (dalam Moleong, 2004:4), adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Selain itu Densin dan Lincoln (dalam Moleong, 2004:5), menyatakan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan jalan melibatkan berbagai metode yang ada. Sedangkan menurut Moleong (2004:6), penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang yang dialami subjek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, dll., secara keseluruhan dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.

Penelitian dilakukan di lokasi dalam situasi alamiah, yaitu di Rumah Sakit Jiwa Amino Gondhutomo. Diharapkan melalui penelitian dengan metode kualitatif, didapat data yang akurat dan mendalam.

3.2 Unit Analisis

Data yang diambil berasal dari satuan kajian atau unit analisis. Unit analisis dalam penelitian ini adalah kesiapan keluarga. Dari unit analisis akan dijaring informasi dari berbagai macam sumber dan bangunannya (*construction*).

Unit analisis suatu penelitian ialah keberadaan dari populasi yang tentangnya dibuat kesimpulan atau kerampatan empiris (Salim, 2006:31). Unit analisis dalam penelitian ini akan difokuskan pada kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa.

Dalam penelitian ini digunakan dua sumber data, yaitu sumber data primer dan sumber data sekunder. Sumber data primer adalah sumber data yang langsung memberikan data pada pengumpul data, sedangkan data sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data pada pengumpul data (Sugiyono, 2008:225)

Narasumber inti penelitian ini adalah keluarga pasien gangguan jiwa Rumah Sakit Jiwa Amino Gondhohutomo. Sedangkan narasumber sekunder yaitu pasien yang telah menjalani perawatan lebih dari satu bulan di Rumah Sakit Jiwa Amino Gondhohutomo, kerabat pasien dan atau tetangga terdekat keluarga pasien. Untuk memperjelas unit analisis maka digambarkan melalui tabel sebagai berikut:

Tabel 3.1
Unit Analisis

Unit Analisis	Sub Analisis			
	Narasumber inti	Narasumber sekunder		
	Keluarga	Pasien	Kerabat atau tetangga	Rumah sakit jiwa
Kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien gangguan jiwa	a. Kesiapan psikologis keluarga dalam menghadapi pasien ketika akan kembali ke keluarga b. Kesiapan keluarga dalam menghadapi masyarakat ketika menerima pasien pulang ke rumah c. Kesiapan masyarakat menerima warganya kembali menurut keluarga	a.Kesiapan keluarga menurut pasien untuk menerima kembali pasien pupang ke rumah b. Kesiapan masyarakat menerima kembali menurut pasien	a. Pandangan kerabat keluarga, terhadap keluarga pasien b. Pandangan kerabat mengenai kesiapan keluarga psikologis & sosial menerima kembali pasien ke rumah c. Kesiapan masyarakat menerima pasien kembali	a. Pandangan rumah sakit mengenai keluarga pasien b. Pendapat rumah sakit mengenai kesiapan psikologis & sosial keluarga menerima pasien kembali c.Pandangan rumah sakit mengenai kesiapan masyarakat menerima pasien kembali ke lingkungannya

3.3 Metode Pengumpulan Data

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu peneliti sendiri. Selain itu penelitian juga menggunakan *mechanical record* untuk merekam proses wawancara. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

1) Wawancara

Menurut Moleong (2004:186) wawancara adalah percakapan yang dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara yang memberikan pertanyaan dan terwawancara yang memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan oleh pewawancara. Wawancara yang dilakukan merupakan wawancara mendalam (*in-depth interview)*. Diharapkan, melalui wawancara mendalam, penulis akan memperoleh data yang mendasar dan spesifik mengenai kesiapan keluarga menghadapi anggota keluarganya setelah mengalami perawatan dari rumah sakit jiwa.

Jenis wawancara yang digunakan adalah wawancara semi terstruktur (*semisturcture interview*) yakni pewawancara menggunakan *interview guide. interview guide* adalah daftar pertanyaan tetapi tidak berupa kalimat-kalimat yang permanen atau mengikat (Rahayu dan Ardhani, 2004:79).

Penggunaan wawancara semi terstruktur didasari keinginan untuk bisa memperoleh data yang mendalam akan tetapi wawancara tidak lepas dari fokus kajiannya serta wawancara dapat disesuaikan dengan situasi yang ada.

2) Teknik observasi

Teknik observasi yakni suatu kegiatan memperhatikan secara akurat, mencatat fenomena yang muncul, dan mempertimbangkan hubungan antar aspek dalam fenomena tersebut (Rahayu dan Ardhani, 2004:1)

Secara garis besar, observasi dapat dibagi dalam dua jenis, yaitu observasi partisipan dan non-partisipan. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan

observasi non partisipan, yaitu peneliti tidak terlibat dalam aktivitas subjek penelitian, hanya mengamati aktivitas tanpa diketahui oleh subjek penelitian. Peneliti menggunakan observasi non partisipan dikarenakan situasi yang berhubungan dengan tindakan medis yang tidak memungkinkan untuk dilakukan observasi partisipan serta untuk menjaga agar tidak keluar dari konteks penelitiannya, diharapkan dengan menggunakan observasi non partisipan peneliti bisa lebih fokus pada subjek penelitian. Observasi digunakan untuk menggali data yang tidak dapat digali oleh teknik wawancara dan untuk mengkroscek data yang diperoleh melalui wawancara.

3) Catatan Lapangan

Catatan lapangan menurut Guba dan Lincoln (dalam Rahayu dan Ardhani, 2004:31) yaitu gambaran umum peristiwa-peristiwa yang telah diamati oleh peneliti. Pencatatan lapangan sebaiknya dicatat sesegera mungkin seletah melakukan observasi. Catatan lapangan berupa coretan seperlunya yang sangat singkat, berisi kata-kata kunci, frase, pokok-pokok isi pembicaraan atau pengamatan, mungkin gambar, sketsa, sosiogram, diagram, dan lain-lain. Catatan baru diubah dalam catatan yang lebih lengkap dan dinamakan catatan lapangan setelah peneliti tiba di rumah. Catatan lapangan digunakan oleh peneliti untuk mendukung data yang diperoleh melalui wawancara.

4) Studi Dokumen

Studi dokumen atau bahan pustaka merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan menganalisis dokumen atau bahan pustaka (Adi, 2005:61). Menurut Moleong (2002:161) dokumen ialah setiap bahan

tertulis ataupun film yang tidak dipersiapkan karena adanya permintaan peneliti, yang biasanya dibagi atas dokumen pribadi dan dokumen resmi. Dokumen pribadi berupa buku harian, surat pribadi, dan autobiografi. Sedangkan dokumen resmi terbagi atas dokumen internal dan dokumen eksternal. Dokumen internal berupa memo, pengumuman, instruksi, aturan suatu lembaga masyarakat tertentu yang digunakan dalam kalangan sendiri. Termasuk didalamnya risalah atau laporan rapat, keputusan pemimpin kantor, dan semacamnya. Dokumen eksternal berisi bahan-bahan informasi yang dihasilkan oleh suatu lembaga sosial, misalnya majalah, buletin, pernyataan, dan berita yang disiarkan kepada media massa.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis terhadap dokumen resmi eksternal yang berupa buku-buku mengenai fasilitas dan pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit kepada masyarakat, hak pasien dan keluarga selama di rumah sakit melalui buku profil rumah sakit dr. Amino gondhuhutomo yang digunakan untuk menggali informasi mengenai pelayanan rumah sakit yang diberikan kepada masyarakat, buku sekilas pintas tentang RSJD dr. Amino Gondhohutomo yang digunakan untuk menggali data mengenai gambaran umum RSJD dr. Amino Gondhohutomo dan data status medis pasien yang digunakan untuk mengetahui riwayat psikiatrik pasien yang dijadikan subjek penelitian.

3.4 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami (Sugiyono, 2008:243). Secara garis besar, analisis data meliputi tiga langkah pokok yaitu : (1) reduksi data, (2) penyajian data, dan (3) penarikan kesimpulan. Ketiga langkah tersebut dilakukan secara terus-menerus sejak awal, dan berikut ini merupakan penjelasan dari ketiga langkah tersebut.

3.4.1 Reduksi Data

Pada tahap ini, dipilih data-data yang sesuai dengan fokus penelitian, kemudian mengelompokkan sesuai dengan aspek yang diteliti. Lebih lanjut Sugiyono (2008:247) menjelaskan bahwa reduksi data merupakan kegiatan merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas dan mempermudah dalam pengumpulan data.

Pada penelitian ini, data-data yang diperoleh peneliti dari lapangan dikelompokkan sesuai dengan aspek yang diteliti yaitu mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa

PERPUSTAKAAN UNNES

3.4.2 Penyajian Data

Penyajian data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya (Sugiyono, 2008:249). Sehingga data-data yang diperoleh peneliti lebih mudah dipahami dan dianalisis oleh peneliti. Pada penelitian ini, beberapa data disajikan dalam bentuk tabel seperti tabel bangunan dan sarana prasarana di Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondhohutomo, tabel kegiatan harian pasien Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino gonghuhutomo, dan denah lokasi Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo (dapat dilihat pada lampiran). Dengan penyajian data dalam bentuk tabel, maka peneliti menjadi lebih mudah untuk memahami dan menganalisis kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa.

3.4.3 Penarikan Kesimpulan

Menurut Miles dan Huberman (Sugiyono, 2008:252), setelah melakukan penyajian data langkah selanjutnya adalah melakukan penarikan kesimpulan dan verifikasi. Penarikan kesimpulan adalah usaha untuk mencari makna terhadap data yang dikumpulkan, dengan mencari pola, hubungan, persamaan dengan hal-hal yang sering timbul, dan sebagainya (Usman, 2000:87). Pada penelitian ini, penarikan kesimpulan dilakukan dengan memaknai data-data yang diperoleh peneliti, melalui wawancara dan observasi, sehingga diperoleh gambaran yang utuh mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap ganggun jiwa.

3.5 Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan usaha meningkatkan derajat kepercayaan data sehingga hasil penelitian dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah (Moleong, 2002:170-171). Teknik yang digunakan untuk pemeriksaan keabsahan data adalah teknik triangulasi.

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2004:178). Teknik triangulasi yang paling banyak digunakan ialah pemeriksaan melalui sumber lainnya, yang menurut Patton (dalam Moleong, 2002:178), merupakan pembandingan dan pengecekan balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif.

Pada penelitian ini, triangulasi sumber dicapai dengan: pertama, membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara; kedua, membandingkan informasi dari subjek dengan informasi dari tetangga, kerabat, rumah sakit, dan pasien. Untuk lebih memahami mengenai metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini, berikut ini merupakan tabel metode penelitian :

Tabel 3.2

Metode Penelitian

Fokus kajian	Data yang diperlukan	Sumber data	Prosedur pengumpulan data
	Motivasi keluarga untuk menyembuhkan pasien	Keluarga, tetangga, kerabat, rumah sakit jiwa, pasien	Wawancara, observasi

Kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa	Pengalaman keluarga	Keluarga, tetangga, kerabat, rumah sakit	Wawancara
	Budaya	Keluarga, tetangga, kerabat, rumah sakit jiwa, pasien	Wawancara
	Stigma gangguan jiwa	Keluarga, tetangga, kerabat, rumah sakit jiwa, pasien	Wawancara
	Informasi gangguan jiwa pada masyarakat & keluarga	Keluarga, masyarakat, rumah sakit	Wawancara, observasi
	Hubungan yang empatik antara rumah sakit jiwa dan keluarga	Keluarga, pasien, rumah sakit jiwa	Wawancara, observasi
	Pemahaman keluarga akan gangguan jiwa dan *treatment*-nya	Keluarga, pasien, rumah sakit jiwa, tetangga	Wawancara
	Pandangan keluarga akan masa depan pasien	Keluarga, masyaarakat, rumah sakit jiwa	Wawancara, observasi
	Pemahaman keluarga sebagai bagian dari *treatment* dari program penyembuhan pasien	Keluarga, rumah sakit jiwa	Wawancara
	Komunikasi antara pihak rumah sakit dengan keluarga pasien	Keluarga, rumah sakit jiwa	Wawancara

PERPUSTAKAAN UNNES

BAB 4
GAMBARAN SETTING PENELITIAN

4.1 Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo

Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo adalah Rumah Sakit Daerah khusus Pasien gangguan jiwa. Namun seiring dengan perkembangan yang terjadi di Rumah Sakit dr. Amino Gondhohutomo, tidak hanya melayani Pasien gangguan jiwa akan tetapi melayani juga penyakit yang lain seperti syaraf, gigi dan pelayanan tes psikologis.

4.2.1 Letak Geografis RSJ Dr. Amino Gondhohutomo

Rumah Sakit Jiwa yang digunakan sebagai lokasi penelitian ini adalah Rumah Sakit Jiwa (RSJ) daerah dr. Amino Gondhohutumo. RSJ daerah Amino Gondhohutomo terletak di jalan Brigjend Sudiarto no 347 Pedurungan kota Semarang. Rumah Sakit Jiwa daerah dr. Amino Gondohohutamo berdiri di atas lahan seluas 60.000 m² dan luas bangunan ± 22.349 m ² yang terdiri dari :

Tabel 4.1

Bangunan fisik rumah sakit dr. Amino Gondhohutomo

Sarana	Jumlah	Sarana	Jumlah
Gedung administrasi	1	Gedung perawatan	13
Gedung auditorium	1	Gedung pelayanan	3
Gedung rehabilitasi	1	Gedung penunjang	3
Rumah dinas	1	Lapangan tennis	3
Kamar jenasah	1	Mess	2
Gedung diklat	1	Gedung asrama	1

.**Bangsal (kamar) Pasien**

Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo memiliki kapasitas tempat tidur bagi pasien rawat inap sebesar: 285 TT (tempat tidur) yang tersebar mulai dari bangsal HCU, VIP, kelas I, II, dan III yang terbagi dalam 13 bangsal, yang masing-masing kelas memiliki falilitas yang berbeda.

Dari 13 bangsal yang ada, peneliti menggunakan 2 bangsal sebagai tempat penelitian, yakni bangsal pria Kresna dan Dewaruci. Peneliti menggunakan bangsal pria dikarenakan dari kasus yang ada di sana, pasien pria mengalami penundaan kepulangan dengan frekuensi paling besar.

a. Bangsal X (Kresna)

Bangsal X atau Bangsal Kresna merupakan bangsal untuk pasien kelas 1 dan 2. Bangsal Kresna menampung ± 18 pasien yang meliputi : 2 kamar kelas 1 dan 2 kamar kelas 2. 1 kamar kelas 1 menampung 3 orang sedangkan 1 kamar kelas dua menapung 6 orang. Dalam satu kamar, tiap pasien mendapatkan 1 tempat tidur dan 1 almari baju. Bangsal Kresna memiliki ruangan yang lebih luas daripada bangsal kelas 3 atau bangsal JPS. Bangsal Kresna merupakan bangsal tempat penelitian dilakukan.

b. Bangsal IV (Dewaruci)

Bangsal IV atau Bangsal Dewaruci adalah bangsal kelas 2 dan 3 (bangsal JPS). Bangsal ini menapung 20 pasien. Kelas 3 menapung lebih banyak pasien dari pada kelas 1 dan 2. Kelas 3 di Bangsal Dewaruci menapung 8 pasien. Di bangsal ini kelas 3 peruntukkan bagi pasien dari keluarga dengan ekonomi lemah atau pasien dari keluarga yang tidak mampu. Kelas 3 jarang memiliki kamar yang

kosong, Bangsal Dewaruci selalu penuh dengan pasien. Hal ini menyebabkan sirkulasi pasien terjadi dengan cepat. Pasien yang telah membaik diharapkan agar keluarga segera menjeput pulang dan tidak menunda kepulangannya. Ruangan dari kelas 3 lebih sempit dari kelas 1dan 2 hal ini dikarenakan jumlah pasien yang lebih banyak.

Saat dilakukan observasi dan wawancara pasien di Bangsal Dewaruci dalam keadaan penuh. Selain itu, terdapat beberapa pasien baru yang akan masuk sehingga pasien yang telah membaik dan telah melewati batas hari perawatan dianjurkan untuk dibawa pulang. Bila keluarga belum menjemput pulang maka pihak rumah sakit melakukan *dropping* (memulangkan pasien ke rumah). Pasien yang mejadi subjek juga termasuk dalam perencanaan dropping karena pasien telah 2 bulan berada di rumah sakit akan tetapi keluarga belum pernah menjenguk dan belum ada konfirmasi dari keluarga akan membawa pulang pasien.

4.2.2 Jenis gangguan dan pasien

1. Jenis gangguan

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Semarang menampung Pasien gangguan jiwa dengan semua jenis gangguan jiwa. Namun dari semua jenis gangguan jiwa, skizofrenia merupakan jenis gangguan jiwa yang paling banyak ditangani oleh pihak rumah sakit baik yang menjalani rawat inap maupun rawat jalan. Dari semua Pasien skizofrenia yang menjalani perawatan di rumah sakit, skizofrenia paranoid merupakan tipe skizofrenia yang paling banyak ditangani oleh rumah sakit dan diikuti dengan skizofrenia katatonik dan hebrefenik.

Skizofrenia merupakan salah satu jenis gangguan jiwa berat. Pasien biasanya akan mengalami kemunduran kemampuan, semakin Pasien sering kambuh maka kemapuan Pasien akan semakin berkurang. Selain mengalami kemunduran kemapuan biasanya para Pasien juga mengalami gejala sisa. Gejala sisa termanifestasikan pada perilaku Pasien yang berubah setelah menjalani pengobatan misalnya, sebelum menjalani perawatan di rumah sakit pasien memiliki hobi bertaman namun setelah pulang dari rumah sakit pasien tidak mau lagi menjalani hobinya dan lebih suka tidur di kamar.

Pada fase gejala sisa, keluarga dituntut harus sabar menuntun pasien untuk mau melakukan aktivitas yang sebelumnya pasien lakukan. Namun biasanya pada fase gejala sisa keluarga tidak sabar untuk menuntun pasien melakukan aktivitas yang sebelumnya. Kondisi ini berdampak pada semakin mundurnya kemampuan pasien.

2. Pasien

Pasien rawat inap di RSJD Semarang kebanyakan adalah pasien pria, dari 13 bangsal yang disediakan 9 bangal pria dan 4 bangsal merupakan bangsal wanita. Di antara semua pasien pria yang ada di RSJD Semarang terdapat 4 pasien yang unik. Pasien dikatakan unik karena, pasien telah lama berada di rumah sakit kondisi telah membaik dan telah dianjurkan dokter untuk dibawa pulang, pasien selalu kambuh bila berada di rumah dan pasien memiliki jenis gangguan yang sama yakni skizofrenia. Keunikan ini kemudian menjadikan ke 4 pasien menjadi subjek penelitian, ke 4 subjek tersebut adalah :

a. SH

SH merupakan pasien dari Bangsal Kresna, SH menempati kelas 2. Pada awal masuk dokter mendiagnosa SH menderita skizofrenia paranoid, namun setelah beberapa kali kambuh dokter merubah tipe gangguan yang diderita SH dari skizofrenia paraniod menjadi skizofrenia residual. SH telah menjalani rawat inap di rumah sakit selama 9 tahun. SH masuk ke rumah sakit untuk terakhir kalinya pada tahun 2000 sampai sekarang keluarga belum berniat untuk membawa pulang SH ke rumah. Kondisi SH telah membaik namun belum ada tanda-tanda SH akan dibawa pulang, untuk menghindari kejenuhan SH rumah sakit memberinya aktivitas yakni, membantu perawat setiap pagi dan sore hari. Sebelum SH menjalani rawat inap yang cukup lama sebelumnya SH telah lebih dari 20 kali masuk Rumah Sakit Jiwa.

SH memiliki relasi sosial yang baik. Di rumah sakit hampir setiap perawat praktek dan dokter praktek mengenal SH dengan baik. SH biasanya mengisi waktu luang di rumah sakit dengan mengobrol bersama teman satu bangsal dan para perawat serta dokter yang sedang praktek di rumah sakit.

b. RG

RG menempati kelas 2 di Bangsal Kresna selama menjalani perawatan di RSJD Semarang. Pada awal sakit RG didiagnosa menderita skizofrenia paranoid namun pada rawat inap yang terakhir RG didiagnosa menderita skizofrenia residual. RG telah menjalani rawat inap yang terakhir di RSJD Semarang selama ± 1 tahun. Selama 1 tahun RG menjalani rawat inap keluarga RG tidak pernah menjenguk. Keluarga memantau kondisi RG melalui telpon.

Setiap bulannya keluarga RG datang ke rumah sakit untuk membayar administrasi. Meski keluarga mengetahui bahwa kondisi RG telah membaik namun keluarga tidak memiliki rencana untuk membawa pulang Rio. keluarga berencana akan menitipkan RG seumur hidup di rumah sakit.

Di rumah sakit, dokter tidak pernah mengadakan pemeriksaan pagi bagi RG, hal ini dikarenakan karena kondisi RG telah membaik. Dokter akan memeriksa bila RG menunjukkan gejala kekambuhan. Aktivitas RG di rumah sakit lebih banyak dihabiskan untuk tidur. RG kurang mau bergaul dengan teman satu bangsal. Menurut perawat RG lebih menarik diri setelah mengetahui keluarganya tidak juga datang untuk menjeputnya pulang.

c. UJ

UJ telah menderita gangguan jiwa semenjak duduk di bangku SMA. Dari sakit pertama kali sampai perawatan yang terkhir UJ tercatat telah 4 kali kambuh. Jarak kekambuhan UJ dari kambuh yang ke 3 dengan kekambuhan yang terakhir merupakan jarak kekambuhan yang paling lama. Pada kambuh sebelumnya UJ menjalani perawatan di RSJ Magelang, namun karena terbatasnya biaya dan jauhnya jarak antara RSJ Magelang dan Rumah UJ maka keluarga membawa UJ ke RSJD Semarang.

Dokter yang menangani UJ mendiagnosis UJ menderita gangguan jiwa Skizofrenia paranoid dan gangguan Psikosis non organik. UJ telah menjalani rawat Inap selama ± 2 bulan berada di Bangsal Dewaruci. Bangsal yang di tempati oleh UJ merupakan bangsal JPS.

Di bangsal JPS keluarga tidak dibebani biaya perawatan namun waktu perawatan pasien terbatas. Hal ini dikarenakan bangsal JPS memiliki banyak pasien. Pasien secara bergantian mendapatkan perawatan. Setelah pasien lama menunjukkan kondisi yang baik maka akan ada pasien baru yang masuk. Sehingga di bangsal Dewaruci terutama kelas JPS pasien yang telah lebih dari 2 bulan dan tidak ada kabar dari keluarga, maka pasien akan di pulangkan atau *dropping*. UJ merupakan salah satu pasien yang dalam perencanaan *droping* karena keluarga belum menjemput pulang sementara kondisi UJ telah membaik. Di rumah sakit UJ merupakan salah satu pasien yang mudah bergaul dengan teman satu bangsal.

d. MDK

MDK telah menderita gangguan jiwa semenjak MDK duduk Di bangku SMA. MDK telah 7 kali masuk Rumah Sakit Jiwa untuk menjalani perawatan. Rawat inap yang ke 7 merupakan rawat inap yang terlama yang dijalani oleh MDK. MDK telah lebih dari 1 tahun berada di rumah Sakit. Selama berada di rumah sakit keluarga sangat jarang menjenguk MDK. Pihak rumah sakit telah beberapa kali menghubungi keluarga MDK untuk meminta keluarga MDK menjenguk dan bila perlu membawa pulang MDK. Diantara semua pasien yang berada di bangsal Kresna MDK merupakan satu-satunya pasien yang belum dijenguk oleh keluarganya.

Dokter Mendiagnosa MDK menderita skizofrenia katatonik namun diagnosa berubah setelah MDK beberapa kali menjalani perawatan di rumah sakit. Pada perawatan yang terakhir dokter mendiagnosa MDK menderita skizofrenia

residual. Di rumah sakit MDK cenderung menarik diri dan autistik dari teman-teman sebangsalnya. MDK sangat jarang berkomunikasi dengan orang lain. MDK lebih memilih berada di kamar dan tidur daripada bergaul dengan teman satu bangsalnya.

4.2 Keluarga

Keluarga sebagai unit terkecil yang ada di masyarakat merupakan tempat berkomunikasi dan berinteraksi yang paling efektif diantara para anggotanya. Melalui perannya masing-masing, para anggota keluarga berupaya mempertahankan dan mengembangkan budayanya.

Secara umum tipe keluarga dibagi menjadi dua yaitu keluarga inti (*nuclear*) dan keluarga luas *(extended family)*. Umumnya keluarga yang ada di Indonesia adalah *extended family*, dimana satu keluarga tidak hanya teridiri dari keluarga inti akan tetapi juga terdapat kakek, nenek, paman, bibi, dan anggota keluarga lainnya. Pada *extended family*, Pengambilan keputusan biasanya ditangan orang yang lebih tua. Diantara sesama, yang paling tua yang paling berpengaruh.

4.2.1 Keluarga dan Pasien

Keluarga pasien yang dijadikan subjek penelitian adalah keluarga yang memiliki hubungan darah dan atau perkawinan dengan pasien yang telah lebih dari 1 bulan berada di Rumah Sakit Jiwa. Dalam penelitian ini terdapat 4 pasien yang dijadikan subjek penelitian dengan masing-masing keluarga memiliki keunikan tersendiri. Ke 4 pasien yaitu :

1. Keluarga dan Lingkungan SH

a. Keluarga SH

SH dan keluarga tinggal di Melati Lor kota Kudus. SH tinggal di Melati Lor RT 05 RW 01 gang Pondok sedangkan saudaranya tinggal di Melati Lor RT 03 RW 01 gang Mulya. Mereka tinggal berbeda blok akan tetapi masih dalam satu komplek jalan Melati. Komplek jalan Melati tidak jauh dari pusat kota Kudus, dan dekat dengan pasar tradisional yakni pasar Kliwon. Meskipun jalan Melati berada di komplek perumahan kota tapi suasana masih terasa nuansa desa terutama di komplek tempat SH tinggal.

SH merupakan putra dari Ridwan dan Sarwini. Ridwan memliki 6 anak yang bernama: Nasran, Achyadi, Asyiah, SH , Asanah, Asamah. SH merupakan anak ke 4 dari 6 bersaudara. Saudara-saudara SH memiliki pekerjaan yang berbeda-beda, ada yang menjadi PNS dan ada yang menjadi pedagang serta wiraswasta.

Dalam kehidupan sehari-hari keluarga SH disibukkan dengan mengurus keluarga masing-masing maupun beraktivitas mencari nafkah. Misalnya As yiah, seorang pedagang di pasar. Asyiah mulai berangakat berdagang pukul 06.00 dan akan pulang pada pukul 12.30 dan akan berangkat ke pasar kembali pada pukul 13.00, pulang pada waktu sore hari sekitar pukul 16.00. Demikian juga dengan saudara yang lain berangkat kerja pada pagi hari dan pulang pada sore hari. Eva keponakan yang membantu merawat SH, setiap pagi sampai sore hari sibuk mengajar.

Bila SH berada di rumah keluarga tidak memperhatikan secara cermat pola SH minum obat. Keluarga kurang mengawasi apakah SH benar-benar

minum obat atau membuang obat yang diberikan oleh rumah sakit. Meskipun keluarga selalu mengantar SH untuk kontrol ke rumah sakit.

Keluarga SH adalah keluarga yang sederhana.Tetapi untuk pengobatan SH keluarga selalu mengusahakan meskipun harus berhutang. Tipe keluarga SH adalah keluarga yang mengedepankan musyawarah bersama untuk memecahkan masalah yang dihadapi, meskipun saudara tertua SH tetap memiliki pengaruh yang besar terhadap anggota keluarga lainnya. Misalnya, pada saat SH sakit, maka seluruh keluarga terlibat dalam menangani kondisi tersebut, walaupun tanggung jawab terbesar tetap berada pada saudara tertua. Keterlibatan keluarga ini tidak hanya sebatas pada perencanaan penanggulangan kondisi SH saja, namun para anggota keluarga ini juga terlibat langsung untuk menanggung biaya perawatan SH bersama-sama.

Hubungan antar anggota keluarga cukup hangat dan akrab. setiap pekan antara saudara SH saling bersilaturahmi. Tempat berkumpul yang utama adalah di rumah Ridwan dan Sarwini, yang merupakan orang tua SH dan saudara-saudaranya. selain itu, setiap ada kesempatan untuk berkunjung ke rumah orang tua, para saudara SH selalu menyempatkan diri untuk menjenguk orang tua dan saudara SH . selain itu, sikap saling membantu juga berkembang di keluarga tersebut bila salah satu anggota keluarga mengalami masalah, seperti kondisi yang dialami SH .

b. Kondisi Lingkungan tempat tinggal SH

Letak rumah SH tidak jauh dari pusat kota dari kota Kudus. Rumah SH berada pada lingkungan padat penduduk. Jarak antara rumah satu dengan rumah yang lain sangat dekat. Jarak Rumah yang luas antara satu rumah

dengan rumah yang lain hanya bila rumah tersebut dipisahkan oleh gang. sebelah kanan Rumah SH adalah gang masuk rumah di belakang rumah SH sedangkan sebelah kiri dan depan Rumah SH merupakan kerabat SH . Masyarakat di sekitar rumah SH merupakan masyarakat yang ramah. Masyarakat memiliki hubungan yang baik dengan SH dan keluarga. SH dikenal di masyarakat merupakan orang yang ramah dan gemar menolong orang lain, sedangkan keluarga SH dikenal masyarakat sebagai keluarga yang pendiam namun ramah terhadap tetangga.

Masyarakat di sekitar rumah SH terbuka dan sama sekali tidak keberatan dengan keberadaan SH yang menderita gangguan jiwa. Masyarakat di sekitar rumah SH tidak merasa terganggu dengan keberadaan SH. Menurut tetangga selama SH sakit SH tidak pernah menyerang tetangga dan keluarga selalu cepat merespon kekambuhan SH .

Masyarakat bersimpati dengan keluarga SH karena dengan sabar dan tenang merawat SH apalagi menitipkan SH di rumah sakit dalam waktu yang lama dengan biaya yang besar, namun keluarga SH tidak pernah mengeluh dengan tetangga. Tetangga SH nampak antusias bertanya pada peneliti mengenai kapan SH akan pulang karena telah lama berada di rumah sakit

2. Keluarga dan Lingkungan RG

a. Keluarga RG

Rumah RG terletak di jalan Merpati gang Bultok RT 03 RW 06, Randu Gunting Tegal. Letak rumah RG berada di komplek perumahan padat penduduk. Jarak rumah satu dengan rumah yang lain sangat dekat. Meskipun jarak antar rumah sangat dekat, namun tidak ada rumah yang langsung

berhadapan dengan rumah RG. Lingkungan rumah RG merupakan lingkungan rumah perkotaan sehingga pada saat siang hari terlihat sepi terutama di depan rumah RG.

RG merupakan anak dari Agus dan Ibu khoiriyah. Keluarga RG merupakan keluarga besar. Jarak antara anak satu dengan yang lainnya cukup dekat yakni 2 tahun antar anak, RG sendiri merupakan anak ke 5 dari delapan bersaudara. Ayah RG seorang polisi dan ibunya seorang ibu rumah tangga. Pendidikan yang diterapkan oleh ayahnya adalah otoriter, sehinggga anak-anak cenderung patuh kepada apa yang disampaikan oleh ayahnya.

Ayah RG berminat pada hal-hal yang berhubungan dengan dunia mistis. Bila anaknya sakit ayah RG lebih memilih pengobatan secara tradisional (seperti pergi ke dukun, menyiapkan sesaji), sedangkan ibunya lebih religius dan tidak suka dengan mistik. Bila anak-anaknya sakit ibunya lebih suka membawa ke dokter dan mendekatkan diri pada tuhan.

Sebagian saudara kandung RG merantau. Di Tegal RG tinggal bersama dengan ibu dan kakak yang ke 3 Kusmawarni, RG di gang Bultok dan Kusmawarni tinggal di gang Kenari. saat ini RG hanya dekat dengan Kusmawarni. Saudara kandung RG memiliki akivitas yang padat. Kakak pertama RG tinggal di Cirebon dan seorang wiraswata yang sukses sehingga tidak ada waktu untuk merawat Rio. Kakak ke 2 RG telah meninggal karena sakit. Kakak yang ke 4 RG tinggal di Jakarta bersama dengan anaknya. Dan ke tiga adik RG bekerja di bank dan perusahaan yang bergerak di bidang informasi tekhnologi ketiganya tinggal di Jakarta.

Saudara kandung RG jarang pulang ke Tegal. Saudara kandung RG pulang jika ada peristiwa tertentu saja misalnya, ibunya sakit, atau ibunya ingin mereka pulang dan lebaran.

Sejak RG pertama kali sakit RG dirawat oleh ayahnya. setelah ayahnya meninggal, RG dirawat oleh Kusmawarni kakak ke 3 RG. Setelah menikah RG menjalani rawat jalan tidak pernah mengalami rawat inap sampai istrinya meninggal saat hamil usia 7 bulan. Setelah istrinya meninggal RG kembali kambuh dan mengalami rawat inap. RG mulai sering kambuh dan mulai menjalani rawat inap dibeberapa Rumah Sakit Jiwa.

b. Lingkungan Tempat Tinggal RG

Rumah RG terletak tidak jauh dari pusat kota tegal. Lingkungan Rumah RG awalnya bukan merupakan lingkungan padat penduduk namun seiring bertambahnya penduduk yang tinggal di Randu Gunting, lingkungan rumah RG menjadi lingkungan pada penduduk. Jarak antara rumah satu dengan yang lain sangat dekat.

Masyarakat yang berada di lingkungan rumah RG sangat heterogen. Masyarakat yang tinggal di sekitar rumah RG sebagian merupakan penduduk asli dan sebagian merupakan warga pendatang.

Masyarakat asli yang telah lama tinggal di lingkungan tempat RG tinggal telah memahami kondisi RG dan menerima RG Tetangga yang telah lama tinggal dengan RG bekerja sama dengan keluarga RG untuk mengawasi perilaku RG, terutama mengenali saat-saat RG kambuh dan segera memberitahu Kusmawarni kakak RG bila RG kambuh. Akan tetapi masyarakat yang baru tinggal di lingkungan RG tidak bisa memahami kondisi RG yang

sering kambuh sehingga tetangga baru merasa keberatan dengan keberadaan RG.

Hal ini dibuktikan dengan kejadian saat kambuh RG yang terakhir, tetangga baru di lingkungan rumah RG mendatangi rumah Kusmawarni dan mengadukan dengan marah pada Kusmawarni mengenai perilaku RG yang mengganggu. Warga baru menginginkan RG dievakuasi dari lingkungan tersebut. Anak-anak kecil yang lewat di depan rumah RG senang meledek RG dengan sebutan orang gila dan hal itu memicu kekambuhan RG.

3. Keluarga dan Lingkungan Tempat Tinggal UJ

a. Keluarga UJ

Rumah UJ berada di Jln. Bakti gang Progo RT 03 RW 07 Kebon Dalem Pemalang. Letak rumah UJ berjarak ± 500 m dari pusat kota. Rumah UJ berada di komplek gang padat penduduk. Jarak antar rumah sangat dekat tetapi tetangga dekatnya masih ada hubungan kerabat. Rumah UJ cukup sederhana, kecil tapi memanjang ke belakang

UJ merupakan anak dari Muhammad Ali (alm) dan Suemi, sebelum meninggal Ali bekerja sebagai guru sedangkan Suemi seorang ibu rumah tangga. Setelah bapaknya meninggal tangung jawab diambil alih oleh ibunya dan di bantu olek kakak tertuanya Poerwanto.

UJ merupakan anak ke 5 dari 6 bersaudara. Kakak pertama UJ, Poerwanto bekerja sebagai guru sekolah dasar dan istrinya juga bekerja sebagai guru. Kakak yang ke 2 Marlina, menjadi ibu rumah tangga, sedangkan kakak yang ke 3 Nuraeni ibu rumah tangga, Teguh kakak 4 bekerja sebagai montir di Jakarta,

UJ sendiri sekarang tidak bekerja dan adiknya yang terakhir bekerja sebagai perawat.

Keluarga UJ merupakan keluarga besar. Dari semua anak Suemi hanya UJ yang belum menikah, oleh karena itu UJ tinggal dengan ibunya. Saudara-saudara kandung UJ telah memiliki rumah sendiri. Dalam hal apapun pengambil keputusan di rumah UJ adalah kakak tertua Untung, Poerwanto. Poerwanto menentukan apakah UJ tetap dititipkan di Rumah Sakit Jiwa atau dibawa pulang ke rumah.

Pengobatan UJ telah mengeluarkan banyak biaya. Untuk rawat jalan UJ telah menghabiskan uang pensiun bapaknya akan tetapi uang pensiun belum cukup untuk membayar pengobatan UJ sehingga Poerwanto kakaknya selalu membantu ibunya untuk pengobatan UJ.

Dari semua saudara UJ, Poerwanto adalah saudara yang paling perhatian terhadap, akan tetapi saudara UJ yang lain juga tidak memperlakukan UJ secara berbeda mereka memperlakukan UJ sama dengan anggota keluarga yang lain. Poerwanto bertanggung jawab sebagai kepala keluarga menggantikan ayahnya yang telah meninggal. Poerwanto mengurus UJ mulai dari UJ sakit pertama sampai sekarang UJ berada di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo.

Anggota keluarga yang lain cukup dekat dengan UJ. Saat UJ berada di rumah UJ tidak dikucilkan. Ibu UJ sangat menyayangi UJ, Suemi melakukan berbagai cara untuk menyembuhkan UJ. Kerabat UJ juga dekat dengan

Untung, bila UJ di rumah UJ Selalu main di rumah kerabatnya. Kerabat juga memperlakukan UJ seperti biasa layaknya orang sehat.

Setelah UJ beberapa kali kambuh keluarga terus mengusahakan kesembuhan bagi UJ, terutama ibu dan kakak pertamanya. Menurut penuturan Suemi semua usaha telah dikukan Untuk kesembuhan UJ sampai hartanya habis. Namun keluarga UJ akan terus berusaha untuk menyembuhkan UJ terutama ibu dan Poerwanto sebagai kakak tertua yang memberikan perhatian lebih pada UJ.

b. Lingkungan Tempat Tinggal UJ

Keluarga UJ tinggal di pusat kota Pemalang. Jarak Rumah UJ dengan tetangga sangat dekat. Rumah UJ dengan tetangga depan rumah hanya dipisahkan oleh jalan gang yang kecil dan sempit.

Masyarakat yang berada disekitar rumah UJ cenderung bersikap cuek dengan kondisi Untung. Masyarakat tidak terlalu merasa terganggu dengan keberadaan UJ di lingkungan. Namun pemuda yang sebaya dengan UJ cenderung menghindar dan menjauhi UJ setelah mengetahui UJ menderita gangguan jiwa. UJ menarik diri setelah mengatahui teman-teman sebayanya menjauhi dirinya setelah UJ menderita ganggaun jiwa. Kondisi ini berdampak pada tertekannya kondisi psikologis UJ.

Meski teman-teman sebaya UJ menjauhi UJ namun masyarakat yang lain tidak mengucilkan keluarga UJ karena memiliki anggota keluarga pemderita gangguan jiwa. Tetangga UJ membantu keluarga untuk mengevakuasi UJ dari lingkungan dan membantu keluarga mengantarkan UJ ke rumah sakit bila UJ kambuh.

Keluarga UJ memiliki relasi yang baik dengan tetangga sekitar. Demi menjaga relasi yang baik dengan tetangga, bila UJ kambuh keluarga dengan segera mengevakuasi UJ dari lingkungan tersebut ke kantor polisi atau tempat lain yang dapat menampung UJ untuk sementara sampai UJ dibawa ke rumah sakit.

4. Keluarga dan Lingkungan Tempat Tinggal MDK

a. Keluarga MDK

Sebelum bercerai dengan istrinya MDK tinggal di *nuclear family*. Namun setelah bercerai dengan istrinya MDK tinggal di *extended family*, yaitu tinggal dengan kakak pertamanya Abdullah Abid. Abdullah Abid merupakan kakak tertua dan pengambil keputusan dalam keluarga besar MDK. Saat MDK sakit dan masih memiliki istri, Abdullah masih terlibat dalam pengambilan keputusan dan setelah bercerai Abdullah pengambil keputusan penuh terhadap pengobatan MDK termasuk perencanaan penitipan MDK di Rumah Sakit Jiwa.

MDK merupakan anak ke 2 dari 5 bersaudara. Bapak, ibu, MDK telah meninggal, dan yang bertanggung jawab atas MDK adalah Abdullah Abid kakak tertua MDK. Keluarga MDK merupakan keluarga yang terpandang di wilayah tesebut.

Setelah sakit dan berpisah dengan istrinya, MDK tinggal bersama dengan kakak tertuanya Abdullah Abid dan keluarganya. Selain bersama dengan kakak, juga tinggal bersama dengan neneknya yang juga memiliki sakit yang sama dengan MDK. Rumah MDK sendiri kosong tanpa penghuni.

Dalam kehidupan sehari-hari keluarga MDK sibuk berdagang di pasar. Pada siang hari keluarga MDK menghabiskan waktunya di pasar. Keluarga

MDK berada di pasar dari pukul 07.00-15.00. Pada pukul 07.00-15.00 rumah MDK kosong hanya ada nenek dan MDK. Sehingga pengawasan terhadap MDK sangat kurang, terutama pengawasan terhadap minum obat.

Di lingkungannya Abdullah Abid merupakan orang yang dihormati. Selain karena dia memliki banyak toko di pasar, Abdullah Abid juga seorang Haji dan orang yang berpengaruh di lingkungan tersebut. Karena merupakan salah satu orang yang terpandang, nama baik keluarga sangat dijaga. Memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa merupakan hal yang memalukan terutama bagi Abdullah Abid. Hal ini dapat terlihat dari perilaku Abdullah Abid yang kurang senang dengan kedatangan peneliti. Kedatangan peneliti sempat ditolak oleh Abdullah Abid, tapi kemudian Abdullah mau untuk diwawancarai.

b. Lingkungan Tempat Tinggal MDK

Rumah MDK berada di daerah Bangsri RT 01 RW 06 Kecamatan Bangsri Kabupaten Jepara. Rumah MDK berjarak ±28 km dari pusat kota. Suasana di lingkungan rumah MDK masih kental dengan suaana pedesaan yang ramah. suasana pedesaan tersebut terlihat pada saat peneliti mencari rumah MDK. Saat itu tetangganya langsung menghampiri dan mengantarkan peneliti ke rumah Abdullah Abid, kakak MDK. Meskipun rumah tetangga tersebut jauh dari rumah MDK akan tetapi masih bisa mengenali Abdullah Abid.

Selain ramah, di tempat tinggal MDK masih terasa nuansa gotong royong. Hal ini terlihat pada sikap para tetangga MDK yang membantu keluarga MDK mencari pengobatan yang terbaik bagi MDK meski tanpa diminta oleh keluarga MDK.

Tetangga MDK menunjukkan sikap yang terbuka dengan orang lain tidak terkecuali dengan MDK. Para tetangga MDK tidak pernah keberatan MDK kembali ke lingkungannya meski MDK terkadang membuat para tetangga takut. Para tetangga MDK merasa heran dengan rawat inap yang terakhir yang dijalani oleh MDK, menurut tetangga tidak biasanya MDK menjalani rawat inap begitu lama. Para tetangga sempat menanyakan MDK kapan pulang pada peneliti.

Masyarakat yang tinggal di lingkungan MDK merasa takut bila MDK berada di rumah terutama saat MDK barada di luar pada siang hari. Namun ketakutan para tetangga tidak menjadikan tetangga menolak kedatangan MDK. Masyarakat di sekitar rumah MDK telah memahami kondisi MDK sehingga masyarkat telah memiliki cara tersendiri untuk menghindari rasa khawatir bila MDK berada di rumah. Salah satu cara untuk menghindari rasa khawatir akan diserang MDK yaitu dengan cara tidak melihat ke arah MDK dan tidak menyapa MDK bila tetangga akan melewati jalan di depan rumah MDK.

Masyarakat di sekitar rumah MDK masih memegang nilai-nilai pedesaan hal ini terlihat dari sikap Masyarakat yang memberikan penghargaan yang lebih terhadap kakak MDK yang seorang haji. Masyarakat sangat menghormati Abdullah kakak MDK. Hal ini nampak pada perilaku tetangga MDK terhadap peneliti, pada saat salah satu tetangga MDK akan mengantarkan peneliti ke tempat kerja kakak MDK akan tetapi beliau tidak bisa maka tetangga tersebut mencari tetangga yang lain untuk mengantarkan peneliti menemui kakak

MDK. Penghargaan masyarakat terhadap kakak MDK membuat Abid kakak MDK merasa malu memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB 5
TEMUAN PENELITIAN

Bagian ini akan menjelaskan mengenai temuan-temuan yang diperoleh selama penelitian, mulai dari pelaksanaan penelitian, kendala yang dihadapi selama penelitian serta gambaran tentang ke empat subjek yang diperoleh melalui wawancara, observasi dan catatan lapangan.

5.1 Proses Penelitian

5.1.1 Pra Penelitian

Sebelum melakukan penelitian mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa, terdapat beberapa langkah yang dilakukan. Langkah pertama adalah melakukan studi pendahuluan.

Studi pendahuluan yang dilakukan bertujuan untuk mengetahui fenomena kesiapan keluarga pasien rawat inap gangguan jiwa, khususnya yang berada di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo Semarang. Studi pendahuluan ini dilakukan dengan memberikan angket kepada keluarga pasien rawat inap yang menjenguk anggota keluarga. Hasil dari studi pendahuluan digunakan sebagai bahan acuan bagi pembuatan latar belakang skripsi mengenai kesiapan keluarga mengahadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa.

Setelah melakukan studi pendahulan dan membuat latar belakang, maka langkah selanjutnya adalah penetapan dasar teori dan kajian pustaka. Dasar teori

mengenai kesiapan keluarga digunakan untuk membahas kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa, sedangkan kajian pustaka berfungsi untuk memperkuat penelitian yang akan dilakukan.

Langkah selanjutnya dari proses pra penelitian adalah memilih metode penelitian yang tepat untuk digunakan dalam penelitian ini. Penelitian ini menggunakan jenis pendekatan kualitatif, di mana metode yang digunakan adalah metode observasi dan wawancara.

Wawancara yang digunakan dalam penelitian ini bersifat *indepth interview*, atau wawancara mendalam. *Indepth interview* berfungsi untuk menggali data penelitian secara mendalam. Hal ini dilakukan agar fenomena atau kasus penelitian yang diangkat dapat diketahui dengan jelas.

Kemudian, setelah memilih metode penelitian yang tepat, maka langkah selanjutnya adalah membuat instrumen penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah catatan lapangan dan *interview guide*.

5.1.2 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dimulai dengan menggali data di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo Semarang. Adapun data yang digali mengenai gambaran umum Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo, layanan yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat, usaha rumah sakit untuk memberikan informasi mengenai gangguan jiwa, data pasien dan keluarga, serta hubungan rumah sakit dengan keluarga pasien yang mengalami rawat inap.

Tahap selanjutnya, penggalian data penelitian dilakukan dari keluarga pasien yang mengalami rawat inap di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo.

Keluarga pasien yang dijadikan subjek penelitian adalah keluarga dari pasien yang telah mengalami rawat inap melebihi batas waktu perawatan yang ditentukan oleh pihak rumah sakit, yakni selama 20 hari. Keluarga pasien tersebut adalah keluarga dari SH, RG Gusmanto, MDK dan UJ. Keluarga SH berada di Kudus, RG Gusmato berada di Tegal, UJ berada di Pemalang dan keluarga MDK berada di Jepara.

Penelitian terhadap keluarga pasien dimulai dengan mendatangi keluarga RG di Tegal. Penelitian dilakukan pada keluarga RG berlangsung selama satu minggu. Hari pertama digunakan untuk mencari rumah RG dan wawanacara dengan ibu RG. Hari ke dua sampai hari ke tiga digunakan untuk menggali data dengan melakukan observasi pada lingkungan rumah RG dan lingkungan Rumah kakak kandung RG, Kusmawarni. Hari keempat digunakan untuk wawancara dengan kerabat RG, hari kelima digunakan untuk wawancara dengan tetangga terdekat RG dan hari keenam digunakan untuk wawancara dengan Kusmawarni kakak RG yang selama ini mengurus RG.

Penelitian kedua dilakukan denggan menggali data dari keluarga subjek penelitian ke dua yakni keluarga UJ . Penelitian dilakukan selama tiga hari. Hari pertama digunakan untuk mencari rumah UJ dan mewawancarai tetangga UJ. Hari ke dua dilakukan penggalian data melalui wawancara dengan ibu UJ. Sementara, hari ke tiga wawancara dilakukan dengan kakak UJ , yakni Poerwanto, kakak tertua UJ yang mengurusi segala keperluan UJ.

Setelah selesai dengan subjek kedua, maka penelitian dilanjutkan kepada subjek ketiga, yakni keluarga MDK di Jepara. Penggalian data pada keluarga

MDK dimulai dengan wawancara dengan kakak MDK Abdullah Abid, yang berperan untuk mengurus segala keperluan MDK Kemudian, penelitian dilanjutkan dengan mewawancarai tetangga dan kerabat MDK

Penggalian data dari subjek terakhir dilakukan di Kudus, yakni dengan mendatangi keluarga SH. Awal penggalian data dari keluarga SH dilakukan peneliti melalui keponakan SH, yakni orang yang mengurus SH secara langsung. Setelah itu, wawancara dilanjutkan dengan beberapa saudara SH yang terlibat langsung dalam merawat SH. Wawancara mengenai SH di Kudus diakhiri dengan mewawancarai tetangga SH, yang ternyata masih memiliki hubungan kerabat dengan SH.

5.2 Temuan penelitian

5.2.1 Gambaran Subjek Penelitian

5.2.1.1 kesiapan keluarga pasien

Subjek penelitian pada penelitian mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa, adalah keluarga pasien beserta pasien yang menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Semarang. Keluarga yang menjadi subjek penelitian merupakan keluarga dari pasien yang telah lama berada di Rumah Sakit Jiwa, selain karena pasien yang menjadi subjek penelitian memiliki jenis gangguan jiwa yang sama, yakni skizofrenia.

1) Subjek Pertama (SH dan Keluarga)

a. Kondisi Kesiapan Psikologis Keluarga SH

Ketika pertama kali SH sakit dan dimasukkan kerumah sakit, keluarga rajin menjenguk SH, serta membawa SH pulang tepat sesuai dengan masa perawatan yang telah ditentukan rumah sakit. Hal ini juga berlanjut ketika beberapa kali SH harus keluar masuk rumah sakit. Keluarga tetap menjenguk dan memperhatikan SH. Jika masa penjemputan pulang, maka SH akan dibawa pulang ke rumah. Di rumah, keluarga memperlakukan SH seperti sebelum SH sakit, keluarga tidak mengucilkan SH. Keluarga membantu SH dalam merawat diri, misalnya keluarga mmengingatkan SH ketika jadwal SH minum obat tiba, keluarga mengantar SH melakukan pemeriksaaan rutin sesuai dengan jadwal yang ada.

Kekambuhan SH yang berulangkali membuat keluarga merasa beban terutama istri dan anggota keluarga yang satu rumah dengan SH. Meskipun mulai merasa beban dengan sakit SH yang mulai sering kambuh, saat SH berada di Rumah Sakit Jiwa keluarga tetap menjenguk. Namun waktu pulang keluarga mulai menunda kepulangan meskipun SH tetap dibawa pulang ke rumah.

Setelah menderita gangguan jiwa cukup lama, SH harus rajin minum obat yang diberikan dokter. SH harus tepat meminum obat sesuai dengan petunjuk dokter. Namun SH merasa jenuh setiap hari harus meminum obat. Menurut keluarga SH merasa bosan setiap hari harus minum obat.

SH tidak mau minum obat bila telah tiba waktu minum obat. SH membuang obat yang harus diminum ke kolong tempat tidur atau tempat-tempat tersembunyi. Keluarga tidak tahu waktu untuk membuang obat oleh

SH, kecuali menemukan obat-obat tersebut di sudut ruangan. Menurut keluarga SH selalu berusaha membuang obatnya kerena SH merasa bosan.

Kondisi SH yang sulit untuk meminum obat yang telah diberikan dokter membuat kesiapan keluarga untuk merawat SH menjadi berkurang. Setiap SH tidak mau minum obat SH akan marah-marah atau SH akan membuang obat tanpa sepengetahun keluarga. Perilaku SH yang tidak mau minum obat berakibat pada kekambuhan SH dan SH kembali menjalani rawat inap di rumah sakit.

Setiap berada di rumah sakit kondisi SH selalu membaik. SH secara teratur mau minum obat yang diberikan dokter dan tidak pernah membuang obat yang diberikan oleh dokter. Hal ini membuat keluarga merasa tidak siap untuk membawa pulang SH, karena bila SH berada di rumah SH akan kembali tidak mau minum obat yang diberikan dokter. Keluarga merasa SH lebih baik berada di rumah sakit.

Awal SH sakit keluarga SH menerima dengan sabar dan siap merawat SH. Hal ini dibuktikan dengan keluarga SH menjemput SH dengan tepat waktu dan rajin mengantar SH kontrol ke Rumah Sakit Jiwa Semarang. Setelah SH menikah dan kondisi SH semakin sering kambuh kondisi kesiapan keluarga berubah. Hal ini di tunjukkan dengan perkataan keluarga dalam wawancara yang menyatakan :

"baru kambuh yang sekarang ini kok mba dulu-dulu juga sering dibawa pulang kok mba kalau pakdhe kambuh"(W.20 : 04)

Kondisi kesiapan keluarga mulai berubah seiring dengan mulai sering kambuhnya gangguan jiwa yang diderita SH saat bercerai dengan istrinya.

Saudara-saudara SH telah memiliki keluarga sendiri dengan adanya SH maka beban tanggung jawab keluarga yang terkena tanggung jawab SH bertambah menjadi dua kali yakni tanggung jawab atas keluarga sendiri dan tanggung jawab untuk merawat SH. Hal ini merepotkan saudara yang diberi tanggung jawab untuk merawat SH.

Keluarga menerima kondisi SH yang mengalami gangguan jiwa. Namun keluarga tidak siap untuk menerima kembali SH pulang ke rumah. Keluarga menerima kondisi SH ditunjukkan dengan keluarga tidak merasa gangguan jiwa yang diderita SH merupakan suatu beban. Keluarga lebih merasa bagian dari takdir yang harus dijalani dan disyukuri.

Paman SH sebagai kerabat terdekat SH ikut membantu keluarga SH. Paman SH meski pernah diserang oleh SH saat SH kambuh akan tetapi tetap membantu untuk kesembuhan SH. Paman SH membantu mempermudah SH untuk masuk kembali ke rumah sakit.

Kerabat SH tidak merasa malu memiliki memilki kerabat yang memiliki gangguan jiwa. Kerabat SH merasa kagum dengan keluarga SH meski telah bertahun-tahun merawat SH dan SH tidak menunjukkan kondisi yang baik tetapi keluarga masih memilki motivasi yang tinggi. Menurut kerabat dekat SH meski dalam membiayai perawatan SH keluarga SH merasa berat namun keluarga SH tidak pernah mengeluh kepada kerabat atau keluarga dekat yang lainnya.

Menurut paman SH, sikap keluarga SH yang tetap memiliki motivasi yang tinggi untuk menyembuhkan SH membuat kerabat merasa tergugah

untuk membantu keluarga SH. Kerabat SH tetap memberikan perhatian pada SH selama SH berada di rumah sakit. perhatian kerabat SH ditunjukkan dengan menjenguk SH bila ada kesempatan atau waktu libur. Kerabat juga mengikuti acara keluarga SH untuk lebaran bersama di rumah sakit bila hari raya datang.

Menurut kerabat SH, tetangga sekitar tidak keberatan dengan kembalinya SH ke lingkungan, hal ini dikarenakan SH merupakan pribadi yang ramah dan baik sebelum SH sakit. Kerabat SH tidak merasa SH membahayakan orang lain, hal ini disebabkan selama SH kambuh SH tidak pernah melukai tetangga sekitar. Selama SH di rumah, bila SH kambuh SH salalu mengurung diri di rumah.

b. Kondisi Kesiapan Masyarakat Sekitar Rumah

Rumah SH berada di lingkungan perkotaan namun masyarakat yang tinggal di lingkungan tempat tinggal SH masih menunjukkan keramahan seperti halnya masyarakat yang ada di lingkungan pedesaan. Tetangga SH sangat ramah dengan keluarga SH. Masyarakat di lingkungan tempat tinggal SH sering mengajak berbincang SH meski SH telah menderita sering kambuh. Masyarakat tidak keberatan dengan adanya SH di lingkungan mereka. Masyarakat tidak merasa malu karena memiliki warga yang menderita gangguan jiwa. masyarakat mengenal baik terhadap SH. Bagi warga sekitar, SH merupakan tetangga yang baik terhadap tetangga dan suka menolong orang lain. Selama ini bila SH kambuh para tetangga juga tidak

mengucilkan SH. Masyarakat berusaha membantu SH dengan sering mengajak beraktifitas dan bercengkrama dengan SH.

Hubungan masyarakat dengan SH tetap baik, meskipun SH telah lama tidak pulang. Saat terakhir SH pulang ke rumah, masyarakat menyambut ramah kehadiran SH. Masyarakat tidak mengucilkan SH, masyarakat juga tidak keberatan jika SH kembali ke lingkungan mereka. Masyarakat tidak merasa takut ketika SH kambuh. Hal ini disebabkan setiap SH kambuh SH tidak pernah keluar dari rumah dan keluarga cepat tanggap dengan kekambuahan SH. Masyarakat yang tinggal di sekitar lingkungan tempat tinggal SH sudah lama tidak melihat SH kambuh. Setiap kambuh keluarga langsung membawa ke Rumah Sakit Jiwa Semarang.

Masyarakat di tempat tinggal SH mendukung agar keluarga merawat SH di rumah kecuali bila SH kambuh. pertimbangan tetangga SH sudah terlalu lama tinggal di RSJ dan SH merupakan orang yang baik. Masyarakat tidak menganggap gangguan jiwa SH merupakan hal yang membahayakan bagi warga, masyarakat masih mau beraktivitas bersama seperti pengajian dan olah raga bersama SH.

c. Masyarakat di lingkungan tempat tinggal SH memandang gangguan jiwa yang diderita oleh SH merupakan suatu penyakit jiwa yang mirip dengan penyakit fisik. Menurut masyarakat di lingkungan tempat tinggal SH, penyakit jiwa tidak selamanya kambuh terkadang penderita dalam kondisi membaik namun terkadang kambuh kembali oleh karena itu masyarakat tidak mengucilkan SH.

Faktor Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga SH

1) Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan menjadi faktor yang paling diperhatikan oleh keluarga untuk menunda kepulangan SH. Lingkungan rumah yang sangat berdekatan dengan rumah lainnya membuat keluarga takut bila SH kambuh dan akan menyerang tetangganya ketika tidak ada keluarga yang mengawasi di rumah, meskipun hal itu tidak pernah dilakukan oleh SH. Selama SH kambuh di rumah, hanya sekali menyerang orang lain yakni paman SH sendiri. Menurut keluarga, SH menyerang pamannya karena SH merasa marah terhadap pamannya.

2) Faktor Pengalaman pada Kekambuhan (*relaps*)

Faktor kemungkinan kambuh kembali juga menjadi alasan keluarga tidak siap untuk membawa SH pulang ke rumah. Bila di rumah, SH lebih mudah kambuh daripada di rumah sakit. Menurut keluarga setiap kali kambuh, SH selalu menjadi semakin parah terutama perilaku mara-marah yang dmunculkan. Keluarga merasa khawatir bila marah-marah SH akan mengamuk dan lari keluar melukai tetangga meskipun SH tidak pernah melukai tetangga sekitar.

Menurut keluarga, bila SH dibawa pulang maka SH tidak akan mau kembali ke rumah sakit jika suatu saat mengalami kekambuhan kembali. Keluarga merasa bila SH di rumah perlu pengawasan khusus. SH perlu didampingi setiap saat bila berada di rumah terutama saat siang hari. Karena keluarga takut sewaktu-waktu SH akan kambuh.

3) Gagalnya Keluarga Menjadi Bagian dari *Treatment*

Keluarga tidak menyadari bahwa kondisi keluarga merupakan bagian dari *treatment* yang dijalani oleh SH melalui penyesuaian pola perilaku keluarga terhadap SH. Gagalnya keluarga menjadi bagian dari *treatment* terlihat dari sikap *over protective* keluarga terhadap SH. Hal ini juga dibuktikan dengan adanya anggapan keluarga bahwa SH harus selalu didampingi dan diawasi setiap saat. Keluarga tidak mengijinkan SH untuk melakukan aktivitas sehari-hari, seperti mencuci baju sendiri, menyapu. Bahkan keluarga takut bila SH melakukan aktivitas di luar rumah, seperti berjalan-jalan dan berkumpul dengan tetangga. Sikap *over protective* keluarga terhadap SH yang membatasi aktivitas SH, membuat SH lebih banyak diam selama berada di rumah.

Gagalnya keluarga menjadi bagian dari *treatment* juga terlihat dari kurang pahamnya keluarga mengenai pola gangguan jiwa yang dialami oleh SH. Keluarga mengetahui bahwa gangguan yang dialami SH memiliki gejala halusinasi dan terkadang depresi, akan tetapi depresi yang dialami SH relatif ringan. Keluarga cukup mengetahui hal-hal yang paling dapat memicu kekambuhan gangguan jiwa yang diderita oleh SH, yakni tidak meminum obat secara teratur. Keluarga memahami bila SH harus kontrol jika obat yang diberikan oleh dokter akan habis. Namun keluarga kurang berhasil menjaga pola minum obat SH.

Keluarga cukup mengetahui adanya perubahan perilaku yang dialami SH. Misalnya, sebelum sakit SH adalah orang yang ramah, suka berbagi dengan orang lain. Namun setelah sakit SH menjadi pendiam. Keluarga juga mengenali

tanda-tanda gangguan jiwa yang dialami SH, misalnya saat SH akan kambuh maka SH sering mondar-mandir, pembicaraannya mulai sukar dipahami oleh orang lain dan isi pembicaraannya tidak masuk akal.

4) Pola Hubungan dengan Rumah Sakit

Keluarga memandang secara positif terhadap pihak rumah Sakit Jiwa. menurut keluarga rumah sakit adalah patner untuk merawat SH. Keluarga bisa bertanya mengenai seputar pengetahun mengenai gangguan jiwa. Menurut keluarga sebagai patner rumah sakit untuk merawat SH keluarga harus lebih proaktif untuk bertanya kepada pihak rumah sakit mengenai setiap perkembangan SH di rumah sakit. Sejauh ini keluarga merasa Rumah sakit merupakan patner yang baik dalam merawat SH. Menurut keluarga memng pihak rumah sakit tidak memberikan informasi kepada keluarga bila keluarga sendiri tidak bertanya mengenai perkembangan anggota keluarganya selama berada di rumah sakit.

5) Pesimisme Masa Depan Pasien

Keluarga memandang secara positif mengenai harapansembuh dari sakit yang dialami oleh SH. Keluarga tahu jika SH bisa sembuh akan tetapi sewaktu-waktu bisa kambuh kembali bila ada pencetusnya. Menurut keluarga, bila ada pembantu yang secara khusus merawat SH, maka keluarga optimis SH tidak akan kambuh kembali. Akan tetapi, tidak ada orang yang mau bekerja khusus untuk merawat SH. Hal ini menjadi pertimbangan paling berpengaruh dalam keluarga ketika hendak menitipkan SH di rumah sakit.

Menurut keluarga SH, rumah sakit merupakan tempat keluarga untuk menggali informasi dan mengetahui hal-hal mengenai gangguan jiwa. Keluarga bisa bertanya bebas mengenai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

2) Subjek ke Dua

a. Kondisi Kesiapan Keluarga RG

Awal RG sakit keluarga selalu membawa RG untuk berobat. Keluarg membawa RG ke Rumah Sakit Jiwa bila RG kambuh. Setelah RG kambuh keluarga akan membawa pulang RG ke rumah dengan tepat waktu. Keluarga antusias dengan setiap pengobatan yang RG jalani. Keluarga mengantar RG kontrol ke RSJ Semarang dan mengingatkan RG untuk selalu minum obat.

Setelah menikah yang mengantar RG kontrol dan mengingatkan minum obat adalah istri RG. Namun setelah istri RG meninggal keluarga besar RG kembali merawat RG. Ayah dan ibu RG keluarga yang merawat pertama kali setelah istri RG meninggal. Ayah RG selalu siap untuk membawa RG berobat setiap kali RG kambuh. Setelah Ayah RG meninggal tanggung jawab perawatan RG pindah pada Kusmawarni sebagai saudara yang terdekat dengan tempat tinggal RG. Namun saudara lain RG antusias untuk merawat RG sehingga saudara RG meminta merawat RG secara bergantian.

Di Tegal RG tinggal bersama dengan ibunya. Akan tetapi setelah beberapa kali kambuh frekuensi kambuh RG semakin sering. Setiap kali kambuh kondisi RG semakin parah. Semua barang yang ada di rumah rusak saat RG kambuh dan mengamuk mulai dari TV, telpon, barang pecah belah dll.

Kekambuhan RG yang frekuensinya semakin sering dari tahun ke tahun menyebababkan Kusmawarni merasa berat untuk merawat RG. Keluarga mulai sering menunda kepulangan RG bila RG menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa. RG mulai menjalani rawat inap lebih dari dua bulan setelah RG sempat hilang saat RG tinggal di Jakarta.

Kerabat RG, yakni tante RG cenderung menajuhi RG bila RG berada di rumah. Menurut tante RG, kerabat menjauhi RG karena takut dengan RG. Selain tekut kerabat RG merasa bingung berkomunikasi dengan RG karena bicara RG terkadang kacau dan tidak Realistis.

RG juga memilki kecurigaan yang tinggi terhadap orang lain. Bila berkomunikasi dengan RG harus berhati-hati dalam berbicara, hal ini dikarenakan bila salah bicara dengan RG dapat menimbulkan rasa curiga pada diri RG sehingga kerabat lebih memilih untuk tidak berkomunikasi dengan RG.

b. Kesiapan Masyarakat Tempat Tinggal RG

Masyarakat di lingkungan tempat tinggal RG telah memaklumi gangguan jiwa yang dialami oleh RG. Masyarakat terkadang merasa terganggu dengan keberadaan RG terutama saat RG kambuh. Menurut masyarakat RG selalu berusaha menyerang orang lain bila keluar rumah, perilaku RG ini membuat para tetangganya merasa khawatir dan merasa tidak nyaman dengan keberadaan RG terutama saat RG keluar rumah. sebagian masyarakat tidak keberatan dengan adanya RG dilingkungannya namun sebagian lagi merasa keberatan dengan adanya RG di lingkungannya.

Masyarakat yang keberatan dengan RG, dikarena kehadiran RG telah mengganggu ketenangan dan kenyamanan para warga. Keberatan Masyarakat ditunjukkan dengan sikap warga yang mendatangi rumah Kusmawarni yang merupakan kakak RG, warga meminta agar RG segera dipindahkan dari lingkungan tempat tinggal meraka karena telah mengganggu warga. Menurut para tetangga selama RG berada di rumah RG sering mengejar para warga yang melewati rumahnya terutama anak-anak. Kondisi ini meresahkan para warga yang memiliki anak kecil.

Tetangga yang tidak keberatan dengan keberadaan RG, adalah tetangga yang telah lama bertetangga dengan RG. Rata-rata dari tetangga tersebut merupakan warga asli yang telah mengenal RG dari masa RG kecil sehingga telah memahami kondisi RG.

Walaupun terdapat 2 kelompok tetangga yang menerima dan yang keberatan dengan keberadaan RG namun ketua RW setempat telih memilih untuk memberi saran pada keluarga RG agar RG dipindahkan dari lingkungan karena telah meresahkan sebagian masyarakat yang bertempat tinggal di lingkungan tersebut.

Para tetangga yang menerima RG mengharapkan agar keluarga bisa membawa pulang RG dari rumah sakit namun pada para tetangga RG yang merasa kebertan dengan RG merasa RG lebih baik RG berada di rumah sakit. Masyarakat disekitar tempat tinggal RG selalu bersikap waspada dalam menghadapi kepulangan RG. tetangga menjadi lebih hati-hati ketika RG berada di rumah terutama bagi warga yang memiliki anak yang masih kecil.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga RG

1) Gagalnya keluarga sebagai bagian dari *treatment*

Keluarga RG tidak merasa bahwa keluarga adalah bagian dari *treatment*. Seperti halnya RG yang tidak boleh berhenti untuk mengikuti *treatment* dari dokter, keluarga juga seharusnya tidak berhenti untuk menyesuaikan dengan perilaku RG. Namun keluarga merasa semakin hari RG semakin menjadi beban bagi keluarga. Hal ini terlihat dari Kusmawarni yang merasa semakin hari RG semakin menjadi beban bagi Kusmawarni.

Menurut Kusmawari kondisinya yang semakin tua dan tidak ada saudara yang lain yang mau merawat RG membuat Kusmawarni bingung dan lebih memilih menitipkan RG di Rumah Sakit Jiwa. Hal ini terlihat dari petikan wawancara sebagai berikut :

"saya mikir mending dia di sana saja selamanya, kalau di sini juga saya gak bisa selamanya ngurusi dia saya kan sudah tua kalau saya nggak ada yang mau ngurusi dia siapa mba, lebih baik dia di sana saja" (W.12 : 13)

Kusmawarni merasa kondisinya sudah tua dan meresa tidak sanggup untuk terus merawat RG. Hal ini mendorong Kusmawarni menjadi tidak siap untuk menerima RG kembali ke rumah.

Gagalnya keluarga berperan sebagai bagian dari *treatment* juga terlihat dari pengetahuan mengenai gangguan jiwa yang cukum memadai. Keluarga mengetahui tanda-tanda gangguan jiwa, jenis gangguan jiwa yang dialami RG dan pencetus kambuhnya gangguan yang dialami oleh RG. Akan tetapi keluarga tidak bisa menyesuaikan dengan pola perilaku keluarga dengan pola perilaku RG.

Menurut Kusmawarni gangguan jiwa yang dialami oleh RG disebabkan oleh ketidakmauan RG untuk menerima kenyataan hidup yang terjadi dalam kehidupan RG. RG tidak mau menerima kenyataan bahwa saudara kandung RG yang lain jauh lebih sukses dari RG. Setiap RG saudaranya pulang ke Tegal RG selalu kambuh seperti mengamuk, marah-marah tanpa sebab, merusak perabotan rumah. Hal ini membuat saudara RG enggan untuk pulang ke Rumah RG atau menjenguk RG di Rumah. Kondosi ini diketahui dari petikan wawacara sebagai berikut :

"Menurut ibu apa yang menyebabkan pak RG mengalami gangguan jiwa ? "

Kus "Penyebabnya banyak, tapi pada dasarnya dia tidak bisa menerima realita kehidupannya, dia tidak bisa menerima realita kalau dia sakit jiwa, dia tidak bisa menerima kenyataan kalau saudaranya jauh lebih sukses darinya, kakaknya, adiknya jauh lebih sukses, dia tidak terima kalau adiknya mapan sampai sekarang adiknya punya mobil lima kalau ke sini mobilnya ganti-ganti, kalau ada saudara yang pulang dari Jakarta ya dia kambuh karena tidak bisa menerima kenyataan kalau adiknya jauh lebih sukses.(W.12 :6)

Selain Kusmawarni saudara kandung RG, Eva keponakan RG juga memahami bahwa gangguan jiwa dapat disebabkan dari karena ada pencetus yang meyebabkan RG kambuh kembali. Hal ini dapat terlihat dari petikan wawancara yang dilakukan kepada Eva :

"Satu masalah muncul karena ada apa gitu ya ini kan kenyataan sih ya mba umpamanya dia pernah muncul apa dia tersinggung omongan apa nanti, pernah kan simbah bilang mbah adiknya mbah kamu nggak main ke mbakyu kamu sana nanti omnya bilang jadi kamu yang seringnya ngompor-ngompori nanti merasa begitu yang ngajak ngomong malah jadi serba salah"(W.13 :24).

Menurut keluarga gangguan jiwa yang dialami oleh RG juga disebabkan pendidikan yang diterapkan oleh keluarga. Pendidikan yang diterapkan oleh orang tua RG berbeda antara ayah dan ibu. Menurut Kusmawarni orang tua

mendidik dengan dualisme, yakni ayah mengajarkan untuk percaya dengan hal-hal yang berhubungan dengan mistik. Ayah RG lebih memilih untuk mengobati anak-anaknya ke dukun atau paranormal bila anak-anak sakit. Ibu RG berbeda dengan ayah RG. Ibu RG mengajarkan untuk tidak mempercayai hal-hal yang berhubungan denga mistik dan lebih mndekatkan diri dengan tuhan. Ibu RG mengajarkan untuk lebih percaya pada tuhan daripada percaya dengan hal-hal mistik. Menurut Kusmawarni pendidikan dualisme menyebabkan RG dan saudara yang lain bingung dalam menerapkan dalam kehidupan sehari-hari. RG sendiri lebih mempercayai hal-hal mistik dan lebih memilih pengobatan alternatif dengan pergi paranormal daripada berobat dengan jalan medis. Kusmawarni kakak RG lebih mempercayai hal-hal yang logis daripada hal-hal yang mistik. Kusmawarni lebih mempercayai dokter daripada dengan dukun atau paranormal.

Keluarga mengenali perubahan perilaku yang terjadi pada diri RG setelah mengalami gangguan jiwa. Sebelum terkena gangguan jiwa RG merupakan pribadi yang pendiam, ramah dan senang bergaul. Menurut Kusmawarni RG dulu senang bermain sampai disepanjang jalan Merpati mengenal RG. Akan tetapi setelah mengalami gangguan jiwa RG tidak lagi senang bergaul dan lebih suka berada di rumah. Sedangkan menurut kerabat, RG berubah menjadi lebih sensitif, mudah tersinggung, mudah curiga dengan orang lain.

Keluarga mengetahui RSJ Semarang semenjak RG sakit untuk pertama kali. Keluarga mengetahui gangguan jiwa sebagai penyakit seperti halnya penyakit fisik sehingga keluarga mengetahui Rumah Sakit Jiwa sebagai rumah

sakit bagi penderita gangguan jiwa. Kerabat RG juga mengetahui RSJ Semarang dari saudara RG karena salah satu saudara RG menjadi seorang perawat. Sedangkan tetangga RG mengetahui informasi tentang RSJ Semarang karena para tetangga sering mengantar RG ke RSJ Semarang saat RG kambuh.

2) Lingkungan Tempat Tinggal RG

Menurut Kusmawarni kondisi lingkungan yang sudah mengalami perubahan menjadi pertimbangan Kusmawarni untuk tetap menitipkan RG di rumah Sakit Jiwa Semarang. Kusmawarni mempertimbangkan lingkungan tempat tinggal RG yang sekarang menjadi padat penduduk tidak seperti dulu lagi. Apallagi kekambuhan RG yang terakhir sempat melukai seoarang penjual es keliling. Hal ini membuat warga sekitar merasa resah dengan keberadaan RG. Maka warga yang merasa resah mendatangi keluarga RG yang dijalan Kenari dan meminta untuk segera mengevakuasi RG dari tempat tersebut. Hal ini terlihat dari petikan wawancara sebagai berikut :

"Soalnya kambuh yang kemarin tukang es keliling itu mau dipukul sama RG UJ gak jadi warga jadi takut. RG itukan sakit sudah lama ya sebelum lingkungan disini jadi padaat akan rumah, dulu di sekitar rumah kita belum banyak rumah mba kalau sekarang sudah padat banget rumah kita jadi yang paling jelek, ya kalau tetangga yang tahu dari dulu ya sudah biasa dengan kehairan RG ya gak terima sama kehadiran RG "(W.12 : 13)

Lingkungan tempat tinggal RG tidak mengucilkan RG terutama tetangga yang telah mengenal RG sejak lama. Para tetangga terdekat RG tidak mengucilkan RG meskipun RG mengalami gangguan jiwa yang sewaktu-waktu dapat kambuh. Menurut tetangga RG hubungan denga RG tetap seperti biasa meskipun warungnya pernah menjadi korban saat RG kambuh. Tetangga RG

tetap bergaul dengan RG ketika RG bermain keluar bila RG mengajak ngobrol maka tetangga RG tetap mau diajak ngobrol oleh RG.

Menurut tetangga, RG termasuk orang yang pendiam akan tetapi sopan dan ramah dengan tetanaga. Bila ada masalah RG tidak pernah cerita dengan siapapun lebih suka menyimpan sendiri. Akan tetapi dengan ada beberapa tetangga yang menjadi teman dekat RG. Bila sudah sembuh atau baru pulang dari rumah sakit RG main ketetangga yang dekat dengan RG dan berbincang-bincang. Namun semenjak sering kambuh RG jarang sekali keluar rumah. RG keluar rumah biasanya hanya untuk membeli makan dan membeli rokok.

Lingkungan tempat tinggal RG mempengaruhi kesiapan keluarga RG untuk membawa RG kembali ke Rumah.perubahan linkungan yang terjadi di sekitar Rumah RG menjadikan keluarga tidak siap untuk menerima kembali ke Rumah. Ketika pertama kali RG sakit, lingkungan sekitar RG merupakan lingkungan yang jarang penduduk. Akan tetapi, seiring dengan perkembangan jaman, penduduk di sekitar rumah RG semakin bertambah. Lingkungan yang tadinya jarang peduduk menjadi lingkungan padat penduduk. Jarak antar rumah di tempat tinggal RG sekarang sangat berdekatan. Padatnya rumah di tempat tinggal RG menjadikan jalan yang tadinya lebar menjadi jalan kecil dan sempit.

Lingkungan yang mengalami perubahan ini menjadikan keluarga RG mengalami perubahan kesiapan. Sebelum lingkungan RG berubah menjadi lingkungan yang padat penduduk keluarga RG selalu siap untuk membawa pulang RG ke rumah. Akan tetapi setelah lingkungan berubah dan penduduk

yang tinggal di lingkungan tempat tinggal RG semakin bertambah keluarga RG menjadi tidak siap untuk menerima kembali RG pulang ke rumah.

Tetangga RG menyadari perlunya bantuan lingkungan sekitar untuk membantu menyembuhkan. Menurut tetangga terdekat RG sakit yang dialami RG juga disebabkan oleh lingkungan terutama lingkungan keluarga sebagai orang yang terdekat dengan RG. Menurut tetangga selama ini keluarga RG sibuk di Jakarta RG di rumah sendiri hanya dengan ibunya yang sudah tua. Sehingga tidak ada yang mengontrol perilaku minum obat RG. Kehadiran tetangga sangat membantu, selama ini tetangga bekerja sama mengawasi RG bila RG berada di rumah terutama tetangg lama RG. Bila RG kambuh tetangga segera menelpon keluarga dan bersama-sama menangkap RG dari dalam Rumah untuk diantarkan ke rumah sakit. Tetangga ligkungan rumah RG biasa mengantar RG ke Rumah Sakit Jiwa.

Saat pertama kali sakit RG masih di rawat oleh ayah RG, Agus. Agus membawa RG berobat ke dukun kemudian di rumah menyiapkan sesaji. Akan tetapi oleh Kusmawarni RG di bawa ke Magelang untuk memperoleh perawatan medis yang sesuai.

Menurut keluarga tetangga RG akan sulit untuk menerima RG kembali ke lingkungannya. Hal ini disebabkan tanda-tanda kekambuhan RG yang sering mengganggu tetangga. Misalnya berteriak-teriak, mengganggu orang yang lewat depan rumah, merusak rumah tetangga. Tanda-tanda kekambuhan inilah yang dirasakan keluarga lingkungan menjadi sulit menerima tetangga.

Tetangga RG juga mengetahui tanda-tanda bila RG kambuh. Menurut tetangga RG bila kambuh RG mulai berteriak-teriak, mulai tidak mau minum obat, mata merah, mengamuk. Tetangga mengetahui gejala kekambuhan RG dengan cara mengamati setiap kali RG kambuh. Menurut tetangga semenjak mengalami gangguan jiwa RG lebih menarik diri, jarang keluar rumah dan lebih senang berada di dalam rumah.

3) Budaya dalam Memandang Gangguan Jiwa

Keluaga RG mempercayai gangguann jiwa yang dialami RG juga dipengaruhi oleh adanya gangguan makhluk ghaib atau roh-roh dari makhluk halus. Kepercayaan ini terutama dimiliki ayah RG. Semasa ayah RG masih hidup ayah RG lebih memilih pengobaan alternatif untuk mengobati gangguan jiwa yang dialami oleh RG. Alternatif yang dimaksud adalah dengan mendatangi dukun, orang pintar atau paranormal, untuk mengobati RG. Selain ayah RG anggota keluarga yang lain jiga mempercayai bahwa gangguan jiwa yang dialami oleh RG seperti Kusmawarni dan Eka keponakannya.

Meskipun keluarga RG mempercayai gangguan jiwa RG sedikit dipengaruhi oleh adanya makhluk ghaib, akan tetapi keluarga mengetahui penyebab gangguan jiwa RG. Menurut keluarga RG gangguan jiwa yang diderita RG tidak hanya dikarenakan oleh adanya gangguan dari makhluk ghaib akan tetapi disebabkan oleh RG sendiri.

4) Faktor Genetik

Menurut keluarga RG selain karena RG tidak mau menerima kenyataan gangguan jiwa yang dialami oleh RG juga disebabkan oleh faktor keturunan

atau genetik. Eka keponakan RG, meskipun Eka tidak pernah merawat RG namun Eka mengetahui penyebab gangguan jiwa yang dialami oleh RG dan penyebab kambuhnya gangguan jiwa RG. Hal ini dipat dilihat dari petikan wawancara sebagai berikut :

"Ya dasarnya kita itu dilahirkan dari keluarga yang kacau tapi kalau saya menerima kalau kita dari keluarga yang kacau, ayah kita menikah dengan keponakannya, ibu saya itu dulunya keponakannya bapak, sedangkan keluarga mereka ada yang mengalami gangguan jiwa, saudara ayah ada yang mengalami gangguan jiwa juga" (W.12 : 6)

Masyarakat mengetahui bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh faktor keturunan. Masyarakat paham bila dalam satu keluarga ada keturunan yang menderita gangguan jiwa maka keturunan berikutnya kemungkinan terkena gangguan jiwa yang sama. Tetangga terdekat RG, yakni di samping kanan rumah RG merupakan teman kakak RG waktu muda. Tetangga RG mengetahui riwayat sakit RG dari awal. Menurut tetangga RG, sakit yang diderita RG dikarenakan ada salah satu kerabat dan keluarga RG yang mengalami gangguan jiwa. Tetangga di sekitar RG lebih mempercayai gangguan jiwa disebabkan oleh keturunan atau genetik. Menurut tetangga RG gangguan jiwa tidak disebabkan karena adanya makhluk ghaib yang merasuki diri RG atau diguna-guna seseoarang. Hal ini dapat di lihat dari hasil wawancara dengan tetangga RG :

"Menurut bapak apa yang menyebabkan pak RG terkena gangguan jiwa?"

"Kalau menurut saya sih, faktor keturunan karena keluarganya dia juga ada yang terkena penyakit yang sama, adiknya yang di bank mandiri ada yang mengalami gangguan yang sama terus adiknya di keluarkan dari pekerjaannya, kadang adiknya disini tapi seringnya di Jakarta mba "
(W.14: 16)

Masyarakat di sekitar rumah RG memahami gangguan jiwa bukanlah disebabkan oleh pengaruh budaya yakni mengenai cerita yang berkembang (foklor) menganai makhluk halus yang dapat menyebabkan penyakit gangguan jiwa. Menurut masyarakat di sekitar rumah RG gangguan jiwa RG disebabkan adanya faktor keturunan dan pola pendidikan yang diterapkan kepad anak-anak. Menurut tetangga RG ayah RG dalam mendidik anak-anaknya keras dan disiplin karena ayah RG merupakan seorang polisi. Pedidikan yang keras itu yang membuat tekanan pada RG sehingga saat kuliah saat RG mendapatkan kebebasan RG mengalami guncangan dan menjadikan RG terkena gangguan jiwa seperti sekarang. Hal ini dapat diketahui dari wawancara dengan tetangga yang ada di sekitar Rumah RG :

"Oh kalau pengaruh mahkluk halus nggak lah ya mba, itu faktor keturunan saja kalau nggak pengaruh didikannya saja, nggak ada pengaruh kaya gitu lah itu kan penyakit sama saja kayak penyakit fisik pasti ada penyebabnya tapi bukan karena mahluk halus atau apa gitu mba, kalau si tondong karena pengaruh keturunan mba" (W.14 : 15)

Masyarakat juga memahami bahwa penderita gangguan jiwa tidak boleh lepas dari obat karena bila lepas dari obat yang diberikan oleh dokter maka penyakitnya akan kambuh. Menurut tetangga RG, RG tidak bisa lepas dari obat yang diberikan oleh dokter. Menurut tetangga RG bila RG mulai tidak mau minum obat pasti RG akan kambuh.

"Tondong minum obatnya nggak teratur, kalau malas ya nggak minum obat"(W.14 : 14)

5) Gangguan Jiwa Merupakan Penyakit yang Memalukan

Keluarga tidak merasa malu memilik anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Keluarga lebih menganggap memiliki anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa merupakan sebuah takdir yang harus dijalani. Ganggaun jiwa memerlukan waktu yang lama untuk dapat sembuh. Lamanya waktu sembuh bagi penderita gangguan jiwa menyebabkan keluarga merasa pasrah dengan kondisi yang dialami salah satu anggota keluarga.

Masyarakat tempat RG tinggal tidak merasa malu dengan adanya RG tinggal di lingkungan tersebut. Masyarakat tidak merasa bila bertetangga dengan penderita gangguan jiwa adalah hal yang memalukan. Masyarakat tempat RG tinggal beraggapan bahwa gangguan jiwa seperti halnya sakit fisik yang memerlukan pengobatan dari dokter ahli.

6) Membahayakan Bagi Masyarakat

Keluarga RG khawatir dengan padatnya penduduk dan gangguan jiwa RG yang sering kambuh dan bila kambuh RG mengamuk. Mengamuknya RG dapat melukai orang lain sehingga keluarga takut bila kambuh RG akan melukai tetangganya. Hal ini dapat terlihat dari petikan wawancara sebagai berikut :

"*Menurut keluarga apakah dukungan tetangga sangat membantu kelaurga ?*"

"Ya membantu ya mba saya kira, RG itukan sakit sudah lama ya sebelum lingkungan disini jadi padaat akan rumah, dulu di sekitar rumah kita belum banyak rumah mba kalau sekarang sudah padat banget. Kalau tetangga yang tahu dari dulu ya sudah biasa dengan kehairan RG ya tapi sekarangkan sudah

banyak warga baru yang kontrak di sekitar rumah kita ya mereka ya pada gak terima sama kehadiran Rio" (W.14 : 14)

Masyarakat di sekitar RG merasa khawatir bila RG berada di rumah. Bila RG berada di rumah tetangga menjadi khawatir atau cemas terutama tetangga terdekat RG. Bila RG kambuh tidak ada tetangga yang berani lewat depan rumah RG. Tetangga khawatir bila lewat depan rumah RG akan disakiti oleh RG. Para tetangga RG yang telah lama tinggal dengan RG tidak keberatan adanya RG di lingkungan tersebut. Tetangga mengetahui bahwa tidak setiap hari RG kambuh bila sedang normal RG bisa diajak ngobrol seperti biasa akan tetapi saat kambuh RG berteriak-teriak, mengamuk dan terkadang mengganggu tetangga yang lewat depan rumah RG. Perilaku RG saat kambu ini menjadi kekhawatiran para tetangga. Sehingga bila RG berada di rumah tetangga RG selalu merasa khawatir terutama tetangga terdekat RG.

Meskipun bila kambuh RG mengamuk dan berteriak-teriak akan tetapi tetangga RG tidak pernah mengucilkan RG. Tetangga tetap menyapa dan mau mengobrol dengan RG bila RG main ke rumah tetangga. Bagi para warga di lingkungan tempat tinggal RG memiliki tetangga seperti RG bukanlah hal yang memalukan dan membuat aib di lingkungan masyarakat. Menurut warga apa yang di alami RG seperti halnya sakit fisik yang perlu diobati. Menurut tetangga rasa khawatir tetangga kepada RG hanya bila RG kambuh. Bila RG kambuh tetangga takut kalau RG akan menyerang anak-anak dan memukul rumah mereka.

Saat terakhir kambuh RG terus berteriak-teriak setiap hari dan mengganggu orang lewat di depan rumah sakit. Perilaku RG ini meresahkan warga baru yang tinggal di lingkunga dekat rumah RG. Para tetangga baru RG mendatangi rumah Kusmawarni selaku keluarga RG. Tetangga baru RG meminta Kusmawarni untuk mengurusi RG agar RG tidak berteriak-teriak dan mengganggu tetangga. Namun setelah diberi pengertian tetangga baru RG mulai memahami RG.

Kekhawatiran RG akan mengganggu lingkungan juga dirasakan oleh keluarga. Menurut keluarga, semua anggota keluarga khawatir RG akan melukai tetangga terutama anak-anak. Anak-anak kecil yang leawat depan Ruman sering dikejar-kejar RG. Hal ini dikarenakan ana-anak yang lewat depa rumah sering memanggil RG dengan sebutan orang gila. Keluarga juga merasa tetangga mulai keberatan bila RG berada di lingkungan tersebut. Keberatan tetangga dinilai keluarga dari peristiwa saat Kusmawarni menggelar hajatan anaknya, dan RG kambuh. Selama beberapa hari RG berteriak-teriak. Tetangga merasa terganggua dan akhirnya tetangga RG mendatangi kediaman Kusmawarni.sejak saat itu Kusmawarni merasa tetangga yang ada di lingkungan tempat RG tinggal merasa terganggu dengan adanya RG. Oleh karena itu Kusmawarni lebih memilih untuk menitipkan RG di Rumah Sakit Jiwa Semarang.

7) Motivasi Keluarga untuk Menyembuhkan

Usaha untuk mengobati RG telah berbagai cara dilakukan mulai dari pengobatan alternatif sampai pada pengobatan medis. Akan tetapi RG keluarga

RG lebih memiih pengobatan medis daripada pengobatan alternatif. RG sempat menjalani beberapa kali pengobatan alternatif yakni, saat pertama kali sakit RG sempat dibawa ayahnya berobat kepada dukun-dukun, paranormal dan saat bersama saudara RG yang di Jakarta RG sempat dibawa ke Suralaya, yakni pengibatan secara religi. Akan tetapi RG tidak menunjukkan perubahan akhirnya keluarga lebih memilih pengobatan medis sebagai alternatif pengobatan.

Keluarga berniat mengeluarkan RG dari Rumah Sakit Jiwa dan memindahkan RG ke pondokan Khusus bagi penderita gangguan jiwa di Semarang. Akan tetapi RG tidak mau RG lebih memilih tinggal di Rumah Sakit Jiwa daripada di pondokan bila RG tidak akan dibawa pulang.

8) Pola Hubungan keluarga dengan Rumah Sakit

Saat pertama kali membawa RG menjalani perawatan di Rumah Sakit Jiwa Semarang keluarga tidak memperolah informasi dari pihak rumah sakit mengenai perkembangan pasien selama berada di Rumah Sakit Jiwa. Keluarga tidak merasa mendapatkan informasi mengenai gangguan jiwa apa yang dialami oleh RG dan bagaimana mengantisipasi gangguan yang dialami oleh RG bila RG kambuh di rumah. Rumah sakit hanya memberitahu bahwa pasien telah membaik dan bisa dibawa pulang. RG sempat menjalani droping dari pihak rumah sakit karena sudah 3 bulan keluarga tidak menjenguk RG dan tidak ada niatan untuk membawa pulang. Setelah menjalani droping bila RG kambuh menitipkan selama tiga bulan setelah tiga bulan RG akan dibawa pulang sampai terakhir sakit keluarga tidak memiliki rencana untuk membawa

pulang RG. Perhatian keluarga terhadap RG sangat kurang hal ini ditunjukkan dengan sikap keluarga yang tidak pernah menjenguk RG saat RG berada di rumah sakit.

Keluarga tidak merasa mendapatkan penyuluhan mengenai ganguan jiwa dan bagaimana menangani pasien gangguan jiwa bila kambuh di rumah setelah menjalani perawatan di rumah sakit. Menurut keluarga rumah sakit kurang memberikan informasi kedapa keluarga mengenai pasien secara deatail.

Info yang diberikan oleh Rumah sakit berupa kondisi telah membaik dan siap untuk dibawa pulang oleh keluarga. Keluarga tidak merasakan bahwa rumah sakit berempati terhadap keluarga pasien gangguan jiwa.

9) Pesimisme Keluarga akan Masa Depan

Keluarga tidak optimis dengan masa depan RG. Menurut keluarga RG tidak akan memiiki masadepan yang bagus. Menurut keluarga RG tidak akan sembuh kecuali jika RG telah meninggal. Menurut keluarga seringnya RG kambuh menjafikan penyakit RG menjadi semakin parah sehingga harapan untuk sembuh menjadi semaki tipis. Menurut keluarga RG tidak akan bisa bekerja seperti dulu lagi oleh karena itu lebih baik RG berada di rumah sakit. Kerabat RG, Eka juga berpendapat sama bahwa RG tidak memiliki masa depan yang baik. Kerabat optimis RG akan sembuh. Menurut Eka RG jenis penyakit yang dialami RG tidak mungkin bisa disembuhkan kecuali penderita meninggal. Hal ini terlihat dari petikan wawacara sebagai berikut :

“Ya gimana ya dia sudah bolak-balik kambuh ya yang saya tahu ya dia tidak akan sembuh ya kecuali dia mati saya juga sudah capek ya dia juga tidak bisa menerima realita jadi gimana mau sembuh setiap ada pencetus dia kambuh

karena intinya dia itu tidak bisa menerima realita jadi dia ya nggak bakalan sembuh" (W.13 : 6)

Tetangga RG tidak mempercayai bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh adanya makhluk halus. Bagi tetangga RG gangguan jiwa lebih disebabkan karena faktor keturunan dan faktor lingkungan. Tetangga RG tidak mempercayai gangguan jiwa disebabkan oleh adanya makhluk halus yang merasuki tubuh manusia.

Tetangga RG memandang pesimis mengenai Masa depan RG. Menurut tetangga RG sulit untuk sembuh karena RG sbering sekali kambuh. Menurut tetangga sudah tidak ada kemungkinan untuk RG sembuh dan kembali normal.

3) Subjek ke tiga

a. Kondisi Kesiapan UJ

Sejak UJ sakit pertama sampai sekarang keluaga UJ tetap membawa UJ ke Rumah Sakit Jiwa. Saat pertama kali sakit keluarga UJ tidak menjenguk ke rumah sakit. Setelah memasukkan UJ ke rumah sakit, keluarga tidak menjenguk selama UJ menjalani perawatan. Selama tiga bulan perawatan UJ tidak pernah dijenguk oleh keluarganya.

Setelah pulang keluarga UJ menganggap UJ telah sembuh dan keluarga tidak mengontrol UJ dalam hal minum obat. Keluarga tidak memperingatkan UJ bila UJ tidak mau minum obat.

Saat UJ kambuh keluarga kembali memasukkan UJ ke rumah sakit. UJ menjalani rawat inap di RSJP Magelang. UJ sempat kabur dari rumah sakit karena UJ tidak pernah dijenguk oleh keluarganya. UJ pulang ke rumah tanpa sepengetahuan keluarga. Namun keluarga kembali memasukkan UJ ke Rumah

Sakit Jiwa Magelang. Namun keluarga tetap tidak menjenguk sampai UJ dijemput pulang.

Setiap kali UJ menjalani rawat inap keluarga tidak pernah menjenguk ke rumah sakit. Keluarga UJ akan datang ke rumah sakit bila telah mendapatkan kabar dari rumah sakit bahwa UJ telah membaik dan telah siap untuk pulang.

Selama membawa UJ ke rumah sakit keluarga UJ tidak pernah membawa UJ pulang dengan tepat waktu. UJ selalu pulang setelah batas maksimal perawatan habis.

Selain pulang yang mengalami penundaan pulang saat menjalani rawat inap, UJ mempunyai riwayat obat yang tidak baik. Setelah obat habis keluarga UJ tidak mengajak UJ untuk kontrol ke rumah sakit. Sehingga UJ mudah kambuh. Bila obat UJ telah habis keluarga membiarkan UJ tidak minum obat. Demikian juga bila UJ tidak mau minum obat keluarga tidak berusaha untuk membujuk UJ untuk meminum obat yang telah diberikan oleh dokter.

Suemi, orang tua UJ, sering menganjurkannya untuk beraktivitas seperti, menyapu rumah, mengepel dan aktitivitas lain, akan tetapi Suemi dan angota lain tidak mengarahkan UJ melakukan aktivitas tersebut dengan sabar. Bila UJ tidak mau melakukannya, maka keluarga tidak berusaha untuk membujuk agar UJ beraktivitas, sehingga UJ banyak berdiam diri di kamar.

Saat ini Poerwanto berusaha mencari lingkungan yang tepat bagi UJ. Menurut Poerwanto lingkungan rumah yang sekarang bukan lingkungan yang tepat bagi kondisi UJ. Menurut Poerwanto jika keluarga tidak menemukan

lingkungan yang tepat bagi UJ maka lebih baik bagi UJ berada di Rumah Sakit Jiwa.

Menurut Poerwanto bila UJ berada di rumah dan tidak bekerja, maka UJ akan mudah kambuh karena tidak memiliki aktivitas yang dapat menyibukkannya. Bila di rumah dan tanpa ada hal yang dikerjakan maka UJ akan mudah marah tanpa alasan yang jelas. Hal ini membuat Poerwanto khawatir, terutama berkenaan dengan kondisi Suemi yang tidak sekuat anggota keluarga lainnya. Poerwanto khawatir bila UJ kambuh saat hanya ada Suemi di rumah.

Selain kondisi Suemi yang sudah tua, lingkungan pergaulan UJ pun telah berubah. Sebelum UJ sakit, UJ memilki banyak teman. Rumah selalu ramai oleh teman-teman UJ. Namun setelah UJ sakit, beberapa teman UJ mulai menjauh dan jarang yang mau bergaul dengan UJ.

b. Kesiapan Masyarakat di Lingkungan Tempat Tinggal UJ

Masyarakat di lingkungan tempat tinggal UJ merupakan masyarakat perkotaan yang cenderung cuek dengan lingkungan. Tetangga terdekat UJ cenderung cuek dengan keberadaan UJ yang menderita gangguan jiwa. menurut tetangga UJ keberadaan UJ tidak membawa pengaruh apapun meskipun UJ sekarang menderita gangguan jiwa sehingga tetangga bersikap cuek apakah UJ akan berada di rumah atau di rumah sakit. Menurut tetangga selama ini UJ juga tidak pernah menggangu para tetangga akan tetapi semenjak sakit, UJ lebih pendiam dan lebih menarik diri sehingga tetangga juga jarang berkomunikasi dengan UJ semenjak UJ sakit.

Para tetangga yang sebaya dengan UJ lebih cenderung menghindari UJ setelah mengetahui UJ mengalami gangguan jiwa menurut tetangga yang sebaya dengan UJ bergaul dengan UJ adalah hal yang memalukan. Setelah UJ mengalami ganggauan Jiwa UJ menjadi orang bodoh sehingga teman UJ lebih memilih menghindari UJ bila UJ berkunjung ke rumah mereka.

Masyarakat di sekitar rumah UJ pada umumnya tidak keberatan dengan keberadaan UJ. Para tetangga tidak terpengaruh dengan kondisi UJ baik sebelum menderita gangguan jiwa ataupun setelah mengalami gangguan jiwa kecuali tetangga UJ yang sebaya dengan UJ.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga UJ Junaedi

1) Kondisi lingkungan

Kondisi lingkungan rumah UJ merupakan pemukiman padat penduduk yang berada tepat di tengah kota Pemalang. Rumah di tempat tinggal UJ sangat berdekatan dan jalan rumah sangat sempit. Bila UJ kambuh UJ dapat dengan mudah menyerang tetangganya karena jarak rumah dengan tetangga yang sangat dekat. Saat terakhir kambuh UJ berteriak-teriak sehingga mengganggu warga yang ada disekitar rumah UJ. Kakak UJ berinisiatif untuk menangkap UJ bersama dengan warga lain.

Masyarakat disekitar rumah UJ tidak keberatan dengan keberadaan UJ. Rumah di lingkungan UJ sangat berdekatan sehingga suara UJ ketika berteriak pada saat kambuh gampang masuk ke rumah tetangga dan hal ini dirasa keluarga mengganggu tetangga. Menurut tetangga UJ tetangga sama sekali tidak keberatan dengan keberadaan UJ, tetangga justru telah membantu UJ saat

UJ akan dibawa ke Rumah Sakit Jiwa. hal ini dapat diketahui pada petikan wawancara sebagai berikut :

"Menurut mas tetangga akan senang dengan kehadiran mas UJ ?"

"Senang, mau mba waktu saya diikat sama keluarga saya pakai tali di depan rumah tetangga saya yang membantu ngasih rokok, malah keluarga saya diam saja. Sebelum dibawa ke sini saya meukul tetangga saya lalu saya dibawa ke kantor polisi, lalu orang tua datang ke kantor polisi lalu saya dibawa ke sini mba." (W.9 : 35)

Menurut UJ, keluarga tidak keberatan jika UJ pulang, bahkan keluarga merasa senang dengan kepulangan UJ. Meskipun UJ heran karena sudah dua bulan tidak dijenguk dan tidak dijemput pulang, akan tetapi UJ tetap yakin keluarga akan senang menerima kepulangan UJ. Hal ini dapat diketahui dari petikan wawancara :

"Menurut mas keluarga senang nggak kalau mas pulang ?"

"Senang sekali mba, saya dinanti pulang mba soalnya kata mas Poer saya di sini cuma satu bulan saja tapi kok sudah dua bulan mas saya belum ke sini yam mba ? mungkin mas saya sibuk ya " (W.9 : 34)

Menurut tetangga yang dipertegas oleh kakak UJ, kepulangan UJ hanya akan membuat orang disekitarnya menjadi gelisah dan takut akan kekambuhan yang mungkin dialami UJ. Secara tidak langsung hal ini juga mempengaruhi kesiapan keluarga untuk dapat menerima UJ kembali ke rumah. Menurut Poerwanto, tetangga memang tidak pernah mengungkapkan keberatan akan kehadiran UJ kembali, akan tetapi warga tetap merasa takut bila UJ sedang kambuh. Hal ini terlihat dari petikan wawancara dengan Poerwanto berikut ini :

"*Menurut bapak apakah tetangga akan keberatan ketika mas UJ kembali ke rumah ?"*

" Keberatan sih nggak ya mba, tapi mereka rata-rata takut kalau dia kambuh lagi, terus mengganggu tetangga " (W.11 : 15)

Keluarga mengetahui bahwa gangguan jiwa dipengaruhi oleh lingkungan, dikarenakan kondisi UJ yang selalu membaik bila berada di Rumah Sakit jiwa. Namun bila berada di rumah UJ akan kambuh lagi.

Pertimbangan akan keadaan lingkungan ini turut mempengaruhi kesiapan keluarga UJ. Keluarga merasa tidak enak dengan lingkungan sekitar setiap kali UJ mengalami kekambuhan, karena UJ akan berteriak-teriak sehingga membuat tetangga merasa takut dan tidak nyaman.

2) Gagalnya keluarga sebagai bagian dari *treatment*

Saat pertama kali UJ menderita gangguan jiwa, keluarga merasa bingung. Kebingungan keluarga karena perubahan perilaku UJ setelah mengalami kecelakaan, yakni UJ menjadi sering bengong, suka melamun serta sering marah-marah. Keluarga bingung harus membawa kemana agar UJ sembuh. Keluarga membawa UJ berobat ke Rumah Sakit Umum Pemalang. Rumah Sakit Umum Pemalang merujuk UJ ke RSJ Semarang. Setelah UJ dirujuk ke RSJ Semarang keluarga baru tahu kalau UJ menderita gangguan jiwa.

Keluarga tidak tahu mengenai gangguan jiwa dan tanda-tanda kemunculannya. Keluarga hanya mengetahui bahwa perilaku UJ mengalami perubahan secara drastis. Keluarga juga tidak tahu bila gangguan jiwa sewaktu-waktu dapat kambuh kembali bila ada pencetusnya. Keluarga tidak tahu pola gangguan jiwa yang dialami oleh anaknya.

Keluarga tidak tahu bahwa gangguan jiwa yang dialami oleh UJ merupakan gangguan jiwa berat yang sulit untuk disembuhkan. Keluarga UJ tidak mengetahui gangguan jiwa yang dialami oleh UJ harus menjalani pengobatan secara rutin meski telah keluar dari rawat inap di Rumah Sakit Jiwa. Oleh karena itu riwayat pengobatan UJ tidak baik. UJ memiliki riwayat pengobatan tidak teratur dalam pengobatan. UJ jarang kontrol ke Rumah Sakit Jiwa Semarang maupun rumah sakit rujukan yang telah ditunjuk oleh Rumah Sakit Jiwa Semarang.

Keluarga mengenali perubahan perilaku UJ sebelum dan sesudah UJ sakit. Menurut Poerwanto kakak UJ sebelum sakit UJ merupakan anak yang ceria dan pandai bergaul, sebelum sakit UJ memiliki banyak teman. Namun setelah UJ sakit perilaku UJ berubah, UJ menjadi pendiam, suka marah bila keinginanya tidak dituruti, sering melamun, sering bengong dan UJ menarik diri dari teman-temannya. Meskipun keluarga mengenali perubahan perilaku UJ sebelum dan sesudah UJ sakit, keluarga tidak mengentahui pola gangguan jiwa dan pola kekambuhan gangguan jiwa yang dialami oleh UJ. Keluarga tidak mengenali tanda-tanda UJ akan kambuh. Keluarga hanya tahu UJ sering marah-marah tanpa alasan namun setelah marah-marah UJ akan minta maaf kepada ibunya.

Keluarga tidak tahu bahwa gangguan jiwa yang diderita oleh UJ harus selalu rutin kontrol dan minum obat. Keluarga tidak membawa UJ kontrol ke rumah sakit bila obat telah habis. Keluarga akan membawa ke rumah sakit bila kondisi UJ telah parah. Sehingga setiap kali kambuh UJ menjalani rawat inap.

Hal ini disebabkanpengetahuan keluarga UJ tidak cukup mamadai untuk merawat Penderita gangguan jiwa.

Pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga UJ tentang gangguan jiwa bahwa bila seseoarang terkena gangguan jiwa maka penderita gangguan jiwa akan menjadi orang yang bodoh. Oleh karena itu keluarga heran meski UJ terkena gangguan jiwa akan tetapi UJ tetap bisa menyelesaikan sekolahnya.

Keluarga mengetahui bahwa gangguan jiwa yang diderita oleh UJ tidak menular. Keluarga yakin bahwa gangguaan jiwa tidak menular kepada orang lain. Hal ini dapat terlihat dari peritkan wawancara sebagai berikut :

"Menurut ibu apakah perilaku penderita gangguan jiwa dapat menular pada orang lain ?

"Apa menular mba ? orang dia suka main sama keponakannya tapi keponakannya nggak apa-apa, nggak menular menurut saya " (W.10 : 13)

Keluarga tidak rutin mengontrolkan UJ ke rumah sakit disebabkan pengetahuan keluarga mengenai gangguan jiwa dan pola kambuh gangguan jiwa terutama gangguan jiwa yang diderita oleh UJ. Keluarga kurang mengetahui mengenai gangguan jiwa.

Keluarga mengetahui mengenai gangguan jiwa dan pengobatan mengenai gangguan jiwa dari salah satu tetangga yang anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Menurut Poerwanto keluarga pertama kali mengetahui pengobatan medis gangguan jiwa diperoleh dari tetangga yang memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. hal ini sesuai dengan petikan wawancara sebagai berikut :

"Saya bawa ke RS Pemalang, karena diakan pernah jatuh, terus dari RS pemalang di rujuk ke RSJ semarang, tapi saya juga tahu dari tetangga karena

dulu tetangga ada yang sakit dan di bawa kesana, sembuh tapi UJ belum sembuh juga" (W.10. : 16)

3) Pola Hubungan Keluarga dengan Rumah Sakit

Keluarga UJ membawa ke Rumah Sakit Jiwa berharap dengan membawa ke Rumah Sakit Jiwa berharap dengan membawa UJ ke rumah sakit UJ akan sembuh dan bebas dari gangguan jiwa seperti tetangga UJ yang telah sembuh setelah dibawa ke Rumah Sakit Jiwa Semarang. Namun setelah UJ dibawa ke Rumah Sakit Jiwa UJ tidak juga sembuh bahkan UJ beberapa kali kambuh. Keluarga merasa bingung karena tetangga UJ yang telah dibawa ke RSJ Semarang telah sembuh akan tetapi UJ belum juga sembuh. Kebingungan keluarga juga mengenai perilaku UJ yang terkadang sembuh seperti orang normal dan terkadang UJ marah-marah bila keinginan tak dipenuhi oleh keluarga terutama Suemi ibunya.

Menurut keluarga rumah sakit tidak memberikan info apapun mengenai gangguan jiwa secara umum maupun gangguan jiwa yang dialami oleh UJ. Pihak keluarga hanya diberitahu mengenai kondisi UJ yang telah membaik dan siap untuk pulang. Menurut Poerwanto pihak keluarga tidak tahu bila UJ akan dipulangkan oleh pihak rumah sakit dikarenakan telah lebih dari 1 bulan berada di rumah sakit. Keluarga berencarna untuk menjenguk UJ dan bila kondisi belum membaik keluarga akan menunda kepulangan UJ dan akan memperpanjang perawatan UJ di Rumah Sakit Jiwa.

Menurut pihak keluarga pihak rumah sakit tidak pernah berkomunikasi secara langsung dengan keluarga UJ mengenai gangguan jiwa yang dialami

oleh UJ. keluarga tahu mengenai gangguan jiwa dari tetangga UJ yang juga mengalami sakit yang sama dengan UJ.

Pengetahuan tentang gangguan jiwa yang dimilki oleh keluarga UJ diperoleh seadanya. Pertolongan yang diberikan kepada UJ setiap kali kambuh adalah pertolongan seadanya sesuia dengan pengetahuan keluarga dan waraga sekitar. Misalnya saat UJ kambuh yang terakhir UJ berteriak-teriak, tetangga menjadi takut. Keluarga berinisiatif untuk memanggil polisi dan membawa UJ ke kantor polisi. Keluarga membawa UJ menginap di kantor polisi karena keluarga takut UJ akan melukai tetangga meskipun selama UJ kambuh UJ tidak pernah mengamuk.

4) PesimismeKeluarga dengan Masa Depan UJ

Meskipun bingung dengan kondisi UJ yang belum juga sembuh, keluarga tetap optimis bahwa UJ bisa sembuh dan dapat menjalani kehidupan seperti sebelum sakit. Suemi masih berharap bahwa UJ suatu saat dapat menikah dengan gadis yang baik dan setelah menikah UJ dapat membuka usaha.

Keluarga tetap juga optimis masa depan UJ akan lebih baik. Setelah menjalani perawatan di rumah sakit ,UJ berharap bisa bekerja, meskipun pekerjaan apa saja yang ada baginya. Menurut Suemi, dengan bekerja akan mengurangi kemungkinan kambuh kembali bagi UJ karena akan mengurangi waktunya bengong tanpa aktivitas. Sementara menurut Poerwanto, bekerja akan membuat UJ tidak kambuh lagi UJ sendiri merasa optimis dengan masa depan UJ. UJ mengungkapkan ingin menikah dengan seorang wanita yang baik dan tidak materialistis.

. Namun keluarga belum mendapat pekerjaan yang cocok untuk UJ sehingga bila UJ pulang UJ tidak ada kesibukan Untuk mengisi waktu luang selama berada di rumah. Oleh karena itu menurut Poerwanto lebih baik UJ berada di rumah sakit saja.

Optimisme keluarga juga terlihat dari usaha untuk menyembuhkan UJ. Menurut Suemi, keluarga akan melakukan apapun untuk dapat menyembuhkan UJ. Keluarga rela menjual barang yang berharga UJ kesembuhan UJ. Selama ini, keluarga berusaha keras untuk menyembuhkan UJ dengan mengeluarkan banyak biaya. Keluarga telah menjual beberapa benda berharga yang dimilki keluarga seperti motor, TV, VCD, perhiasan dan lain-lain. Walaupun telah banyak mengeluarkan biaya dan telah menjual barang-barang berharga, akan tetapi keluarga tetap akan mengusahakan pengobatan bagi kembalinya kesembuhan bagi UJ.

“ Ibu ingin mas UJ sembuh ?
“Yah aku sudah habis-habisan buat dia mba, TV, CD player, motor juga dijual buat nuruti kemauannya dia berlayar sampai uang pensiunan saya sudah habis mba buat dia. Saya rela habis-habisan asalkan dia bisa sembuh, tapi gimana ya mba kadang dia kaya gini kaya orang waras, tapi kemarin dia habis marah-marah terus waktu sadar dia minta maaf mba sama “ (W.10 : 5)

Mas UJ :
“Mba saya pengin punya pacar tapi ibu tidak setuju. Saya berlayar mba biar dapat uang yang banyak kan cewek sekarang matre-matre mba apalagi cewek pemalang terkenal matre-matre mba” (W.09 : 17)

“Bagaimana masa depan mas UJ setelah dia pulang dari RS ?”
“Saya sih berharap dia punya istri terus buka warung gitu mba tapi dia belum menikah (W. 10 : 12)

Keluarga UJ telah mengusahakan berbagai pengobatan untuk UJ. Selain membawa UJ menjalani pengobatan medis keluarga UJ juga membawa UJ pada pengobatan alternatif. Menurut Suemi keluarga telah membawa keorang pintar agar UJ sembuh. Pengobatan alternatif yang dijalani UJ oleh keluarga dikarenakan beberapa kali pengobatan medis UJ belum juga sembuh akan tetapi setelah menjalani pengobatan alternatif UJ belum juga sembuh. Keluarga kembali menjalani pengobatan medis setelah pengobatan alternatif tidak membuat UJ sembuh.

5) Budaya

Keluarga UJ percaya bahwa penyebab Sakit disebabkan oleh guna-guna. Menurut Suemi, banyak yang menganggap sakit UJ dikarenakan guna-guna seorang perempuan yang cintanya ditolak oleh UJ. Namun saat tahu UJ mengalami gangguan jiwa, keluarga memilih untuk menjalani pengobatan medis. Hal ini dikarenakan keluarga lebih percaya sakit jiwa yang dialami UJ disebabkan oleh kecelakaan yang dialami UJ. Setelah pengobatan medis tidak menunjukkan hasil, keluarga beralih pada pengobatan alternatif dan kembali menjalani pengobatan medis setelah pengobatan alternatif juga tidak berhasil.

6) Gangguan jiwa merupakan hal yang memalukan

Keluarga tidak merasa malu dengan tetangga memiliki salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Suemi memiliki anak yang mengalami gangguan jiwa bukan hal yang memalukan, sebaliknya UJ mendapatkan perhatian yang lebih dari keluarga terutama dari Suemi dan

Poerwanto. Keluarga berusaha untuk memenuhi keinginan UJ untuk mencegah kekambuhan. Sebab biasanya UJ akan marah bila keinginan UJ tidak dipenuhi.

Menurut keluarga UJ tetangga tidak mengucilkan UJ. Tetangga memperlakukan UJ seperti biasa. Akan tetapi berbeda dengan teman-teman UJ, setelah UJ sakit teman-teman UJ menjauhi UJ. Bila UJ main ketempat teman-temannya, teman UJ selalu menghindar.

Bila UJ berada di rumah saudara-saudara UJ tidak mengucilkan UJ saudara UJ menganggap UJ seperti biasa. Kerabat UJ juga tidak mengucilkan UJ. Kerabat UJ dekat dengan UJ. Kerabat menganggap UJ seperti halnya orang normal. Tidak ada perbedaan dalam memperlakukan UJ dengan kerabat yang lainnya.

Ketika peneliti melakukan observasi ke rumah UJ, saat pertama kali masuk jalan utama nenuju rumah UJ bertemu dengan teman SMK UJ. Menurut teman UJ, UJ orang yang tidak waras tidak perlu berteman dengan UJ berikut petikan wawancara :

“ Malam mas mau numpang tanya mas kenal mas UJ ?”

“UJ yang mana mba ?” (W.22 : 1)

“UJ yang sekarang berada di RSJ Semarang ? “

“Oh yang gak waras itu, anaknya ibu Suemi kan dulu dia teman saya sekarang orangnya gila gimana keadaan disana?” (W.22 : 2)

“Baik mas”

“Mbak nyari UJ buat apa? Mbak e pacar UJ ya, kok ya mau sama UJ mba dia kan gak waras (teman mas UJ tertawa)” (W. 22 : 03)

Perubahan perlakuan teman UJ terhadap UJ membuat sedih keluarga terutama Poerwanto. Menurut Poerwanto sejak temannya tidak mau berteman dengan UJ, UJ jarang bernain keluar. Kalau keluar ke rumah Poerwanto atau ke rumah kakak dari ibu Suemi. Teman-teman UJ yang jauh dari rumah yang mau berteman dengan UJ itu dikarenakan teman-teman jauh UJ tidak tahu kalau UJ menderita gangguan jiwa.

“ Dulu ceria anaknya temannya banyak, dulu sebelum sakit di sini ramai mba teman-temannya suka pada main ke sini tapi setelah sakit teman-temannya yang rumahnya dekat-dekat sini nggak pada mau main ke sini paling teman-teman yang jauh yang nggak tahu kalau dia sakit seperti ini” (W.11 : 17)

Perilaku teman-teman UJ yang menjauhi UJ membuat Peorwanto merasa kasihan dengan UJ. Poerwanto ingin agar bisa memberikan lingkungan yang kondusif pada UJ sehingga UJ sembuh.

Menurut UJ sejak UJ sakit UJ lebih suka bergaul dengan teman yang usianya lebih muda dari UJ. menurut UJ teman yang sebaya kebanyakan telah menikah dan memiliki anak. Bila bergaul dengan teman sebaya UJ merasa selalu diejek dengan sebutan bujang tua tidak laku-laku. Kata-kata seperti ini membuat UJ merasa minder bergaul dengan teman-teman sebaya. Hal ini membuat UJ menarik diri dan lebih suka berdiam diri di rumah.

7) Kondisi Ekonomi keluarga

Keluarga UJ merupakan keluarga yang sedehana, untuk mengobati UJ keluarga telah mengeluarkan banyak uang. Beberapa barang berharga telah dijual oleh keluarga untuk dapat membawa untuk berobat ke rumah sakit. Suemi, ibu UJ mengatakan “akan berusaha untuk mengusahakan segala pengobatan agar UJ bisa sembuh. Namun jenis gangguan jiwa UJ yang

tergolong jenis gangguan jiwa berat membuat keluarga merasa tidak mampu untuk selalu membawa UJ ke rumah sakit saat UJ kambuh. selama ini UJ telah 4 kali kambuh, dari 4 kali kambuh 3 kali rawat inap UJ menggunakan biaya keluarga UJ sendiri tanpa bantuan pemerintah. Pada rawat inap yang ke 4 keluarga menggunakan kartu miskin untuk rawat inap UJ.

Keluarga merasa keberatan jika UJ pulang ke rumah namun bila berada di rumah UJ akan kambuh lagi keluarga tidak mampu untuk mebawa UJ kembali ke rumah sakit oleh karena itu keluarga UJ menahan UJ sementara sampai keluarga mendapatkan pekerjaan bagi UJ bila UJ berada di rumah.

8) HarapanKeberhasilan Perawatan yang Dijalani di Rumah Sakit

Harapankeluarga pada keberhasilan perawatan selama UJ menjalani rawat inap di rumah sakit sangat besar. Keluarga memiliki Harapansetelah menjalani perawatan di rumah sakit maka UJ akan sembuh dari gangguan jiwa dan tidak akan kambuh kembali. Harapankesembuhan yang dimiliki oleh keluarga mendorong keluarga bereaksi positif dalam menghadapi kepulangan UJ. Reaksi positif diindikasikan keluarga melalui perilaku keluarga yang mencari pekerjaan bagi UJ bila UJ telah kembali ke rumah dan keluarga berencana untuk menikahkan UJ serta memberikan suatu usaha untuk UJ agar UJ dapat memiliki penghasilan sendiri.

9) Kondisi Ekonomi keluarga

Keluarga UJ merupakan keluarga yang sederhana, untuk sekedar menghidupi anggota keluarganya kepala keluarga di rumah UJ masih mampu. Namun untuk mengobati UJ secara berkesinambungan keluarga UJ

merasa tidak mampu. Biaya pengobatan yang dijalani UJ yang dirasa keluarga sangat mahal membuat keluarga sering menunda memberikan pengobatan pada UJ ketika UJ kambuh. Tingginya harga obat yang harus dibeli keluarga untuk UJ membuat keluarga tidak selalu dapat membelikan UJ obat saat obat UJ habis. Biaya perawatan UJ yang mahal juga membuat keluarga sering menunda kepulangan UJ da rumah sakit. Menurut keluarga UJ biaya pengobatan UJ tinggi sehingga keluarga tidak mau buru-buru membawa pulang namun kondisi UJ belum membaik. Kondisi ini membuat keluarga sering melakukan penundaan kepulangan UJ.

4) Subjek ke 4 keluarga MDK

a. Kondisi Kesiapan Keluarga MDK

Awal MDK sakit, keluarga dengan cepat membawa MDK untuk berobat. Keluarga membawa MDK ke dukun. Sejak pertama kali menggunakan dukun, maka setiap kali MDK kambuh keluarga siap mengantar MDK berobat ke dukun. Namun setelah MDK menikah, maka setiap kali kambuh istri MDK membawanya ke Rumah Sakit Jiwa.

Pertama kali MDK di Rumah Sakit Jiwa, istri MDK menjeguk MDK dan membawa pulang MDK setelah kondisi MDK membaik. Namun setelah frekuensi kekambuhan MDK meningkat istri MDK mulai tidak siap untuk merawat MDK Hal ini terlihat dari sikap istri dan keluarga MDK yang selalu menunda kepulangan MDK setiap kali MDK menjalani rawat inap.

Kondisi MDK semakin marah setelah bercerai. Keluarga MDK tidak siap untuk merawat MDK secara intensif seperti halnya istri MDK Keluarga

membiarkan MDK tidak melakukan aktifitas apapun. Keluarga juga tidak mengontrol perilaku minum obat MDK

Selama MDK di rumah sakit kelurga MDK jarang datang untuk menjenguk MDK Menurut pihak rumah sakit, keluarga MDK merupakan keluarga yang paling kurang kooperatif dengan pihak rumah sakit. Keluarga datang ke rumah sakit hanya untuk melakukan pembayaran administrasi dan tidak menjenguk MDK

Semenjak bercerai dengan istrinya, MDK mengalami penundaan kepulangan bila MDK berada di rumah sakit. Rawat inap kali ini merupakan rawat inap terlama yang dijalani oleh MDK Selama di rawat di rumah sakit keluarga belum pernah sekalipun menjenguk MDK

Pihak rumah sakit telah mencoba untuk menghubungi keluarga agar mau menjenguk MDK sehingga MDK tidak merasa dikucilkan. Namun keluarga belum ada niat untuk menjenguk MDK Sampai penelitian selesai dilakukan keluarga belum ada rencana untuk membawa pulang MDK

MDK jarang berada di rumah. Biasanya setelah dari perawatan satu keluarga memindahkan MDK keperawatan yang lain. Sehigga secara tidak langsung perilaku keluarga menunjukkan perilaku pengucilan terhadap MDK MDK sering dirawat inap akan tetapi keluarga jarang menjenguk MDK Keluarga akan datang bila akan membawa pulang MDK

Kerabat MDK telah menyarankan agar MDK dibawa pulang kasihan terlalu lama di Rumah Sakit Jiwa akan tetapi menutur kerabat MDK Abid belum mau membawa MDK pulang. Sebelum MDK menjalani perawatan yang

terakhir MDK tinggal bersama dengan istrinya akan tetapi setelah bercerai MDK tinggal bersama dengan Abdullah Abid kakak tertua MDK

b. Kesiapan Masyarakat di Lingkungan MDK

Lingkungan tempat tinggal MDK merupakan lingkungan pedesaan masyarakatnya lebih ramah dengan orang lain. Masyarakat di lingkungan MDK sangat menghormati kakak MDK Abdullah Abid sehingga masyarakat juga memberikan penghormatan yang sama pada anggota kelurga yang lain yang masih saudara dengan Abid tidak terkecuali MDK MDK merupakan orang yang pendiam jarang bargaul dengan tetangga namun tetangga tetap ramah dengan MDK tetangga tetap berusaha untuk bercengkrama dengan MDK Namun setelah MDK sakit tetangga tidak berani untuk bercengkrama dengan MDK hal ini dikarenakan menurut tetangga setelah MDK sakit MDK sama sekali tidak ramah dengan tetangga setiap tetangga yang berusaha untuk menyapa dan mengajak bercengkrama MDK selalu berusaha untuk menyerang dan mengejar orang yang melihat dan menyapa dirinya hal ini membuat tetangga merasa khawatir bila melewati rumah MDK

Namun meski MDK sering mengganggu bila tetangga melewati rumah MDK akan tetapi para tetangga MDK sama sekali tidak keberatan dengan kembalinya MDK dari rumah sakit. Para tetangga justru heran dengan perawatan yang dijalani oleh MDK yang terakhir karena sangat lama tidak seperti biasannya. Para tetangga justru menanyakan pada peneliti kapan MDK kembali ke lingkungannya. Para tetangga menyiapkan diri untuk menghadapi kepulangan MDK dengan memberikan informasi pada keluarga MDK

mengenai pengobatan alternatif yang terbaik yang ada di Jepara kepada Abid kakak MDK seperti yang dilakukan para tetangga sebelum MDK dibawa ke rumah sakit.

Para tetangga tidak merasa keberatan dengan keberadaan MDK karena selama ini MDK tidak menyerang tetangga dengan sembarangan. Tetangga mengetahui bahwa bila mereka tidak mengganggu Masuduki maka MDK akan bersikap tenang dan tidak akan melukai orang lain. Selain itu menrut tetangga meskipun MDK menderita gangguan jiwa namun MDK tetap warga Bangsri sehingga tidak ada alasan bagi warga untuk menolak kembalinya MDK ke lingkungannya.

c. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan Keluarga MDK

1) Gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan

Masyarakat sangat menghormati Abid kakak MDK Tetangga sekitar rumah Abid biasa memanggilnya dengan sebutan pak haji. Di lingkungan tempat tinggal MDK seorang haji merupakan seorang yang sengat dihormati. Oleh karena itu Abid merasa malu bila salah satu anggota keluarga diketahui memiliki gangguan jiwa. Menurut kerabat Abid,

Abid merupakan orang yang terpandang dan sangat dihormati, malu bila masyarakat tahu MDK kambuh lagi oleh karena itu, sejak bercerai dengan istrinya dan Abid yang mengurus MDK setiap MDK kambuh malam harinya MDK akan dibawa ke rumah sakit. Setiap MDK kambuh Abid akan membawa MDK ke rumah sakit pada malam hari. Hal ini dilakukan untuk menghindari masyarakat tahu MDK kambuh.

Abid sebagai orang terpandang memiliki saudara yang menderita gangguan jiwa merupakan hal yang memalukan. Oleh karena itu Abid menutupi kekambuhan MDK dari tetangga. Para tetangga tidak tahu bila MDK kambuh, tetangga tahu MDK kambuh bila MDK berada di rumah sakit. Bila tetangga tidak melihat MDK duduk di depan rumah, tetangga tahu MDK telah berada di rumah sakit. MDK memilki kebiasaan duduk-duduk atau mondar-mandir di depan rumah sehingga bila satu hari saja MDK tidak nampak di depan rumah tetangga tahu bahwa MDK telah berada di Rumah Sakit Jiwa karena kambuh.

Menurut keluarga MDK gangguan jiwa yang dialami oleh MDK merupakan hal yang memalukan. Bagi keluarga memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa merupakan hal yang memalukan dan merupakan aib bagi keluarga. Tidak hanya keluarga yang merasa malu tetapi juga kerabat.

Kerabat MDK merasa malu memiliki saudara yang menderita gangguan jiwa. menurut kerabat hal yang memalukan perperilaku tidak dapat dikontrol seperti mengamuk, marah tanpa sebab, memukul bapaknya sendiri. Hal-hal seperti ini yang menjadikan kerabat merasakan malu dan aib sebagai kerabat MDK

Akan tetapi meski keluarga dan kerabat malu, keluarga dan kerabat berusaha pasrah untuk menerima kondisi MDK Sebagai dampak dari rasa malu dan merasa aib, keluarga lebih suka menitipkan MDK di rumah sakit. Selama MDK di rumah keluarga juga tidak berkomunikasi secara aktif dengan

MDK sehingga bila MDK di rumah, MDK akan lebih cepat kambuh daripada tinggal di rumah sakit.

Masyarakat di sekitar rumah MDK juga tidak pernah merasa malu memliki anggota masyarakat yang menderita gangguan jiwa. sebagai tetangga, bila ada hal bisa dibantu tetangga akan membantu seperti, tetangga biasanya ikut membantu mencari pengobatan yang baik bagi maduki bila ada pengobatan yang baik bagi MDK para tetangga akan memberitahukan keluarga MDK dan biasanya keluarga akan membawa ke tempat tersebut.

2) Perilaku penderita gangguan jiwa membahayakan

Tetangga mengetahui MDK mengalami gangguan jiwa dari perubahan perilaku MDK Menurut tetangga, bila di rumah MDK sering mengamuk, bila akan kambuh, MDK sering mondar-mandir di depan rumah, jika ada tetangga yang lewat dan menyapa, MDK justru mengejar tetangga tersebut.

Perilaku MDK yang kerap menyerang orang lain membuat masyarakat yang ada di sekitar rumah MDK takut untuk lewat di depan rumah MDK terutama saat MDK berada di rumah. Hal ini dibenarkan oleh kerabat MDK Menurut kerabat MDK tetangga sering ketakutan untuk lewat di depan rumah MDK Tetangga takut dikejar oleh MDK Agar tidak dikejar MDK maka para tetangga yang lewat di depan rumah akan lewat tanpa melihat dan menyapa jika ada MDK di depan rumah.

Selain MDK sering mengejar tetangga yang lewat di depan rumah, MDK pernah memukul ayah kandungnya. Peristiwa ini membuat tetangga sekitar MDK semakin takut. Menurut tetangga, jika ayahnya saja bisa dipukul apalagi

orang lain yang cuma tetangga. Oleh karena itu, tetangga takut bila MDK berada di rumah. Kerabat MDK juga berpendapat sama, bahwa MDK bisa menyerang orang lain karena MDK berani menyerang ayahnya.

Akan tetapi pernyataan lain datang dari paman MDK Sebagai kerabat, ia tidak takut terhadap perilaku MDK karena sering membantu Abid bila MDK kambuh, dan membawanya ke Rumah Sakit Jiwa.

Meskipun perilaku MDK membayakan orang lain terutama saat kambuh, akan tetapi warga sekitar rumah MDK tidak keberatan dengan keberadan MDK di lingkungannya. Menurut ketua RT tempat tinggal MDK masyarakat terbuka untuk menerima MDK sepulang dari Rumah Sakit Jiwa, karena meski MDK pernah memukul bapaknya, akan tetapi tidak pernah melukai tetangganya.

3) Motivasi untuk menyembuhkan anggota keluarga

Dalam usaha pengobatan keluarga MDK telah mengusahakan berbagai pengobatan. MDK telah menjalani 2 pengobatan yakni pengobatan medis dan pengobatan non medis. Pengobatan media dijalani MDK setelah memiliki istri. Setelah memilki istri MDK salalu menjalani perawatan medis bila kambuh. Sebelum memiliki istri MDK selalu menjalani perawatan non medis.

Abdullah Abid telah mengusahakan berbagai pengobatan non medis mulai dari dukun sampai kyai. Abid selalu bertanya pada tetangga atau pelanggan mengenai pengobatan non medis yang terbaik di Jepara. Menurut tetangga hampir semua dukun dan kyai yang terkenal baik telah didatangi Abid akan tetapi MDK tidak mununjukkan perbaikan kondisi. Menurut tetangga setiap

ada orang yang memberitahukan ada pengobatan non medis yang baik keluarga MDK pasti membawa MDK ke tempat tersebut.

4) Gagalnya keluarga sebagai bagian dari *treatment*

Keluarga tidak secara teratur mengajak kontrol dan membeli obat bila obat MDK telah habis. Keluarga tidak membawa kontrol MDK bila melihat kondisi MDK yang telah membaik. Keluarga akan kontrol bila MDK kambuh. Ketidakmauan keluarga untuk membawa MDK kontrol menunjukkan ketidaksiapan keluarga untuk merawat dan menerima MDK bila MDK berada di rumah.

Keluarga mengenali perubahan perilaku yang terjadi pada MDK Menurut kelurga sebelum sakit MDK pendiam, tidak suka marah-marah penurut dan anaknya pintar akan tetapi setelah mengalami gangguan jiwa MDK jadi lebih pendiam, sering marah-marah tanpa sebab, MDK lebih sering mondar-mandir di rumah, tidak mau bekerja. Selain keluarga MDK kerabat dan tetangga MDK juga mengenali perubahan yang terjadi pada MDK sebelum dan sesudah sakit.

Menurut kerabat sebelum sakit MDK orang yang pendiam akan tetapi baik terhadap orang lain, akan tetapi MDK menjadi lebih pendiam setelah sakit, jarang bergaul dengan tetangga, lebih sering di rumah. Menurut tetangga sebelum sakit MDK merupakan orang yang pendiam dan jarang bergaul dengan tetangga.

Selain tetangga yang mengenali perilaku MDK ketika MDK mengalami gangguan jiwa, kerabat MDK juga mengenali perilaku MDK setelah menderita gangguan jiwa terutama saat MDK akan kambuh. Bila MDK akan kambuh

MDK mulai tidak mau minum obat, obat yang diberikan selalu dibuang, sering meludah, mondar-mandir di depan rumah dan mengamuk tanpa sebab yang jelas. Biasanya bila telah muncul tanda-tanda tersebut malam harinya MDK langsung dibawa ke Rumah Sakit Jiwa.

Menurut keluarga bila kondisi MDK telah membaik keluarga tidak pernah mengajak MDK kontrol ke Rumah Sakit Jiwa Semarang atau rumah sakit yang dirujuk oleh RSJ Semarang yang ada di Jepara.

Keluarga MDK tidak memahami dan mengenali jenis gangguan dan pola perilaku yang dialami oleh MDK Keluarga tidak tahu bahwa gangguan jiwa yang dialami oleh MDK harus terus menjalani perawatan dan pemantauan secara berkesinambungan dari dokter yang merawat MDK Hal ini terlihat dari sikap acuh keluarga terhadap perilaku kontrol yang seharusnya dijalani MDK Keluarga tidak pernah mengajak kontrol MDK Keluarga akan mebawa MDK ke rumah sakit bila MDK telah dalam kondisi kambuh. Keluarga juga tidak mengenali pola kekambuhan yang ada pada jenis gangguan yang diderita MDK Keluarga juga tidak memahami pencetus yang bisa mencetuskan gangguan yang diderita oleh MDK

Menurut kerabat sebelum sakit MDK merupakan anak yang sopan tidak berani melawan orang tua namun tiba-tiba MDK mengeluh sakit kepala dan tiba-tiba memukul ayahnya sendiri. Dari peristiwa tersebut kerabat MDK mengetahui bahwa MDK mengalami gangguan jiwa.

Keluarga MDK kurang bisa mengenali pola perilaku kekambuhan yang diderita MDK Hal ini terlihat dari kurang tahunya pola perilaku kambuh MDK

Menurut istri Abid keluarga tidak tahu mengenai gangguan jiwa yang keluarga tahu saat pertama kali sakit MDK mengeluh panas yang tinggi dan kejang-kejang.

Keluarga tidak memahami bahwa gangguan jiwa dapat timbul kembali bila pemakaian obat dihetikan tanpa petunjuk dari dokter. Keluarga hanya mengetahui gangguan jiwa sama seperti penyakit fisik, yang satu kali penyembuhan langsung sembuh. Tidak hanya keluarga, kerabat MDK juga tidak memahami bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang dapat dengan mudah kambuh kembali bila terdapat faktor pemicunya. Hal ini terlihat dari pernyataan keluarga, kerabat dan tetangga yang menyatakan MDK telah dibawa ke mana-mana akan tetapi tidak sembuh juga malah semakin parah.

5) Budaya

Keluarga mempercayai gangguan jiwa yang disebabkan oleh MDK disebabkan adanya makhluk halus yang masuk ke dalam tubuh MDK Setelah MDK menikah setiap kambuh istri MDK membawa MDK ke rumah sakit.

Keluarga MDK menganggap gangguan jiwa yang dialami oleh MDK disebabkan oleh karena MDK kerupan. Hal ini terlihat dari pengobatan yang diberikan selama MDK belum menikah. Keluarga MDK tidak mengetahui bahwa gangguan jiwa bisa disebabkan oleh faktor keturunan. Dikeluarga MDK terdapat anggota keluarga yang juga menderita gangguan yang sama yakin neneknya.

Saat sakit pertama kali sakit keluarga membawa ke dukun karena keluarga mengira MDK kerusupan makhlus halus. Selain mengira kesurupan makhluk

halus keluarga juga mempertimbangkan MDK masih sekolah. Keluarga merasa tidak mungkin membawa ke rumah sakit. Istri MDK tidak pernah membawa MDK ke pengobatan alternatif, istri MDK lebih memilih pengobatan medis.

Pengobatan yang direkomendasikan oleh tetangga biasanya bersifat pengobatan alternatif seperti berobat pada ustadz atau kyai namun menurut tetangga tidak ada hasil baru setelah menikah istrinya membawa MDK ke Rumah Sakit Jiwa.

Penanganan atas sakit lebih banyak menggunakan pengobatan alternatif atau pengobatan tradisional sampai MDK menikah dan bila kambuh istri MDK membawa MDK berobat ke RSJ Semarang. Abid kakak MDK lebih sering menggunakan pengobatan tradisional dan alternatif sebagai alternatif penyembuhan gangguan jiwa yang dialami oleh MDK Baru setelah istri MDK membawa ke Rumah Sakit Jiwa, Abid mengikuti jejak istri MDK membawa ke Rumah Sakit Jiwa bila MDK kambuh.

6) Pesimisme Keluarga akan Masa Depan MDK

Keluarga pesimis dengan masa depan MDK Abid kakak MDK pesimis dengan kesembuhan MDK oleh karena itu Abid lebih memilih menitipkan MDK di Rumah Sakit Jiwa. Abid telah mencoba berbagai pengobatan dari pengobatan t tadisional sampai pengobatan medis namun kondisi MDK tidak juga membaik.

Kerabat dan tetangga MDK juga berpendapat sama MDK tidak memilki masa depan yang baik. Menurut tetangga MDK telah menjalani berbagai pengobatan akan tetapi belum juga sembuh malah sekarang ditinggal oleh

istrinya. Kerabat MDK juga berpendapat sama MDK telah menjalani berbagai pengobatan akan tetapi belum juga sembuh.

MDK sendiri selama di Rumah Sakit Jiwa terlihat menarik diri. MDK jarang bergaul dengan teman satu bangsal. MDK lebih sering berada di kamar daripada mengobrol dengan teman-teman satu bangsal. Bila diajak ngobrol oleh orang lain MDK lebih memilih diam dan meninggalkan temannya untuk pergi tidur. MDK selama berada di rumah sakit jarang mengikuti kegiatan yang dilaksanakan oleh pihak keperawatan misalnya terapi kelompok dan terapi okupasi.

7) Pola Hubungan Keluarga dan Rumah Sakit

Menurut keluarga rumah sakit tidak memberikan informasi apa-apa ketika mereka datang ke rumah sakit. Biasanya Abdullah Abid yang bertanya kepada perawat. Menurut keluarga MDK rumah sakit hanya memberikan informasi bahwa MDK telah baik kondisinya dan telah siap untuk dibawa pulang.

Keluarga MDK tidak menganggap Rumah Sakit Jiwa sebagai patner akan tetapi sebagai tempat untuk menitipkan MDK dan menyembuhkan MDK Keluarga tidak memahami bahwa keluarga bagian dari perawatan yang dijalani oleh MDK selama berada di rumah sakit.

Menurut keluarga MDK tidak akan dibawa pulang sampai keluarga mendapatkan lingkungan yang lebih baik selain lingkungan rumah. Menurut kerabat MDK keluarga merasa lingkungan rumah bukan merupakan lingkungan yang cocok bagi MDK sehingga perlu lingkungan yang baru yang lebih cocok dengan MDK Perilaku keluarga MDK menunjukkan ketidaksiapan

keluarga dan kerabat MDK untuk menerima MDK kembali ke rumah. MDK dikucilkan dengan menundanya kembali ke rumah dan keluarga mencarikan tempat baru bagi MDK

8) HarapanKesembuhan Rawat Inap yang di Jalani

Ketika keluarga membawa MDK ke rumah sakit untuk menjalani perawatan, keluarga memiliki harapanyang tinggi bahwa MDK akan sembuh dari gangguan jiwa. Namun harapanyang tinggi untuk sembuh tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Gangguan jiwa yang diderita MDK tidak secara total sembuh, saat MDK berada di rumah MDK tetap kambuh bahkan semakin kambuh kondisinya semakin parah. Harapanyang tinggi namun kenyataan tidak sesuai dengan harapanmendorong keluarga bereaksi negatif dalam menghadapi kepulangan MDK Reaksi negatif diindikasikan dengan perilaku keluarga yang terus menunda kepulangan MDK ke rumah dan keluarga terus berusaha mempertahankan MDK untuk tetap berada di rumah sakit.

5.2 Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo Semarang

5.2.1 Fasilitas Rumah Sakit

Rumah Sakit Jiwa dr Amino Gondhohutomo merupakan rumah sakit yang melayani masyarakat di bidang kesehatan jiwa. Meskipun secara khusus melayani masyarakat dalam hal gangguan jiwa, akan tetapi dalam perkembangannya RSJ Semarang melayani bidang kesehatan secara umum seperti tersedianya poli gigi, pelayanan tes psikologis dan lain-lain. RSJ Semarang memiliki dua jenis

pelayanan bagi penderita gangguan jiwa. pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat niap.

Pelayanan rawat inap diperuntukkan bagi pasien yang telah dirujuk dari dokter Rumah Sakit Jiwa Semarang ataupun dari instansi kesehatan lain. Sedangkan rawat jalan diperuntukkan bagi masyarakat yang memeriksakan kesehatan mental namun dan bagi pasien yang telah menjalani rawat inap namun secara berkelanjutan menjalani rawat jalan.

Rumah Sakit Jiwa Semarang memilki daya tampung pasien sebesar 285 tempat tidur. Terbagi dari kelas VIP sampai kelas 3. Kamar VIP terdiri dari 27 kamar sedangkan sisanya tersebar dari kelas 1 sampai kelas 3 dan ruang gawat darurat.

Beberapa bangsal memiliki 2 kelas misalnya bangsal X (kresna) terdiri dari kelas 1 dan 2, bangsal IX (Janoko) yang terdiri dari VIP A, VIP B, larasati terdiri dari kelas HCU, kelas 1 dan 2 dan dewaruci kelas 2 dan 3. Agar lebih jelasn, maka dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 5.1
Kapasitas Kamar Rawat Inap RSJ dr.Amino Gondhohutomo

No	Ruang	Kelas					Kap. TT
		HCU	VIP	I	II	III	
1.	Arimbi (I)	-	-	-	-	26	26
2.	Brotojoyo (II)	-	-	-	-	26	26
3.	Citro Anggodo (III)	-	-	-	-	26	26
4.	Dewa Ruci (IV)	-	-	-	12	8	20
5.	Edro Tenoyo (V)	-	-	-	-	26	26

6.	Gatot Kaca (VI)	-	-	-	-	26	26
7.	Hudowo (VII)	-	-	-	-	26	26
8.	Irawan Wibisono (VIII)	-	-	-	-	26	26
9.	Janoko (IX)	-	10	-	-	-	10
10.	Kresno (X)	-	-	6	12	-	18
11.	Larasati (XI)	20	-	6	12	-	38
12.	Nakula	-	9	-	-	-	9
12.	Amino (RKO)	-	8	-	-	-	8
	Jumlah	20	27	12	36	190	285

Penyembuhan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Semarang mengacu pada penyembuhan yang komprehensif. Hal ini berarti, tidak hanya penyembuhan secara mental bagi para pasien gangguan jiwa, namun rumah sakit juga memberikan rehabilitasi sosial bagi pasien yang akan pulang.

Dalam upaya rehabilitasi pasien tidak hanya memberikan keterampilan saja petugas rehabilitasi juga memberikan motivasi kepada pasien agar pasien mau secara teratur minum obat yang diberikan dokter dan selalu bersyukur dengan setiap kondisi yang ada serta tidak lupa untuk selalu mendekatkan diri dengan tuhan yang maha esa.

Faslilitas bagi pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa dr. Amino Gondhohutomo adalah :

1. Paket rawat inap 21 hari
2. Rehabilitasi sosial
3. Tes psikologis

5.2.5 Perawatan Pasien Rawat Inap

Paket rawat inap 21 hari diberikan pada pasien ganguan jiwa yang telah mendapatkan rujukan dari dokter untuk menjalani rawat inap di rumah sakit. Pasien akan diberi perawatan selama 21 hari. Jumlah hari perawatan yang lama dikarenakan gangguan jiwa tidak mudah sembuh seperti halnya penyakit fisik.

Namun meski paket perawatan adalah 21 hari, keluarga dapat menjemput pasien sebelum 21 hari jika telah mendapatkan persetujuan dari dokter yang menangani. Pada keluarga pasien yang membawa pulang angota keluarga sebelum 21 hari biasanya dikarenakan faktor biaya yang cukup tinggi selama pasien menjalani rawat inap di rumah sakit. Namun ada pula keluarga yang membawa pulang pasien karena kondisi pasien yang telah membaik. Biasanya keluarga yang membawa pasien sebelum 21 hari yang dikarenakan kondisi yang telah membaik, keluarga memantau perkembangan pasien hampir setiap hari melalui telpon dengan perawat.

Pasien akan menjalani perawatan hingga kondisinya membaik di bangsal perawatan. Selama 21 hari di rumah sakit pasien akan diberi obat secara rutin. Bagi pasien baru masuk biasanya dokter akan memberikan obat 3 kali sehari akan tetapi bagi pasien yang telah membaik kondisinya dokter akan mengurangi obat yang diberikan kepada pasien, misalnya yang tadinya tiga kali sehari menjadi dua kali sehari. Dan kondisi telah stabil dokter akan memberikan obat satu kali sehari.

Pemberian obat di rumah sakit tidaklah sama meski dengan pasien yang sama. Hal ini terjadi pada ke empat subjek penelitian. Meski pasien telah lama di rumah sakit pasien belum tentu obat yang diberikan oleh dokter berkurang,

misalnya MDK dilihat dari perkembangannya MDK sampai sekarang MDK tetap minum obat dua hingga tiga kali sehari. Sedangkan karena kondisi SH dan RG telah membaik, maka hanya meminum obat satu atau dua kali dalam sehari.

Namun tidak selalu SH dan RG minum obat dua kali sehari, bila SH dan RG sedang kambuh misalnya halusinasi RG dan SH muncul kembali maka dokter akan kembali meninggkatkan dosis RG dan SH. Namun bila kondisi RG dan SH kembali membaik maka dosis obat akan kembali diturunkan.

Keteraturan minum obat dapat mencegah kekambuhan pasien baik selama berada di rumah sakit maupun selama berada di rumah. Keteraturan minum obat tidak hanya teratur secara dosis akan tetapi juga teratur jam minum obat. Menurut dokter Hestu keluarga sering tidak memperhatikan pola minum obat penderita gangguan jiwa. keluarga sering lupa memberikan obat sesuai dengan waktunya. Menurut dokter Hestu keluarga akan memberikan obat seingat dan sesempat keluarga hal ini mengacaukan pola minum obat pasien dan hal ini dapat memicu kekambuhan pasien.

Rumah sakit tetap menganjurkan agar keluarga tetap mengawasi pola perilaku pasien dalam hal minum obat agar obat yang diberikan oleh dokter tidak sampai terbuang. Rumah sakit juga memberikan anjuran kepada keluarga agar keluarga memberikan aktivitas terhadap pasien agar pasien tidak berdiam diri di rumah.

Selama pasien berada di rumah sakit pasien akan melakukan aktivitas. Bila kondisi pasien telah tenang maka pasien akan diseleksi oleh psikolog untuk mengikuti rehabilitasi. Setelah diseleksi oleh pihak psikolog, sesuai dengan

dengan instruksi dari psikolog pasien akan mengikuti rehabilitasi sesuai dengan hasil tes misalnya : pertukangan dan perkayuan, pertamanan, makrame dan kerajinan tangan lainnya.

Rehabilitasi sosial yang ada di RSJ Semarang berguna untuk menunjang rehabilitasi medik pasien yang telah dijalankan oleh pasien. Terdapat dua tipe pasien yang mengikuti rehabilitasi sosial yang diadakan oleh pihak rumah sakit yakni pasien yang sedang menjalani rawai inap di rumah sakit (*inpasien)* dan pasien rawat jalan (*day care).* Untuk dapat mengikuti rehabilitasi sosial pasien harus memenuhi persyaratan rehabilitasi yaitu : kondisi pasien harus tenang, pasien mengikuti tes psikologis syarat ini berlaku pada pasien yang menjalani rawat inap sedangkan pasien rawat jalan mempunyai ketentuan sendiri yaitu : keluarga harus mampu membayar, besarnya biaya sesuai dengan kemampuan keluarga.

Setelah menjalani rehabilitasi pasien akan mendapatkan penilaian. Lembar penilaian bertujuan untuk mengukur seberapa menguasai kemampuan yang telah diajarkan oleh petugas rehabilitasi kepada pasien. Lembar pasien diberikan kepada pasien saat pasien akan pulang ke rumah. Lembar penilaian merupakan bukti pasien telah selesai mengikuti rehabilitasi sosial dan telah siap pulang. Di rumah sakit pasien diawasi dengan ketat tidak terkecuali di ruang rehabilitasi.

Rehabilitasi dipersiapkan oleh pihak rumah sakit bagi pasien yang akan kembali ke rumah dan akan kembali bermasyarakat. Pasien dapat berlatih ketrampilan tangan yang ada di rehabilitasi agar pasien siap kembali ke rumah dan ke masyarakat. Di rumah sakit pasien diawasi oleh para perawat dan petugas

rehabilitasi. Rehabilitasi di RSJ Semarang mengacu pada tri upaya bina jiwa yaitu, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Setelah mengikuti rehabilitasi diharapkan pasien akan memperoleh ketrampilan sederhana yang akan membantu pasien kembali ke keluarga dan masyarakat. Di rehabilitasi pasien juga mendapatkan bimbingan rohani. Kerajianan tangan yang diberikan kepada pasien wanita lebih pada kerajinan tangan sederhana seperti makrame dan kerajinan mute-mute. Kerajinan ini bisa dilakukan di rumah sendiri.

Selain melakukan aktivitas di rehabilitasi pasien juga mengikuti terapi aktivitas kelompok yang dilakukan oleh perawat yang sedang magang. Terapi kelompok biasanya dilakukan pada pagi atau sore hari bergantung pada kondisi pasien. Pasien juga menjalankan pemeriksaan penunjang untuk mengetahui perkembangan perawatan yang dijalani oleh pasien.

Menurut psikolog pasien dikatakan telah membaik dan telah siap pulang apabila kondisi pasien telah stabil baik emosi dan pikirannya dan yang terpenting adalah kesadaran diri pasien atau *insight* pasien akan kondisi sakitnya. Secara ideal rumah sakit memberrikan ketentuan pasien pulang adalah harus terpenuhinya kesetabilan emosi dan pikiran, perilaku, kooperatif dan pasien sudah tenang.

Indikasi pasien dapat melanjutkan perawatan di rumah adalah pasien telah tenang, kooperatif dengan rumah sakit, dan dokter sudah memberikan ijin untuk pulang maka pihak bangsal akan menghubungi keluarga pasien agar pasien

dibawa pulang. Pihak rumah sakit akan memberi kabar kepada keluarga pasien bahwa kondisi pasien telah membaik.

Rumah sakit akan menunggu reaksi dari keluarga, bila pengkabaran pertama tidak direspon oleh pihak keluarga maka rumah sakit akan memberikan kabar dua kali lagi kepada keluarga. seletelah tiga kali pengkabaran keluarga tetap tidak memberikan respon maka rumah sakit akan melakukan droping kepada pasien. *Droping* adalah pulang paksa pasien bila pasien telah membaik akan tetapi tidak ada kabar dari keluarga setelah rumah sakit memberikan pengkabaran.

Droping akan dilakukan dengan melalui beberapa prosedur yakni, pasien akan melalui *audit medical* yang melibatkan perawat dokter dan unit lain setelah melalui rapat pasien yang keluarga tidak ada kabar akan diusulkan droping setelah mendapatkan persetujuan dari direktur rumah sakit maka pasien akan didroping sesuai dengan alamat yang tertera di status pasien.

Bila selama 21 hari pasien telah membaik namun keluarga belum pernah menjenguk dan tidak ada kabar dari keluarga maka rehabilitasi akan melakukan droping pada pasien yang bersangkutan. Adapun syarat droping adalah sebagai berikut : *born* (kapasitas tertinggi untuk menampung pasien) rumah sakit dalam kondisi tinggi, keluarga tidak kooperatif.

Bila kondisi pasien telah membaik akan tetapi keluarga belum berkeinginan untuk menjemput maka pihak rumah sakit akan memberikan pengertian kepada keluarga bahwa rumah sakit jiwa bukan merupakan penitipan pasien. Jika kondisi telah membaik maka pasien harus dibawa pulang. Namun demikina rumah sakit memberikan kelonggaran pada keluarga pasein dengan alasan dan perjanjian

tertentu. Rumah sakit akan memberikan kelonggaran pada keluarga pasein samapi batas tertentu. Tidak semua pasien yang keluarganya ingin menitipkan lebih lama di rumah sakit dapat diterima rumah sakit.

Kriteria yang harus dipenuhi oleh keluarga bila ingin menitipkan sementara di rumah sakit kriteria tersebut, yaitu keluarga yang sedang membangun rumah atau pindah rumah, atau kondisi tanpa perawatan bila berada di rumah sementara keluarga khawatir pasien akan mengganggu orang lain. Selama keluarga menitipkan pasien di rumah sakit keluarga harus memenuhi perjanjian yang diberikan rumah sakit sebelum pihak keluarga menitipkan untuk sementara di rumah sakit. Perjanjian yang harus disepakati adalah sebagai berikut, keluarga harus rajin membayar administrasi rumah sakit, keluarga harus kooperatif dengan rumah sakit, keluarga harus tetap menjenguk pasien selama pasien berada di rumah sakit, sesekali pasien dibawa pulang.

5.2.3 Pandangan Rumah Sakit mengenai Keluarga Pasien

Keluarga dapat mencegah kekambuhan pasien dengan menjaga pasien dan pencetus kambuhan dari penyakit. Keluarga tidak boleh menjauhi pasien keluarga harus menjaga emosi pasien sehingga tetangga tidak takut terhadap pasien. Keluarga harus mengajak pasien beraktifitas yang berhubungan dengan masyarakat seperti pengajian dan arisan.

Pasien yang memiliki *insight* baik dan didukung oleh keluarga pasien akan sulit untuk kambuh dan pasien tidak harus minum obat setiap hari, pasien bisa secara bertahap mengurangi frekuensi minum obat sampai hanya bila gejala penyakit akan muncul.

Motivasi untuk sembuh dari diri pasien bagian penting bagi kesembuhan pasien. Menurut dokter Hestu, motivasi dalam diri pasien yang mengalami gangguan jiwa sangatlah penting. Motivasi untuk sembuh membantu mendorong pasien untuk mau minum obat dan mematuhi semua yang dianjurkan oleh dokter. Pada 4 pasien yang dijadikan penelitian memiliki motivasi yang rendah untuk sembuh.

MDK SH, UJ, dan RG memiliki motivasi rendah untuk sembuh. Ketiganya sulit untuk minum obat, terutama jika berada di rumah. SH, RG, UJ, MDK cenderung menolak dan marah-marah untuk minum obat jika diingatkan keluarga bila berada di rumah. Namun jika berada di rumah Sakit, pasien mau minum obat dan terlihat baik-baik saja. Hal ini menunjukkan motivasi yang rendah untuk sembuh. Kecenderungan pasien mau minum obat karena mendapatkan *reward* pulang bila mau minum obat. Sehingga pasien mau dengan teratur minum obat.

Menurut dokter yang menangani SH, RG, UJ, MDK selain motivasi pasien yang penting bagi kesembuhan pasien motivasi keluarga juga sangat penting bagi kesembuhan pasien. Motivasi keluarga untuk menyembuhkan pasien berpengaruh pada kesiapan keluarga itu sendiri untuk menerima kembali pasien pulang ke rumah.

Menurut dokter dan perawat yang menangani SH, RG, UJ, dan Masduki, diantara keempat pasien, keluarga yang memiliki motivasi yang cukup baik adalah keluarga SH sedangkan keluarga RG dan MDK menurut perawat dan dokter kurang memiliki memiliki motivasi. Dokter dan perawat melihat motovasi keluarga SH, RG dan MDK dari kooperatifnya keluarga selama pasien berada di Rumah Sakit Jiwa.

Dalam penyembuhan pasien, keluarga perlu berperan aktif. Baik saat di rumah sakit atau saat berada di rumah. Bila berada di rumah, peran aktif keluarga ditunjukkan dengan kesadaran keluarga untuk memahami pola perilaku pasien selama berada di rumah, misalnya keluarga harus sabar menuntun pasien untuk kembali melakukan aktivitas yang berada di rumah. Keluarga harus selalu siap untuk mengingatkan pasien dengan lembut bila pasien mulai tidak mau melakukan aktivitas selama berada di rumah. Keluarga juga tidak boleh marah saat pasien selalu salah melakukan aktivitas yang ada di rumah, karena kesalahan yang ada pada diri pasien disebabkan oleh kemunduran kemampuan dan munculnya gejala sisa.

Kesiapan keluarga juga ditinjukkan dengan keluarga tidak menganggap pasien sebagai orang gila dan mendeskriminasi pasien, sehingga pasien merasa tidak dihargai selama berada di rumah. Keluarga tidak perlu memberikan pengawasan yang ketat yang dapat mengganggu kenyamanan pasien, karena tidak setiap waktu pasien memerlukan pengawasan dari orang disekitar. Pasien perlu diberi kebebasan untuk melakukan aktivitas selama di rumah, pasien yang kondisinya telah membaik dapat bekerja kembali seperti sediakala.

Menurut perawat, keempat subjek penelitian sulit untuk sembuh seperti sediakala. Hal ini didasarkan pada jenis penyakit yang diderita pasien dan seringnya pasien itu kambuh. Tiga dari empat pasien tersebut mempunyai frekuensi kambuh yang cukup tinggi.

Menurut petugas rehabilitasi, meski pasien ganggun jiwa tidak dapat kembali normal, namun pasien tetap dapat menjalani hidup dengan normal setelah

menjalani proses rehabilitasi sosial. Pasien bisa membaur dengan tetangga yang ada disekitarnya. Pasien dapat melanjutkan kehidupannya, antara lain seperti berumah tangga, kuliah dan bekerja.

Menurut pihak rumah sakit, pasien masih mungkin kambuh meskipun masih berada di rumah sakit, akan tetapi tingkat kekambuhan pasien di rumah sakit tidak sampai pada tingkat parah. Hal ini disebabkan di rumah sakit selalu mengecek kondisi pasien setiap hari sehingga begitu gejala muncul langsung dapat diatasi sebelum gejala yang lain muncul, yakni dengan memberi obat sehingga kekambuhan pasien tidak sampai pada taraf mengamuk.

Bila pasien berada di ruang rehabilitasi pasien akan diawasi dan dituntun dengan sabar. Petugas rehabilitasi akan dengan sabar mengingatkan pasien untuk kembali berlatih. Bila pasien kembali bengong, berdiam diri maka petugas akan dengan sabar mengingatkan pasien untuk kembali melanjutkan pekerjaan. Hal itu dilakukan oleh petugas rehabilitasi setiap pasien kembali tidak mau berlatih. Petugas rehabilitasi, perawat dan dokter selalu bersabar dan memahami pola perilaku pasien sehingga ketika pasien berada di rumah sakit pasien akan dalam kondisi yang baik.

Hal ini berbeda dengan keadaan di rumah ketika pasien berada di rumah. Menurut dokter keluarga tidak mau memahami pasien. Setelah pasien berada di rumah keluarga tidak siap dengan keberadaan pasien setelah pasien kembali dari rumah sakit.

Keluarga tidak memahami kondisi pasien yang baru. Menurut dokter lingkungan di rumah yang terlalu menekan pasien membuat pasien mudah kambuh. Misalnya anggota keluarga yang marah bila pasien hanya diam saja tidak mau melakukan aktivitas ketika pasien berada di rumah, marah bila pasien tidak bisa melakukan pekerjaan rumah dan membirkan pasien bengong atau berdiam diri di rumah. Pasien yang mudah kambuh membuat kesiapan keluarga menjadi berubah dari siap menjadi siap.

Keluarga yang tidak mengingkan pasien pulang menurut pihak rumah sakit disebabkan karena keluarga juga tidak mengerti mengenai gangguan jiwa sehingga bila pasien berada di rumah pasien dianggap sebagai aib oleh keluarga. Keluarga tidak tahu bagaimana cara merawat pasien, keluarga bingung harus menempatkan pasien dimana setelah pasien pulang ke rumah.

Diantara ke 4 keluarga pasien tersebut, keluarga pasien, keluarga SH adalah keluarga yang paling kooperatif. Rumah sakit menilai kooperatif keluarga pasien salah satunya dari frekuensi keluarga untuk menjenguk pasien. Keluarga SH setiap dua minggu sekali menjenguk SH di rumah sakit sedangakan keluarga MDK dan RG selama keduanya berada di rumah sakit keluarga belum pernah menjenguk. Sampai penelitian dilakukan keluarga MDK dan RG belum pernah menjenguk.

Diantara pasien yang mengalami penundaan adalah SH, RG, dan MDK ke tiganya telah tinggal lama di rumah sakit. SH telah 4 tahun berada di rumah sakit sedangkan RG dan MDK telah ±1 tahun berada di rumah sakit akan tetapi ke tiganya telah sering masuk Rumah Sakit dr. Amino Gondhohutomo. Dua dari

ketiga pasien mengalami perubahan perilaku yakni SH dan RG. Setelah tinggal lama, SH dan RG lebih bisa menerima keadaan diri dan tidak terus minta pulang. RG setelah tinggal lama di rumah sakit lebih pendiam dan tidak lagi bertanya kapan pulang ke rumah, namun RG lebih menarik diri dengan teman satu bangsal RG lebih pendiam daripada sebelumnya.

Sedangkan MDK selama di rumah sakit tidak terlalu banyak mengalami perubahan. MDK selama berada di rumah sakit diam, tidak suka berbicara dengan orang lain, MDK lebih suka di kamar daripada bergaul dengan teman-teman satu bangsal. Terkadang MDK duduk bersama dengan temannya akan tetapi MDK hanya diam kemudian masuk kamar lagi. Keluarga MDK menurut perawat merupakan keluarga yang kurang kooperatif. Selama MDK berada di rumah sakit keluarga MDK belum pernah menjenguk MDK

MDK selama menjalani perawatan di rumah sakit keluarga belum pernah sekalipun menjenguk MDK Rumah sakit sudah sering memberi kabar kepada pihak keluarga akan tetapi keluarga MDK tetap belum pernah menjenguk MDK Jika dibandingkan diantara RG, MDK dan SH keluarga yang memiliki motivasi yang bagus adalah keluarga SH. Menurut perawat diantara keempat pasien yakni SH, RG, MDK dan UJ yang memiliki motivasi untuk sembuh paling baik adalah SH. Meskipun ketika berada di rumah keempat pasien sama-sama tidak mau minum obat. Keempat pasien sering menolak minum obat dan membuang obat yang diberikan.

Namun bila berada di rumah sakit ke empat pasien mau secara rutin minum obat, yang membedakan adalah SH mau melakukan aktivitas sehari-hari,

membantu perawat sedangkan ketiga pasien yang lainnya tidak mau melakukan aktifitas sehari-hari. MDK lebih suka berdiam diri dikamar dan tidak mau bergaul dengan temannya, RG lebih senang tidur dan merokok serta jalan-jalan memutari rumah sakit. Sedangkan UJ lebih suka nonton TV dan tidur bila disuruh untuk melakukan aktifitas.

Kebanyakan keluarga pasien tidak siap untuk menerima kembali pasien ke rumah. Hal ini ditunjukkan dengan sikap keluarga yang tidak sabar menghadapi pasien selama berada di rumah dan mengangap pasien orang gila yang tidak bisa melakukan aktivitas. Sebagai lingkungan terdekat pasien keluarga sendiri tidak boleh memberikan stigma negatif terhadap pasien, misalnya dengan menyebutnya orang gila hal ini akan menyebabkan pasien meresa rendah diri dan marah, pada akhirnya pasien akan kambuh dan kembali ke rumah sakit.

Menurut psikolog rumah sakit, kesiapan keluarga untuk menerima kembali pasien setelah pulang daru rawat inap juga bergantung pada faktor ekonomi. Keluarga dari bangsal JPS rata-rata merupakan keluarga dari kalangan ekonomi yang tidak mampu. Untuk perawatan di sini keluarga bisa menggunakan surat askeskin namun untuk menjenguk dan kontrol keluarga miskin tidak punya uang sehingga terkadang pasien dari kalangan ekonomi tidak mampu tidak dijenguk oleh keluarganya dan pulang ke rumah sering droping.

Pasien dari kalangan ekonomi lemah jarang melakukan kontrol ke rumah sakit, maka pasien dari sering kembali ke rumah sakit yang sama karena pasien tidak melakukan kontrol ke rumah sakit saat obat dari dokter habis. Pada pasien

dari keluarga miskin biasanya tidak mau kontrol bila kondisi sudah membaik maka keluarga sudah menganggap pasien telah sembuh.

Keluarga merasa kontrol merupakan tindakan sia-sia karena hanya membuang uang. Untuk mengantisipasi hal ini Rumah Sakit Jiwa Semarang mengirimkan dokter ke daerah-daerah yang menjadi wilayah kerja dari RSJ Semarang. hal ini dilakukan agar pasien bisa menjangkau tanpa harus kontrol ke RSJ Semarang. Keluarga bisa membawa pasien ke Rumah Sakit Umum terdekat Menurut psikolog rumah sakit masa depan pasien bergantung pada pasien dan keluarga pasien untuk menerima pasien.

Menurut petugas rehabilitasi ada beberapa alasan keluaraga tidak datang menenjenguk pasien selama pasien berada di rumah sakit, diantaranya keluarga takut bila menjenguk pasien akan minta pulang, kesulitan ekonomi, malu di tengah masyarakat. Keluarga yang merasa malu bila sering berkunjung ke rumah sakit untuk menjenguk pasien sehingga keluarga sering berkunjung pada malam hari untuk menghindari masyarakat.

Menurut dokter terkadang keluarga pasien *over protective* terhadap pasien selama pasien berada di rumah. Keluarga tidak membiarkan pasien di rumah untuk beraktivitas. Keluarga membiarkan pasien berdiam diri di rumah. Hal ini memicu pasien untuk kambuh karena pasien tidak diberi aktivitas dan hal ini memicu munculnya halusinasi dan waham yang akan memicu kekambuhan pasien dan pada akhirnya pasien kembali dibawa ke rumah sakit

Perilaku keluarga yang *over protective* terhadap pasien juga mempengaruhi kesiapan keluarga itu sendiri. Sikap keluarga yang *protective* seperti tidak

memberikan pasien untuk melakukan aktivitas apapun, selalu mengawasi pasien setiap saat. Perilaku *over protective* tidak akan membantu pasien sembuh justru akan membuat pasien kembali kambuh karena membiarkan pasien tidak melakukan aktivitas apapun berarti membiarkan pasien melamun,bengong, dan halusinasi yang ada pada pasien akan semakin berkembang. Seringnya pasien kambuh akan membuat kesiapan keluarga berubah.

Semakin pasien sering kambuh pasien akan mengalami kemunduran. Hal ini disebabkan fungsi otak yang mengalmi kemunduran sebagai akibat dari penyakit dan obat-obatan serta *treatment* yang telah diberikan kepada pasien. Penanganan yang tidak benar sebelum dibawa ke rumah sakit akan membuat pasien sering kambuh. Pasien yang sering kambuh tidak hanya akan mengalami kemunduran kemampuan akan tetapi juga akan mengalami kemunduran kapaitas inteligensi.

Hal ini menyebabkan perubahan perilaku pasien yang cukup drastis. Misalnya pasien yang cerdas akan tetapi sering kambuh membuat pasien lupa dengan prestasi-prestasinya, tidak bisa melakukan kegiatan yang dahulunya pasien dapat melakukannya. Perubahan ini tidak dipahami oleh orang tua dan anggota keluarga yang lainnya. Keluarga menuntut pasien agar pasien seperti halnya orang normal lainnya.

Hal ini memberikan tekanan pada pasien sehingga pasien kambuh kembali dan keluarga kembali membawa pasien ke rumah sakit. Pola interaksi yang sama dari keluarga kepada pasien membuat pasien mudah kambuh dan kekambuahn membuat keluarga pasien merasa jenuh dan pada akhirnya keluarga tidak siap

untuk menerima pasien kembali ke rumah dan lebih merasa pasien lebih baik berada di rumah sakit.

Menurut perawat pasien yang telah menderita gangguan jiwa kondisinya tidak akan kembali seperti sediakala kecuali seseorang yang mengalami gangguan jiwa tersebut meninggal. Pasien dikatakan telah sembuh bila pasien telah membaik kondisinya, tidak mengamu, pasien telah tenang, kooperatif dengan petugas, mau minum obat. Bila pasien telah tenang pasien keluarga bisa membawa pasien pulang ke rumah.

5.2.4 Pandangan Rumah Sakit Mengenai Masyarakat

Menurut dokter Hestu dukungan masyarkat sangat diperlukan oleh keluarga dalam proses penyembuhan pasien terutama saat pasien berada di rumah. Masyarakat mempengaruhi kesiapan keluarga untuk menerima kembali pasien kembali ke rumah. Bila masyarakat tidak mau menerima pasien setelah pasien pulang dari rumah sakit maka keluarga merasa beban untuk menerima kembali anggota keluarganya. Keluarga akan merasa bagaimana anggota keluarganya akan bersosialisasi jika masyarakat tidak mau menerima kembali anggota keluarganya. Keluarga akan merasa malu dan merasa keberadaannya tidak akan diakui oleh lingkungan sekitar bila anggota keluarga mereka tidak diakui karena menderita gangguan jiwa.

Lingkungan tempat tinggal pasien berpengaruh pada kesiapan keluarga dan pasien. Bila lingkungan tidak mau menerima pasien maka pasein akan kembali kemana setelah pasien itu membaik kondisinya. Sedangkan pada keluarga sendiri bila lingkungan tidak mau menerima maka keluarga akan susah untuk menerima

pasien kembali ke rumah. Sikap lingkungan yang menolak keberadaan pasien membuat keluarga lebih memilih menitipkan pasien di rumah sakit daripada membawa pasien pulang.

Dukungan masyarakat menurut dokter Hestu tidak hanya penting bagi keluarga akan tetapi juga penting bagi pasien. Setelah pulang dari rumah sakit pasien perlu bersosialisasi dengan masyaarakat agar pasien dapat kembali ke tengah masyarakat dan dapat bekerja kembali.

Oleh karena itu, menurut dokter Hestu dukungan masyarakat sangat diperlukan terutama kesadaran masyarakat mengenai gangguan jiwa. kesadaran masyarakat untuk menerima pasien yang kembali ke masyarakat sangat membantu keluarga dan pasien dalam proses penyembuhan.

Penolakan masyarakat disebabkan oleh adanya stigma negatif yang beredar di tengah masyarakat. Meski pengetahuan telah cepat berkembang namun stigma masyarakat mengnai gangguan jiwa masih negatif. Masyarakat masih memandang rendah penderita gangguan jiwa. masyarakat masih memandang penderita gangguan jiwa sama seperti orang yang bodoh, meskipun pada kenyataannya berbeda. Kondisi ini merugikan pasien dan keluarga penderita gangguan jiwa.

Masyarakat masih memandang negatif mengenai gangguan jiwa. masyarakat masih memandang gangguan jiwa merupakan penyakit yang paling jelek, penderitanya diam, suka bengong, depresi, halusinasi, dan bicara sendiri. Gejala-gejala gangguan jiwa menurut masyarakat memalukan sehingga penderita gangguan jiwa cenderung tidak dihargai oleh masyarakat sekitar. Hal ini merugikan keluarga dan penderita gangguan jiwa. bagi keluarga berdampak pada

penerimaan keluarga terhadap pasien. Sedangkan pada pasien berdampak mudahnya pasien kambuh dan kembali ke rumah sakit.

Menurut dr. Hestu sitgma yang ada di masyarakat membuat penderita dan keluarga merasa malu. Hal ini dikarenakan masyarakat menganggap gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan. Padahal tidak semua gangguan jiwa memiliki tanda-tanda yang sama. Umumnya masyarakat menganggap semua gangguann jiwa sama dengan jenis gangguan jiwa skizofrenia dan psikotik. Jenis gangguan ini memiliki tanda yang cukup menyimpang dari perilaku normal masyarakat. Seperti, pasien bicara sendiri, tertawa sendiri, marah-marah dan terladang menyerang orang lain. Gejala ini sangat menyimpang dengan norma perilaku yang ada di masyarakat pada umumnya, sehingga penyakit ini merupakan penyakit yang mentimpang dari perilaku normal yang ada di masyarakat.

Hal ini yang menyebabakan gangguan jiwa memiliki stigma yang negatif. Sitgma negatif yang ada di masyarakat merugikan pasien dan keluarga. bagi pasien, pasien merasa tidak dihargai, pasien merasa malu dengan apa yang dideritanya sehingga pasien menarik diri dari lingkungan, malu untuk bersosialisasi dengan masyarakat.

Menurut dr. Hestu stigma mempengaruhi keluarga. Keluarga yang berasal dari lingkungan ekonomi atas biasanya merasa malu bila anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Akibatnya keluarga lebih memilih pengobatan altrnatif seperti membawa ke paranormal atau dukun-dukun sehingga penyakit yang diderita oleh pasien akan semakin parah.

Kondisi ini memberikan tekanan pada pasien. Sedangkan bagi keluarga stigma yang ada di masyarakat membuat keluarga malu memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. keluarga merasa beban dengan adanya pasien berada di rumah. Pada akhirnya keluarga lebih memilih menitipkan pasien pada pihak rumah sakit. Menurut dokter Hestu ini sering kali terjadi. Pasien kembali ke rumah sakit dengan cepat akibat stresor yang datang dari rumah.

Menurut psikolog gangguan jiwa bukan penyakit yang memalukan. Akan tetapi di masyarakat awam masih menganggap gangguan jiwa merupakan hal yang memalukan. Menurut psikolog masyarakat menganggap gangguan jiwa sebagai hal yang memalukan karena penyakit ini berkaitan dengan kontrol diri seseorang yang kurang. Perilaku gangguan jiwa langsung berkaitan dengan norma perilaku yang ada dimasyarakat.

Pola perilaku gangguan jiwa yang menyimpang dari norma perilaku terutama norma kesopanan masyarakat membuat penderita dan keluarga merasa malu. Sehingga keluarga sering mengucilkan pasien demi menjaga harga diri keluarga. pasien juga sering merasa malu terhadap gangguan yang dialami oleh pasien sendiri. Kondisi pasien yang seperti ini memerlukan dukungan keluarga oleh karena itu keluarga perlu memiliki konsep diri yang positif.

Konsep diri yang positif ditandai dengan tidak malunya keluarga dan dengan cepat mencari solusi yang tepat bagi pasien. Namun bila keluarga memiliki konsep diri yang negatif keluarga akan merasa malu dengan pasien, keluarga akan mengucilkan pasien dan keluarga tidak membawa ke dokter untuk perawat.

Menurut dokter, prosentase kesembuhan pasien bergantung pada kesiapan keluarga pasien. Menurut dokter kesiapan keluarga ditandai dengan adanya perubahan perilaku keluarga ketika pasien kembali ke rumah. Keluarga seharusnya lebih memahami pasien dan pola perilaku pasien, bukan sebaliknya, yakni pasien yang memahami pola perilaku anggota keluarga yang ada di rumah.

Menurut dokter Hestu pasien ketika berada di rumah sakit kondisinya membaik dan pasien cenderung kondisinya stabil namun bila kembali ke rumah pasien akan kembali kambuh lagi. Hal ini disebabkan oleh *stressor* yang datang dari rumah dan lingkungan masyarakat. Bila di rumah keluarga tidak mau memahami pola perilaku pasien setelah sakit termasuk gejala sisa yang ditimbulkan, keluarga tetap memperlakukan pasien sepserti halnya pada saat belum sakit. Hal ini sering memicu kekambuhan pasien.

Menurut rumah sakit kebanyakan dari masyarakat yang tidak tahu menangani pasien gangguan jiwa bila pasien berada di rumah. Sehingga keluarga pasien sering memperlakukan pasien dengan tidak tepat. Perilaku keluarga yang tidak tepat misalnya mendiamkan pasien, terlalu *over protective* dengan pasien, tidak sabar dalam menangani pasien selama pasien di rumah dan mengucilkan pasien bila pasien berada di rumah.

PERPUSTAKAAN
UNNES

5.2.5 Data medis subjek penelitian

A. UJ

1. Identitas diri :

   Nama : UJ Junaedi

   Jenis Kelamin : laki-laki

   Agama : Islam

   Suku bangsa : Jawa

   Usia : 28 thn

   Pendidikan : SMK

   Alama : Jl. Progo gang bakti Rt / Rw 02 /VV1 kebon dalem Pemalang

   Kelas / bangsal : JPS / IV

2. Nama orang tua :

   Ayah : Muh. Ali (alm)

   Ibu : Suemi

3. Penanggung jawab :

   Nama : Poerwanto

   Alamat : Jl. Progo gang bakti Rt 03 Rw 07 kebon dalem-Pemalang

   Pekerjaan : guru

   Hub. dgn pasien : kakak kandung

4. Satus pasien :

   Tanggal masuk RSJ : 14-02-2009

   No.IRM : 033020

   Dikirim oleh : keluarga

   Diagnosis awal : skizofrenia paranoid
   gangguan jiwa psikosis

   Diagnosis terakhir : aksis 1 : F. 20. 0 skizofrenia
   aksis V : GAF 65

5. Laporan psikiatrik :

   Keluhan utama : mengamuk

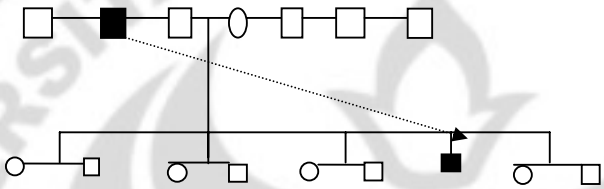
   Ganguan Sekarang : ± 1 minggu mengamuk, pasien gelisah,

mengamuk, susah tidur, makan, mandi inisiatif sendiri

Gangguan Dahulu : pasien pernah sakit, pasien masuk RSJ AG ± bulan tahun 2002 1 bulan tahun 2003 di RSJ AGH (2) 1 bulan tahun 2006 RSJ Magelang ±3 bulan

Riwayat minum obat : tidak teratur

Riwayat keluarga : ada keluarga yang pernah sakit, dari keluarga ayah



Keterangan :

di silsilah keluarga pasien terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama, yakni paman pasien dari keluarga ayah.

6. Deskripsi umum mengenai pasien :

a. Deskripsi umum :

Kebersihan & penampilan : cukup

Perilaku & aktivitas motorik : normatif

Pembicaraan : kualitas & kuantitas cukup

Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif

b. Diagnosis multi aksial

Aksis I : F. 28. 0 gangguan psikotik non organik lainnya

Skizofrenia paranid

Aksis II : tidak ada diagnosis

Aksis III : tidak ada diagnosis

Aksis IV : tidak ada diagnosis

Aksis V : GAF 65

c. Prognosis : buruk (-)
d. Pengobatan sebelumnya : kurang berhasil
e. Anggota keluarga yang sakit : paman
f. Hubungan sosial :
Orang yang berarti : orang tua
Gangguan persepsi : ilusi dan halusinasi
Proses berfikir :
Alur pikir : inkoherensi
Isi pikir : waham (-)
Bentuk pikir : non realistik
Tilikan (insight) : buruk (klien mengingkari penyakitnya)

Data-data yang ada pada rumah sakit menunjukkan bahwa UJ memilki jenis ganggun skizofrenia. UJ telah beberapa kali menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa dan di RSJ Semarang UJ telah menjalani rawat inap sebanyak 2 kali. Gangguan jiwa yang dialami oleh UJ lebih disebabkan karena faktor keturunan. Pada keluarga UJ terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yakni paman UJ.

UJ memiliki motivasi yang rendah untuk sembuh, hal ini terlihat dari data UJ mengingkari dirinya sakit dan riwayat pengobatan UJ pada periode sebelumnya kurang berhasil. Kekambuhan yang terjadi pada UJ membuat kemapuan UJ menurun hal ini dapat dilihat dari GAF diagnosis sebesar 65

Perilaku UJ selama berada di rumah sakit menunjukkan perilaku yang kooperatif dengan rumah sakit. UJ selalu mendengarkan dan melaksanakan instruksi dari dokter dan perawat. UJ bergaul dengan teman satu bangsal dan UJ tidak menarik diri. UJ mau terlibat secara aktif dengan kegiatan yang ada di bangsal seperti terapi kelompok.

B. M. SH

1. Identitas diri :

Nama	: M. SH
Jenis Kelamin	: laki-laki
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Jawa
Usia	: 66 thn
Pendidikan	: universitas
Alamat	: jl. Melati lor RT 05 RW 01 kota Kudus
Kelas / bangsal	: 10 / II

2. Penanggung jawab :

Nama	: istri
Alamat	: jl. Melati lor RT 05 RW 01 kota Kudus
Agama	: islam

3. Status pasien :

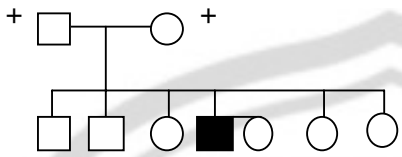
Tanggal masuk RSJ	: 16-03-09 (perpanjangan status)
No.IRM	: 086553
Dikirim oleh	: keluarga
Diagnosis utama	: skizofrenia residual

4. Laporan psikiatrik :

Keluhan utama	: bingung, bicara kacau
Riwayat Gangguan Sekarang	: di rawat di AGH sejak 31 desember 2000
Stressor pekerjaan	: tugas berat
Stressor keluarga	: masalah warisan & pernikahan tidak mempunyai anak
Riwayat Gangguan Dahulu	: sejak usia 30 thn sering mendengar suara-suara tidak ada sumbernya
Riwayat minum obat	: tidak teratur
Riwayat kehidupan pribadi	: lulus FH UGM bekerja sebagai PNS di Ambon dan tidak punya anak

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG PERPUSTAKAAN UNNES

Riwayat keluarga : tidak ada keluarga yang sakit seperti pasien



Keterangan : tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama dengan pasien

5. Pemeriksaan status mental :

Deskripsi umum :

Penampilan : kebersihan & kerapian cukup

Kesadaran : jernih

Perilaku & aktivitas motori : normatif

Pembicaraan : kuantitas & kualitas kurang

Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif

Pembicaraan : miskin bicara

Aktivitas motorik : hiperaktif

Gangguan persepsi : halusinasi akuistik (+)

Isi pikir : waham curiga (+)

Bentuk pikir : autistik

Daya nilai : kurang

Tilikan (insight) : buruk (klien mengingkari penyakitnya)

Pengobatan sebelumny : kurang berhasil

6. Hubungan sosial :

Orang yang berarti : keluarga

Peran serta dalam sosial : hubungan dengan masyarakat baik, tidak ada hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

Sistem pendukung : pendukung yakni keluarga dan terapis

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

Dari status medis dapat disimpulkan bahwa SH telah menderita gangguan jiwa sejak muda yakni saat SH pertama kali bekerja di Ambon. SH telah menjalani beberapa rawat inap di Rumah Sakit Jiwa dan rawat inap yang terakhir merupakan rawat inap yang paling lama. SH telah menjalani rawat inap di Rumah Sakit Jiwa sejak tahun dua ribu sampai sekarang. Status medis telah SH telah berganti beberapa kali.

Di rumah sakit SH merupakan pasien yang paling kooperatif. Setiap pagi SH membantu perawat untukmearipkan bangsal dan mengambil air minum bagi teman-temannya. SH sering membantu perawat untuk menenangkan pasien yang kambuh di rumah sakit.

SH memilki motivasi yang rendah untuk sembuh, kondisi ini dapat dilihat dari status medis SH yang mengingkari dirinya sakit. SH sering menolak minum obat bila di rumah namun SH selalau minum obat dengan teratur bila berada di rumah sakit sehingga riwayat pengobatan SH sebelumnya kurang berhasil.

Hubungan SH dengan keluarga baik. Hubungan SH dengan tetangga sekitar tempat tinggal baik, SH tidak ada hambatan dalam menjalin relasi dengan lingkungan sekitar rumah SH.

C. RG

1. Identitas diri :

Nama	: RG
No. IRM	: 033225
Alamat	: jl.merpati gang bultok RT 03 RW 06 kota Tegal
Jenis kelamin	: laki-laki
Umur	: 50 tahun
Pendidikan	: SLTA

PERPUSTAKAAN UNNES

Pekerjaan : PNS

Agama : islam

Kelas : 10 / 2

Sebab utama dirawat : mengamuk

2. Penanggung jawab :

Nama : Ksmanarni

Alamat : Jl. Merpati gang kenari RT 03 RW 06 kota Tegal

Hubungan dengan pasien : kakak

Pekerjaan : PNS

3. Nama orang tua :

Ibu : Siti khoiriah

Dikirim oleh : keluarga

Gejala sementara : skizofenia paaranoid / skizofrenia residual

4. Laporan psikiatrik :

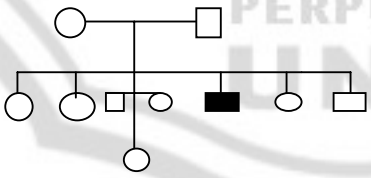
Keluhan utama : mengamuk tanpa sebab

Riwayat gangg. sekarang : stressor psikososial, sejak tahun 2007 di rawat di RSJ karena bicara kacau dan marah tanpa sebab

Riwayat gangguan dahulu : di rawat di RSJ AGH tahun 2007 sampai sekarang

Riwayat kehidupan pribadi : pendidikan terakhir SMA, sudah menikah, istri meninggal

Riwayat keluarga :



5. Pemeriksaan status mental :

Deskripsi umum :

Penampilan : kebersihan dan penampilan : cukup

Kesadaran : jernih

Perilaku & aktv. Motorik : normatif
Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif
Fungsi intelektual : cukup
Gangguan persepsi : halusinasi (-)
Bentuk pikir : autistik
Arus pikir : miskin bicara
Isi pikir : waham (-)
Daya nilai : kurang
Tilikan : buruk
Diagnosis multi aksial : Aksis I : skizofrenia residual
Aksis II : tak ada
Aksis III : tak ada
Aksis IV ; stressor psikososial (+)
Aksis V : 70

Dari status medis di rumah sakit diketahui bahwa RG telah berada di RSJ Semarang sejak tahun 2007 sapai sekarang. RG menjalani rawat inap di RSJ Semarang karena gangguan jiwa skizofrenia residual. Kambuhnya RG disebabkan oleh stresol psikososial. Penyebab RG kambuh adalah lngkungan tempat RG tinggal. RG memilki hubuungan yang buruk denga tetangga setelah mengalami gangguanjiwa. Penyebab utama RG menjalani rawat inap adalah RG berbicara sendiri dan marah tanpa sebab.

Dalam keluarga RG tidak ada yang mengalami gangguan jiwa yang sama seperti RG. Didalam keluarga, RG merupakan orang pertama yang mengalami gangguan jiwa.

RG memilki motivasi yang rendah untuk sembuh, hal ini terlihat dari kondisis RG yang selalu mengingkari penyekit yang diderita oleh RG sendiri. Bila di

rumah RG cenderung menolak minum obat namun bila berada di rumah sakit RG kooperatif dengan pihak rumah sakit, RG mau minum obat secara teratur.

D. MDK

1. Identitas diri :

Nama	: MDK
Jenis Kelamin	: laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Bangsri RT 01 RW 06 Jepara
Suku bangsa	: Jawa
Usia	: 36 thn
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: tak bekerja
Status marital	: menikah
Kelas / bangsal	: 10 /2
Penanggung jawab :	
Nama	: Abdulah Abid
Alamat	: Bangsri RT 01 RW 06 Jepara
Pekerjaan	: pedagang
Hub. dgn pasien	: kakak kandung

2. Satus pasien :

Tanggal masuk RSJ	: 14-02-2009
No.IRM	: 014125
Dikirim oleh	: keluarga
Sebab utama dirawat	: diam
Diagnosis sementara	: skizofrenia katatonik / skizofrenia residual Gangguan jiwa psikosis
Gejala utama	: miskin bicara
Diagnosis terakhir	: aksis 1 : F. 20. 0 skizofrenia aksis V : GAF 65

3. Laporan psikiatrik :

a. keluhan utama : diam, miskin bicara

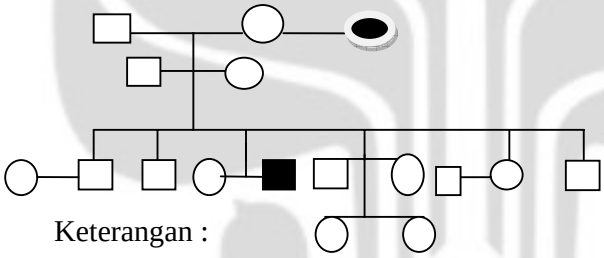
b. Riwayat Gang.Sekarang : ± 2 bulan pasien bingun, tidak mau bicara, hubungan dengan keluarga dan tetangga renggang. Pasien sendiri tidak bekerja, makan, minum, mandi-mandi ganti baju harus disuruh keluarga, waktu luang digunakan untuk melamun, diam menyendiri setelah dirawat di Magelang ± 1 tahun pasien bekerja sebagai pedagang kain di Pasar (bersama istrinya)

c. Hubungan dgn keluarga : buruk

d. Hubungan dgn tetangga : buruk

e. Riwayat Gangguan Dahulu : pasien pernah di rawat di RSJ di Magelang ± selama 3 ×, di RSJ AGH > 3 ×

f. Riwayat kehidupan pribadi : pasien menikah 1 × tahun 1996 pisah tahun 2005, memiliki 2 putra



Keterangan :

di silsilah keluarga pasien terdapat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang sama, yakni nenek dari ibu

4. pemeriksaan status mental :

Deskripsi umum :

Kebersihan & kerapian berpenampilan : cukup

Kesadaran : jernih

Perilaku & aktivitas motorik : normatif, asosiasi longgar

Pembicaraan : kualitas kurang & kuantitas cukup

Sikap terhadap pemeriksa : kooperatif

Ganggauan persepsi

Halusinasi : akuistik (+), visual (+)

Ilusi : (-)
Bentuk pikir : non realistik
Arus pikir : asosiasi longgar
Isi pikir : waham curiga (-)
Tilikan (insight) : buruk
Diagnosis multi aksia : Aksis I : F. 20.5 skizofrenia residual
Aksis II : tidak ada diagnosis
Aksis III : tidak ada diagnosis
Aksis IV : stressor tidak jelas
Aksis V : 40-31

Dari status medis diperoleh data sebagai berikut MDK pertama kali mengalami gangguan jiwa pada saat duduk di bangku SMA. MDK telah beberapa kali menjalani rawt inap baik di RSJP Magelang maupun di RSJ Semarang. penyebab ganguan jiwa yang diderita oleh MDK lebih disebabkan oleh faktor keturunan. Sebelum MDK terdapat keluarga yang mengalami gangguan jwa yang sama dengan MDK yakni saudara dari ibu.

MDK memiliki motivasi yang rendah untuk sembuh. MDK cenderung menolak minum obat bila berada di rumah namun MDK akan patuh minum obat bila berada di rumah sakit. selama di rumah sakit MDK kooperatif namun MDK menarik diri dari teman satu bangsal.

Hubungan dengan sosial MDK buruk. MDK menarik diri dari pergaluan dengan lingkungan setempat. Hubungan MDK dengan keluarga tidak baik. MDK dan keluarga mengalami kerenggangan komunikasi. MDK menarik diri dari keluarga. MDK jarang berkomunikasi dengan keluarga.

PERPUSTAKAAN UNNES

GAF MDK berkisar pada 40-31, kondisi ini menunjukkan MDK mengalami kemunduran kemampuan yang cukup drastis. MDK tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti sebelum sakit.

5.1.1.2 Dinamika Psikologis Keluarga Pasien

Kesiapan merupakan sifat-sifat dan kekuatan pribadi yang berkembang, Perkembangan ini memungkinkan orang itu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya serta mampu memecahkan persoalan yang dihadapinya (Dalyono :2001:166)

Kesiapan keluarga dalam memerima pasien kembali ke rumah terbentuk oleh unsur kesiapan psikologis dan kesiapan sosial yang saling mempengaruhi. Beberapa kesiapan psikologis yang paling berpengaruh pada kesiapan keluarga untuk menerima kembali pasien ke rumah adalah : motivasi, pengalaman, kegagalan keluarga menjadi bagian dari tretmen.

1. Dinamika psikologis keluarga SH

Motivasi keluarga SH untuk menyembuhkan SH mendorong keluarga membawa SH berobat setiap kali SH kambuh. Saat keluarga membawa ke rumah sakit untuk membawa SH berobat keluarga memiliki. Ketika SH menjalani rawat inap kondisi membaik maka keluarga merasa bahagia dan akan membawa SH pulang ke rumah secara tepat waktu begitu melihat kondisi SH telah membaik.

Keluarga mengetahui dan menganggap rumah sakit sebagai patner keluarga untuk merawat SH. Keluarga sering bertanya kepada rumah sakit mengenai gangguan jiwa yang diderita oleh SH dan bagaimana penanganan SH selama berada di rumah. Namun sikap *over protectif* keluarga membuat SH tidak

memiliki aktifitas selama berada di rumah. Selain membuat SH tidak memilki aktifitas keluarga menjadi paraniod dengan kondisi SH, keluarga selalu merasa khawatir SH akan kambuh dan akan melukai atau mengganggu orang lain.

Rumah sakit memberikan informasi kepada keluarga mengenai gangguan jiwa SH dan penanganan SH selama berada di rumah, aktifitas seperti apa yang harus dilaksanakan oleh SH selama berada di rumah dan bagaimana keluarga mengimbangi perilaku SH bila SH berada di rumah. Rumah sakit terbuka terhadap keluarga SH dan memberikan kesempatan pada keluarga untuk berkonsultasi dengan dokter yang menangani SH kapan saja dan tidak harus datang langsung ke rumah sakit.

Keluarga SH memahami bahwa gangguan jiwa yang diderita SH tidak dapat sembuh jika SH tidak meminum obat yang diberikan dokter secara teratur. Oleh karena itu keluarga menyadari arti pentingnya kontrol ke rumah sakit bila

Lingkungan tempat tinggal SH terbuka akan kembalinya SH ke rumah. Tetangga di sekitar rumah SH tidak merasa keberatan dengan kembalinya SH ke lingkungan. Menurut tetangga, SH merupakan tetangga yang baik dan ramah dengan semua orang. Selama sakit tetangga tidak pernah merasa SH mengganggu lingkungan. Lingkungan mendukung SH untuk kembali ke rumah karena SH telah lama berada di rumah sakit.

Keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani SH tidak dapat mengontrol perilaku minum obat SH. Keluarga memiliki aktivitas yang padat pada saat pagi sampai sore hari, hal ini berdampak pada kondisi keluaraga tidak

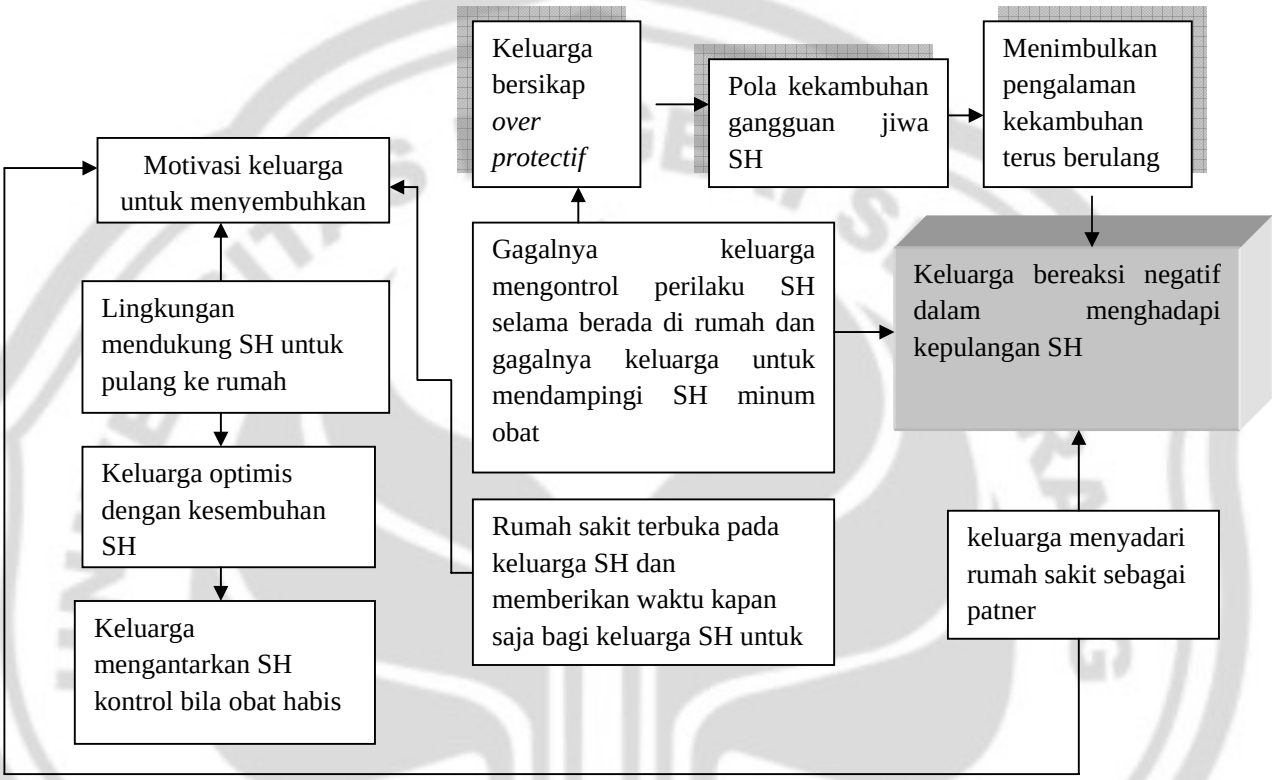
dapat mendampingi SH saat minum obat. Kondisi ini berakibat pada keluarga tidak tahu bila obat yang seharusnya dimimun akan tetapi obat dibuang oleh SH.

Ketidakpatuhan SH pada instruksi dokter dan gagalnya keluarga sebagai bagian dari treatmen berdampak pada kekambuhan gangguan jiwa yang dialami oleh SH. SH menjadi lebih sering kambuh. SH menjadi semakin rentan untuk kambuh, 2.-3 bulan di rumah SH akan kembali lagi ke rumah sakit untuk menjani rawat inap. Motivasi yang rendah dan gagalnya keluarga menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh SH, kondisi ini menjadi pengalaman yang berulang pada keluarga SH.

Pengalaman kambuh yang berulang pada SH membuat gangguan jiwa yang diderita oleh SH menjadi semakin parah dan kemampuan SH menjadi semakin penurun. Kondisi parahnya gangguan jiwa yang dialami oleh SH menyebabkan keluarga menjadi *over protectif* pada SH. Keluarga mulai melarang SH untuk melakukan aktivitas yang sebelumnya SH lakukan seperti : mencuci baju sendiri, bermain voli dan tennis. Keluarga merasa SH perlu perawat khusus untuk merawatnya atau menemani SH bila SH pergi keluar. Keluarga tidak mengijinkan SH keluar rumah bila tanpa pengawasan salah satu anggota keluarga.

Interaksi antara kegagalan keluarga menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh SH yang dimanifestasikan melalui sikap keluarga yang *over protectif,* kegagalan keluarga untuk dapat mengontrol perilaku minum obat SH selama SH berada di rumah rendahnya motivasi SH yang rendah menyebabkan pengalaman kekambuhan SH menjadi terus berulang berkali-kali. Pengalaman kekambuhan SH mendorong keluarga lebih cenderung bersikap negatif dengan

kepulangan SH. Sikap negatif keluarga SH mendorong keluarga tidak siap mengahadapi kepulangan SH ke rumah



Bagan 5.1 Dinamika Psikologis Keluarga SH

2. Dinamika Psikologis Keluarga RG

Awal RG sakit keluarga memilki motivasi yang tinggi untuk menyembuhkan RG. RG menjalani 2 pengobatan sekaligus yakni pengobatan medis dan non medis. Pengobatan medis dijalani RG berdasarkan pengetahuan kakak RG, Kusmawarni yang seorang perawat sedangkan pengobatan non medis dijalani RG karena ayah RG berminat dengan pengobatan non medis.

Pengobatan non medis dihentikan oleh keluarga RG saat ayah RG wafat. Keluarga melanjutkan pengobatan RG dengan pengobatan medis. Keluarga

mengusahakan pengobatan medis RG sampai ke beberapa rumah sakit, diantaranya : RSJ Magelang, RSJ Semarang dan RSJ Grogol Jakarta. Namun motivasi yang tinggi keluarga RG untuk menyembuhkan RG tidak diimbangi dengan motivasi yang tinggi dari RG, RG mengingkari dirinya mengalami gangguan jiwa. Sikap RG yang cenderung menolak dirinya sakit dan motivasi yang rendah mengakibatkan RG tidak patuh dengan instruksi dokter. RG serong membuang obat yang seharusnya diminum dan marah-marah bila diingatkan untuk minum obat.

Keluarga RG mengetahui bahwa keluarga merupakan bagian dari treatmen yang dijalani oleh RG namun keluarga gagal menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh RG. Gagalnya keluarga menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh RG dapat terlihat dari perilaku keluarga seperti: keluarga enggan untuk mengingatkan RG untuk minum obat bila waktu minum obat telah tiba, dan keluarga menjauh saat kondisi RG semakin parah.

Keluarga RG mengetahui jenis gangguan jiwa yang diderita oleh RG. Keluarga mengetahui bagaimana cara memperlakukan RG bila RG berada di rumah. Kusmawarni kakak RG sering memberikan pengetahuan pada keluarga dan kerabat agar tidak perlu takut dan menjauhi RG, namun anggota keluarga yang lain tidak mau melakukan tindakan yang mendukung kesembuhan RG seperti tidak mengucilkan RG, tidak menganggap RG sebagai orang jahat dll. Ketidakmauan keluarga menunjukkan kegagalan keluarga untuk menyadari bahwa keluarga merupakan bagian dari treatmen yang dijalani oleh RG.

Kegagalan keluarga menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh RG menyebebkan kondisi RG menjadi semakin parah. Gejala gangguan jiwa yang dimunculkan RG setiap kali kambuh menjadi meningkat misalnya pada kambuh sebelumnya RG tidak berusaha menyerang tetangga namun pada kambuh berikutnya gejala kambuh RG diikuti usaha RG untuk melukai orang lain.

Gejala gangguan jiwa yang menunjukan semakin berbahaya bagi orang lain membuat tetangga yang ada disekitar rumah RG menjadi khawatir dengan keberadaan RG terutama saat RG kambuh. Para tetanggan RG memilih untuk menghindari RG agar anggota keluarga tidak diserang atau dilukai RG saat RG berada di luar rumah. Kondisi ini membuat RG terkucilkan dan membuat keluarga merasa RG telah membuat lingkungan menjadi tidak nyaman.

Dampak lain dari kekambuhan RG yang frekuensinya semakin meningkat adalah keluarga menjadi pesimis akan masa depan RG. Keluarga merasa RG tidak akan sembuh selamanya kecuali RG telah meninggal. Selain pesimis keluarga RG, merasa bila RG pulang kembali ke rumah, tetangga RG akan keberatan karena selama RG kambuh di rumah beberapa kali RG berusaha untuk melukai orang lain dan RG berteriak-teriak saat malam hari.

Rumah sakit terbuka bagi keluarga pasien untuk berkonsultasi mengenai gangguan jiwa yang diderita oleh anggota keluarga. Keterbukaan rumah sakit pada keluarga pasien setiap waktu keluarga membutuhkan sebagai bentuk dukungan rumah sakit pada keluarga RG untuk membantu keluarga RG menyembuhkan Rio.

Interaksi antara beberapa faktor tersebut membuat keluarga semakin bersikap negatif dengan RG. Keluarga merasa kehadiran RG di rumah sebagai beban bagi anggota keluarga yang lain, karena harus terus waspada setiap saat bila RG kambuh dan berusaha melukai orang lain. Kondisi ini membuat kelurga cenderung negatif dalam menghadapi kepulangan RG. Keluarga lebih senang bila RG berada di rumah sakit daripada RG berada di rumah.

Bagan 5.2 Dinamika Kesiapan Keluarga RG

3. Dinamika Psikologis Keluarga Masduki

MDK telah menderita gangguan jiwa semenjak MDK duduk di bangku SMA. Keluarga MDK mempercayai gangguan jiwa MDK disebabkan oleh adanya

makhluk halus yang merasuki tubuh MDK Keluarga membawa MDK pada pengobatan medis, keluarga membawa MDK pada “orang pintar”. Keluarga MDK selalu membawa MDK berobat pada pengobatan non medis setiap kali MDK kambuh sampai saat MDK menikah pengobatan MDK beralih pada pengobatan medis.

Keluarga MDK merupakan keluarga terpandang di tempat tinggal MDK Nama baik bagi keluarga merupakan hal yang dijaga oleh seluruh keluarga MDK Memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan hal yang memalukan, oleh karena itu keluarga memiliki motivasi yang tinggi untuk menyembuhkan MDK Keluarga mengusahakan MDK berobat pada pengobatan non medis terbaik. Setiap keluarga mendengar informasi dari lingkungan mengenai pengobatan medis terbaik yang ada di wilayah bangsri maka keluarga akan mendatangi tempat tersebut.

Pengobatan non medis yang dijalani MDK membuat gangguan jiwa MDK menjadi semakin parah. Saat MDK telah bekeluarga, istri MDK membawa MDK berobat pada pengobatan medis. Namun kondisi gangguan jiwa MDK telah parah saat membawa ke rumah sakit menyisakan gejala sisa yang tidak dapat dipahami oleh keluarga.

Informasi yang diterima oleh keluarga mengenai gangguan jiwa yang diderita oleh keluarga MDK sangat sedikit. Keluarga MDK tidak mengetahui pola gangguan jiwa yang akan kambuh bila terdapat pemicu dan bila obat tidak diminum gangguan jiwa akan kembali kambuh.

Sedikitnya informasi yang diperoleh keluarga mengenai gangguan jiwa membuat keluarga tidak pernah membawa MDK untuk kontrol ke rumah sakit bila obat MDK telah habis. Keluarga tidak mengetahui gangguan jiwa yang diderita oleh MDK merupakan gangguan jiwa yang meninggalakak gejala sisa dan kemunduran kemampuan.

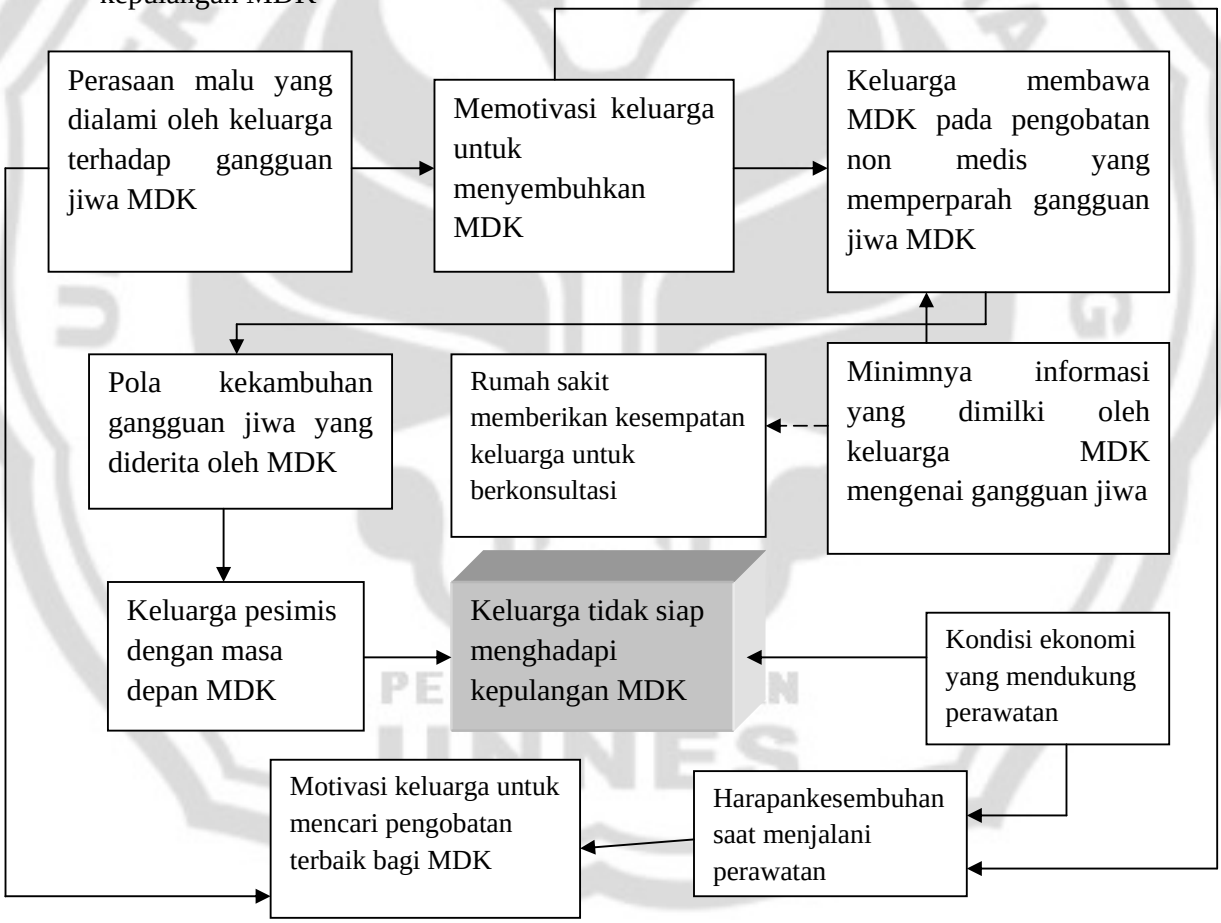
Kondisi ini membuat MDK menjadi mudah kambuh bila berada di rumah. Kekambuhan MDK merupakan hal yang memalukan bagi keluarga sehingga saat MDK menunjukkan gejala kekambuhan yang parah malam harinya, keluarga membawa MDK ke rumah sakit. Malam hari dipilih oleh keluarga untuk membawa MDK ke rumah sakit untuk menghindari para tetangga yang ada disekitar rumah MDK mengetahui bahwa MDK kambuh.

Keluarga MDK merasa malu memilki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Oleh karena itu bila MDK berada di rumah, keluarga tidak berkomunikasi dengan MDK keluarga mengabaikan MDK Hal ini berdampak pada frekuensi kekambuhan yang semakin meningkat.

Gangguan jiwa yang dialami oleh MDK merupakan hal yang memalukan bagi keluarga oleh karena itu keluarga memiliki motivasi yang tinggi untuk menyembuhkan MDK Pengobatan yang dipilih olrh keluarga awal MDK sakit adalah pengobatan non medis. Pengobatan non medis yang dijalani oleh MDK sebelum menjalani perawatan medis membuat kondisi gangguan jiwa yang diderita MDK menjadi semakin parah. Kondisi gangguan jiwa MDK yang parah semakin meningkat karena dipengaruhi oleh sedikitnya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga MDK

Kondisi MDK yang selalu kambuh bila di rumah membuat keluarga pesimis dengan masa depan MDK Keluarga menganggap MDK tidak akan dapat membantu keluarga untuk bekerja di pasar oleh karena itu keluarga merasa kehadiran MDK di rumah hanya beban bagi keluarga.

Interaksi kondisi tersebut diatas membuat keluarga bereaksi negatif pada MDK Keluarga cenderung tidak siap untuk menghadapi kepulangan MDK ke rumah. Ketidaksiapan keluarga MDK ditunjukkan dengan perilaku penundaan kepulangan MDK



Bagan 5.3 Dinamika Psikologis Keluarga Masduki

Dinamika psikologis Keluarga UJ

Keluarga UJ memilik motivasi yang tinggi untuk menyembuhkan UJ. sejak pertama kali UJ menunjukkan gejala gangguan jiwa, keluarga UJ selalu mengusahakan untuk pengobatan UJ. Keluarga UJ telah mengusahakan pengobatan medis dan non medis. Pengobatan non medis dipilih keluarga UJ hanya satu kali, namun setelah tidak menunjukkan hasil keluarga UJ kembali memilih jalan medis untuk pengobatan UJ. Motivasi keluarga UJ untuk menyembuhkan UJ membuat keluarga optimis UJ akan mengalami kesembuhan.

Motivasi keluarga UJ yang tinggi tidak didukung adanya informasi yang diperoleh keluarga dari rumah sakit tempat UJ menjalani rawat inap. Pada saat UJ menjalani rawat inap pertama di rumah sakit, keluarga tidak mendapatkan informasi bahwa gangguan jiwa yang diderita oleh UJ merupakan gangguan jiwa berat yang dapat kambuh sewaktu-waktu. Keluarga tidak mendapatkan pengetahuan bahwa UJ harus kontrol bila obat telah habis. Keluarga mendapatkan pemahaman bahwa UJ harus selalu minum obat dari pengakuan UJ pada saat UJ akan pergi berlayar. Keluarga tidak mengetahui bahwa untuk mendapatkan informasi mengenai gangguan jiwa yang diderita oleh UJ, keluarga harus aktif bertanya pada pihak rumah sakit.

Kurangnya informasi yang diperoleh keluarga dari rumah sakit mengenai gangguan jiwa yang diderita membuat keluarga selalu terlambat memberi pertolongan pada UJ. Keluarga selalu memberi pertolongan setelah gejala gangguan jiwa UJ telah muncul dengan parah, hal ini membuat UJ selalu menjalani rawa inap pada saat UJ dibawa ke rumah sakit. kondisi ini

menimbulkan pola kekembuhan bagi kondisi gangguan jiwa. Namun pola gangguan jiwa UJ menimbulkan pemahaman pada keluarga akan arti pentingnya lingkungan dan kesibukan bagi UJ.

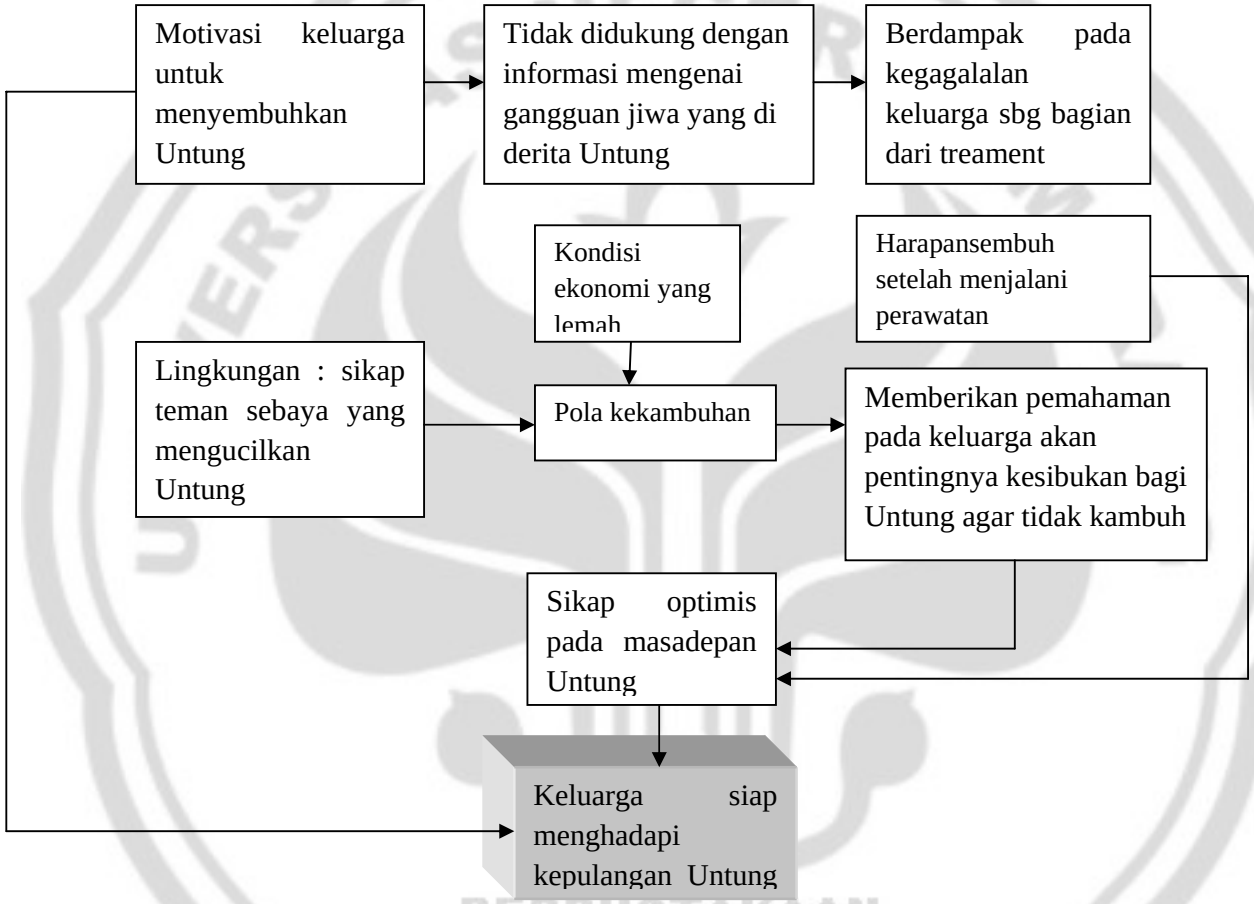
Keluarga tidak tahu bahwa keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani UJ. Keluarga tidak mengetahui bahwa keluarga memiliki peran yang penting untuk dapat menyembuhkan UJ. Di rumah yang memperhatikan kondsi UJ adalah Suemi ibu UJ dan Poerwanto kakak UJ. Suemi ibu UJ sudah tua sementara Poerwanto tidak selalu dapat mendampingi ibunya untuk merawat UJ. Kondisi ini membuat keluarga UJ merasa khawatir bila UJ berada di rumah namun tidak memiliki pekerjaan.

Lingkungan tempat tinggal UJ merupakan lingkungan padat penduduk. Hal ini membuat keluarga UJ merasa tidak enak dengan tetangga bila UJ kambuh. Selain itu keluarga merasa khawatir bila UJ kambuh akan melukai tetangga meskipun selama kambuh UJ tidak pernah mengamuk dan melukai orang lain.

Teman-teman UJ yang bertempat tinggal tidak jauh dari rumah UJ mulai menjauhi Untungsaat mengetahui UJ menderita gangguan jiwa. kondisi ini membuat keluarga merasa kasihan pada UJ dan keluarga berkeinginan mencarikan pekerjaan diluar kota agar UJ terhindar dari teman-temannya.

Meski keluarga merasa tidak enak dengan tetangga dan UJ mudah kambuh namun keluarga tetap optimis UJ akan dapat sembuh dari gangguan jiwa bila UJ memilki kesibukan. Oleh karena itu keluarga menunda kepulangan UJ untuk mencari pekerjaan bagi UJ sehingga pada saat UJ pulang UJ dapat langsung bekerja. Pekerjaan dapat menghindarkan UJ dari lamunan yang dapat

menimbulkan halusinasi dan waham yang berdampak pada kekambuhan gangguan jiwa. Optimisme keluarga pada kondisi UJ yang akan sembuh membentuk sikap positif keluarga UJ dalam mengahadapi kepulangan UJ.



Bagan 5.4 Dinamika Psikologis Keluarga Untung

PERPUSTAKAAN UNNES

BAB 6
PEMBAHASAN TEMUAN PENELITIAN

Bagian berikut ini akan menyajikan pembahasan mengenai gambaran kesiapan keluarga pasien gangguan jiwa untuk menerima kembali pasien yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit dr. Amino Ghondohutomo dan faktor yang mempengaruhi kesiapan keluarga dalam menerima pasien kembali ke rumah. Keluarga subjek merupakan keluarga dari pasien yang telah berada di rumah sakit cukup lama. Hal yang akan dibahas untuk pertama kali adalah gambaran kesiapan keluarga pasien yang telah lama berada di rumah sakit. Pembahasan berikutnya adalah kesiapan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan menghadapi kepulangan pasien ke rumah.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesiapan keluarga untuk menerima kembali pasien ke rumah dalam penelitian ini terbagi menjadi 2 yaitu, faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal dipengaruhi oleh : budaya, stigma dan tidak adanya pendekatan secara empati pihak rumah sakit kepada keluarga pasien.

Faktor internal dipengaruhi oleh motivasi, pengalaman individu, pesimisme keluarga terhadap masa depan pasien, kurangnya pemahaman rumah sakit sebagai sumber dari keluarga, kurangnya informasi dan instruksi serta petunjuk bagaimana merespon perilaku pasien, kegagalan keluarga untuk memahami bahwa keluarga bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien dan terbatasnya komunikasi keluarga dengan pihak rumah sakit.

6.1 Kesiapan Keluarga Pasien

Pada bagian ini, penjelasan mengenai kesiapan keluarga merupakan gabungan dari analisis hasil temuan-temuan penelitian yang telah disajikan pada Bab 5 (lima). Temuan-temuan penelitian tersebut diperoleh wawancara peneliti dengan subjek penelitian, wawancara peneliti dengan kerabat dan atau keluarga terdekat, wawancara dengan tetangga subjek, wawancara dengan rumah sakit, dan wawancara dengan pasien yang mengalami rawat inap.

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (departemen kesehatan RI dalam Effendy:1998)

Keluarga sebagai bagian terkecil dari masyarakat berperan penting dalam penyembuhan dan proses rehabilitasi penderita gangguan jiwa. Keluarga merupakan perawat setelah rumah sakit dalam proses penyembuhan dan rehabilitasi penderita pasien. Kesiapan keluarga akan mempengaruhi berhasil atau tidaknya perawatan yang dijalani oleh pasien. Keluarga merupakan tempat rehabilitasi pertama pada saat pasien kembali ke rumah sebelum pasien kembali bersosialisasi dengan masyarakat yang ada di tempat tinggalnya.

6.1.1 Gambaran Kesiapan Keluarga

Kesiapan merupakan sifat-sifat dan kekuatan pribadi yang berkembang, perkembangan ini memungkin orang untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan serta mampu memecahkan masalah yang dihadapinya (Dalyono:2001:166).

Secara umum kesiapan keluarga terbentuk oleh 2 unsur yakni, unsur kesiapan psikologis dan kesiapan sosial. Diantara kesiapan psikologis dan kesiapan sosial memilki hubungan yang saling mempengaruhi. Kesiapan psikologis dipengaruhi oleh : motivasi, pengalaman keluarga dalam menangani gangguan jiwa, kesadaran keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien, pesimisme keluarga akan masa depan pasien, kurang pahamnya keluarga mengenai rumah sakit sebagai pusat informasi bagi keluarga pasien, kurangnya informasi dan instruksi serta petunjuk bagaimana merespon pasien bila pasien kambuh di rumah, terbatasnya komunikasi keluarga dengan staf rumah sakit mengenai pasien. kesiapan sosial adalah kesiapan yang berhubungan dengan relasi keluarga dan pasien dengan masyarakat. Kesiapan sosial dipengaruhi oleh : budaya dalam memandang gangguan jiwa, stigma negatif masyarakat dan tidak adanya pendekatan empatik yang dilakukan oleh rumah sakit pada keluarga pasien.

Kesiapan psikologis keluarga akan mempengaruhi kesiapan sosial, demikian juga kesiapan sosial akan mempengaruhi kesiapan psikologis keluarga. Hubungan saling mempengaruhi dapat dilihat pada hubungan antar faktor kesiapan yang saling mempengaruhi misalnya : kegagalan keluarga menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien akan menimbulkan dampak mudahnya pasien untuk kambuh kembali.

Frekuensi kambuh kembali pada pasien akan meningkatkan keparahan jenis gangguan jiwa yamg diderita pasien. keparahan termanifestasi dalam bentuk perilaku misalnya : pada saat kambuh sebelumnya pasien mengamuk namun tidak melukai orang lain namun pada kekambuhan berikutnya pasien mengamuk

disertai dengan melukai orang lain atau meningkatnya curiga pasien terhadap orang lain. Indikasi penyimpangan yang ditunjukkan menimbulkan stigma negatif pada penderita gangguan jiwa, stigma gangguan jiwa berbahaya bagi orang lain atau penyakit yang memalukan karena menyerang orang lain. Kondisi ini menimbulkan ketakutan pada masyarakat. Rasa tidak nyaman masyarakat pada penderita gangguan jiwa membuat keluarga merasa malu memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Saat pasien kambuh maka untuk mengindari stigma negatif pada keluarga, maka keluarga akan menunda kepulangan pasien pada saat pasien menjalani rawat inap. Keluarga akan berusaha untuk terus menunda kepulangan pasien ke rumah. Kondisi ini terjadi pada ke 4 subjek penelitian yakni SH, RG Gusmanto, UJdan MDK.

SH, RG Gusmanto, UJdan MDK mengalami penundaan kepulangan yang cukup lama. SH telah mengalami penundaan kepulangan selama 4 tahun sedangkan RG dan MDK telah 1 tahun mengalami penundaan pulang serta UJmengalami penundaan kepulangan selama 2 bulan.

1. Kesiapan Keluarga MDK

Apabila unit tidak siap berkonduksi dipaksa untuk berkonduksi, maka konduksi itu akan menimbulkan ketidakpuasan, dan berakibat dilakukannya tindakan-tindakan lain untuk mengurangi atau meniadakan ketidakpuasan itu (Thorndhike , dalam Suryabrata : 2004:250)**.** Bila keluarga MDK tidak siap untuk menerima MDK kembali ke rumah akan tetapi dipaksa untuk siap menghadapi dan menerima kembali pasien ke rumah maka keluarga menjadi frustasi. Frustasi dimanifestasikan melalui sikap dan perilaku keluarga yang negatif menanggapi

kepulangan pasien seperti, berusaha menunda kepulangan pasien, tidak antusias terhadap berita kepulangan pasien dan ekspresi emosi yang negatif terhadap pasien.

Kelurga MDK menunujukkan kecenderungan bersikap negatif menghadapi kepulangan MDK. Reaksi yang dilakukan oleh keluarga MDK untuk menghadapi kepulangan MDK adalah menahan MDK agat tetap berada di rumah sakit walaupun dokter telah mengijinkan MDK untuk kembali ke rumah.

Keluarga MDK merupakan orang terpandang di lingkungannya. Abid yang merupakan kakak MDK adalah orang bertanggung jawab terhadap proses perawatan yang dijalani oleh MDK. Abid adalah seorang haji yang dihormati oleh masyarakat sekitar. Nama baik keluarga sangat di jaga agar nama baik Abid tidak tercemar. Bagi keluarga MDK memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa adalah hal yang memalukan bagi keluarga dan kerabat keluarga.

Gangguan jiwa yang diderita oleh MDK dianggap memalukan. Hal ini disebabkan, gejala gangguan jiwa muncul melalui perilaku yang tidak lazim di masyarakat, misalnya : memukul orang lain atau orang terdekat tanpa sebab dan berteriak-teriak setiap hari. Perilaku tersebut dianggap sebagi perilaku yang tidak sesui dengan nilai yang ada di masyarakarat. Sebagai orang yang dihormati di masyarakat setempat memiliki anggota keluarga yang berperilaku tidak sesuai dengan nilai yang berlaku di masyarakat adalah hal yang dapat merusak nama baik keluarga.

Keluarga memilih pengobatan non medis untuk mengobati MDK hal ini dilakukan agar keluarga tidak merasa malu dengan Masyarakat. Keluarga MDK

menganggap sakit yang dialami oleh MDK itu adalah sakit yang disebabkan oleh kesurupan makhluk halus. Keluarga MDK membawa MDK berobat pada ”orang pintar” untuk menyembuhkan MDK. Setelah dibawa berobat pada “orang pintar” tersebut gejala gangguan jiwa MDK tidak timbul lagi sampai MDK dapat menyelesaikan sekolahnya di bangku SMA.

Gangguan jiwa kembali muncul, keluarga segera membawa pada “orang pintar” kembali. Setiap MDK kambuh keluarga membawa pada “orang pintar.” Motivasi keluarga untuk menyembuhkan MDK mendorong keluarga MDK mencari pengobatan alternatif yang terbaik.

Keberhasilan pengobatan pada saat keluarga membawa pengobatan paranormal membuat keluarga MDK selalu membawa MDK pada pengobatan alternatif. Keluarga akan membawa pada pengobatan alternatif lain bila pengobatan alternatif sebelumnya tidak berhasil menyembuhkan MDK. Keluarga MDK terus mencari informasi pengobatan alternatif terbaik yang ada di Kota Jepara.

Saat MDK menikah istri MDK menganggap pengobatan yang diberikan kepada MDK tidaklah tepat. Pengobatan non medis hanya memperparah kondisi MDK maka istri MDK membawa MDK berobat pada pengobatan medis. Setelah menjalani oengobatan non medis MDK mengalami peribahan yang positif.

Perubahan kondisi positif MDK tidak diiringi oleh kesadaran keluarga sebagai bagian dari treatmen. Keluarga tidak berperan aktif pada perencanaan perawatan. Keluarga cenderung apatis bila MDK berada di rumah sakit. Perilaku

keluarga tersebut dapat terlihat dari catatan medis perawat yang tidak pernah mencatat keluarga MDK menjenguk MDK saat MDK berada di rumah.

Kegagalan keluarga untuk memahami bahwa keluarga merupakan bagian dari treatmen dapat memicu kekambuhan pasien dan kekambuhan pasien dapat mengurangi kesiapan keluarga untuk menerima pasien kembali ke rumah.

Dampak dari kegagalan keluarga sebagai bagian dari treatmen menyebabkan frekuensi kekambuhan gangguan jiwa yang dialami oleh penderita gangguan jiwa meningkat. Peningkatan frekuensi mengakibatkan kemunduran kemampuan pada MDK dan keparahan gejala gangguan jiwa yang meningkat. Keparahan gangguan jiwa yang meningkat mengakibatkan perilaku MDK semakin menyimpang dari norma dan nilai yang berlaku di masyarakat, misalnya MDK pada kambuh sebelumnya tidak pernah menyerang orang tua namun pada kambuh berikutnya MDK tiba-tiba memukul orang tuanya sendiri. Peristiwa membuat masyarakat menilai bahwa gangguan jiwa yang dialami oleh MDK merupakan penyakit yang memalukan dan berbahaya.

Stigma yang berkembang di masyarakat menyebabakan penderita mengalami perlakuan yang diskriminatif oleh keluarga dan masyarakat serta tidak mendapatkan perlakuan yang memadai (Hawari :2007:1)

Stigma bahwa gangguan jiwa merupakan yang memalukan dan membahayakan masyarakat ini membuat keluarga MDK sebagai keluarga terpandang semakin merasa malu karena annggota keluarganya memiliki penyakit yang berkaitan dengan perilaku yang semakin menyimpang dari norma dan nilai masyarakat. Menurut psikolog rumah sakit dr. Amino Gondhohutomo gangguan

jiwa merupakan penyakit yang berkaitan dengan perilaku yang menyimpang dari norma dan nilai masyarakat, oleh karena itu keluarga merasa malu bila ada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.

Stigma ini mempengaruhi perlakuan keluarga terhadap MDK. Keluarga menjadi mengabaikan MDK bila MDK berada di rumah. Keluarga tidak mengajarkan MDK untuk bersosilalisasi dengan Masyarakat. Kondisi ini menimbulkan tekanan pada MDK dan mengakibatkan MDK kambuh. Pengalaman kambuh yang berkali-kali membuat keluarga MDK mengambil keputusan untuk menunda kepulangan MDK ke rumah. Keluarga merasa rumah sakit merupakan tempat yang tepat bagi MDK. Kondisi-kondisi ini membuat keluarga cenderung bersikap negatif dalam menghadapi kepulangan MDK.

2. Kesiapan Keluarga RG

Pengalaman yang diperoleh mengenai suatu perilaku tertentu akan mempertinggi kesiapan individu untuk melakukan tindakan selanjutnya. Pengalaman yang diperoleh akan membantu indiividu untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang (Dalyono : 2001: 166). Keluarga RG tidak mengalami kebingungan saat RG diketahui menderita gangguan jiwa. Keluarga RG telah memiliki pengalaman sebelumnya. Paman dari ayah RG mengalami gangguan jiwa dan Kusmawarni kakak ke 3 RG bekerja dibidang kesehatan dan Kusmawarni mengetahui mengenai gangguan jiwa dan pemicunya.

RG menjalani 2 pengobatan sekaligus dalam riwayat pengobatan sakitnya. Hal ini dikarenakan dalam keluarga RG terjadi pengetahuan yang berbeda mengenai gangguan jiwa. Ayah RG merupakan orang yang berminat dengan

dunia mistis, sakit RG menurut ayah RG disebabkan oleh guna-guna yang dikirimkan oleh seseorang pada RG. Bagi ibu dan saudara, RG mengalami ganguan jiwa disebabkan oleh infrak tulang belakang yang dialami RG saat RG mengalami kecelakaan.

Dua pengobatan yang dijalani RG meyebabkan sakit yang dialami oleh RG menjadi semakin parah, karena 2 pengobatan tersebut mempunyai sistem kerja yang berlawanan. Pengobatan alternatif yang dijalani RG melarang RG untuk minum obat yang diberikan oleh dokter sementara pengobatan dokter menganjurkan untuk selalu teratur minum obat.

Menurut Hawari (2007:3) cara non medis (perdukunan) perawatan dapat berakibat buruk bagi penderita. Pengobatan altrnatif mengulur timbulnya gejala gangguan jiwa yang dialami oleh RG namun pengobatan alternatif tidak menghilangkan gejala gangguan jiwa yang muncul. Penguluran gejala gangguan jiwa akan menyebabkan penyakit yang diderita oleh RG semakin parah, sehingga pada saat dibawa ke rumah sakit RG selalu menjalani rawat inap.

Keinginan keluarga RG untuk menyembuhkan RG mendorong keluarga RG untuk memberikan pengobatan yang tepat bagi RG. Keluarga memilih memberikan RG pengobatan medis sebagai pilihan untuk menyembuhkan Rio. Pengobatan medis terus diberikan untuk menyembuhkan RG, saudara RG, Kusmawarni mengantarkan RG untuk kontol di rumah sakit setiap kali obat RG habis.

Adanya harapan untuk sembuh memberikan motivasi pada keluarga untuk terus memberikan pengobatan yang terbaik pada RG. Hal ini terbukti pada

perjalanan pengobatan yang telah dijalani oleh RG, RG menajalani rawat inap mulai dari RSJ Semarang, RSJP Magelang, RSJ Grogol Jakarta dan menjalani rawat non medis di Suralaya Tasikmalaya.

Motivasi untuk menyembuhkan RG tidak diiringi oleh kesadaran keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani oleh RG. Kondisi ini dapat diketahui dari sikap keluarga yang tidak kooperatif selama RG menjalani rawat inap di rumah sakit. Saat RG menjalani rawat inap keluarga RG jarang datang untuk menjenguk RG. Keluarga datang untuk mengetahui kondisi apakah kondisi RG telah membaik atau belum, bila kondisi telah membaik maka hari itu RG pulang ke rumah.

RG memiliki motivasi yang rendah untuk sembuh. Motivasi RG yang rendah dapat dilihat dari tidak adanya kesadaran atau insight RG mengenai sakit yang dialami oleh RG dan kecenderungan RG untuk menolak minum obat yang diberikan oleh dokter. Rendahnya motivasi RG untuk sembuh dapat mempengaruhi motivasi keluarga untuk merawat RG. Menurut Kusmawarni kakak RG, pengobatan yang dijalani RG percuma, hal ini dikarenakan RG tidak menyadari bahwa dirinya sakit sehingga RG menolak untuk minum obat yang seharusnya diminum. Kondisi ini membuat keluarga merasa pesimis dengan kesembuhan gangguan jiwa RG. Pesimisme keluarga mendorong keluarga melakukan penundaan kepulangan RG ke rumah.

Saat RG masih memiliki istri, perawatan RG didukung langsung oleh istrinya, RG jarang kambuh namun setelah istri RG meninggal kondisi RG mengalami penurunan yang cukup signifikan. Kondisi ini dikarenakan saudara mendapatkan

tangguang jawab baru setelah tangguang jawab tersebut dipikul oleh orang lain, saat tanggung jawab itu kembali pada keluarga kondisi telah berbeda. Saudara RG telah memilki tanggung jawb sendiri dan harus mengurus RG.

Kondisi RG yang telah sering kambuh membuat RG harus mendapatkan perhatian dan dukungan yang lebih oleh keluarga. Dukungan dan perhatian ini yang tidak dapat diberikan oleh keluarga RG. Hal ini dikarenakan keluarga tidak menyadari arti dukungan secara psikologis keluarga bagi RG meskipun keluarga mengetahui arti keluarga bagi kesembuhan RG.

Keluarga tidak menyadari peran keluarga untuk mnyembuhkan RG. Hal ini berdampak pada kondisi psikologis RG. RG jauh merasa tertekan bila berada di rumah karena keluarga tidak memberikan dukungan psikologis. Sehingga bila RG berada di rumah RG menjadi lebih gampang kambuh.

Frekuensi pengalaman kekambuhan mempengaruhi kesiapan keluarga dan kondisi pasien. Bagi RG frekuensi kambuh akan semakin membuat gangguan jiwa yang diderita RG menjadi semakin parah dan kemampuan yang dimilki RG menjadi semakin mundur. Kondisi ini membuat keluarga menjadi pesimis akan masa depan RG. Sehingga keluarga merasa percuma RG berada di rumah. Bila berada di rumah RG akan kambuh dan kondisi ini akan menganggu lingkungan.

Keparahan kondisi gangguan jiwa RG berdampak pada hubungan keluarga yang terus memburuk. RG selalu curiga dengan anggota keluarga yang lain dan RG sering menyerang saudara-saudara bila saudara RG datang ke rumah RG untuk menjenguk dan mengetahui kondisi RG. Perilaku RG yang memusuhi

saudara-saudara RG membuat anggota keluarga enggan untuk merawat RG bila RG berada di rumah.

3. Kesiapan keluarga SH

Keluarga SH tidak mengetahui saat pertama kali SH sakit. Namun keluarga mengetahui bila orang sakit maka rumah sakit alternatif pengobatan. Keluarga membawa SH untuk berobat ke rumah sakit dan SH di rujuk untuk menjalani rawat inap di Rumah sakit Jiwa. Keluarga akan membbawa pulang bila kondisi SH telah membaik.

Setelah mengetahui bahwa SH mengalami gangguan jiwa keluarga mengalami kebingungan bagaimana cara memperlakukan SH saat SH berada di rumah. Memilki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa merupakan pengalaman yang baru bagi keluarga SH. Di keluarga SH sebelumnya tidak ada yang mengalami gangguan jiwa.

Namun motivasi keluarga untuk menyembuhkan SH mendorong keluarga untuk mencari bantuan agar SH dapat kembali norma dan nilail. Keluarga memberikan pengobatan terbaik bagi SH. Setiap kali kambuh keluarga membawa SH ke Rumah Sakit Jiwa untuk menjalani rawat inap dan keluarga mematuhi segala yang diinstruksikan oleh dokter. Keluarga terus mengingatkan SH untuk minum obat dan mengantar kontrol ke rumah sakit setiap kali obat SH habis.

Motivasi untuk menyembuhkan SH membuat keluarga optimis akan masa depan SH, meski SH telah berkali-kali menjalani rawat inap. Melihat kondisi SH yang membaik bila berada di rumah sakit menjadikan keluarga optimis SH akan sembuh.

Bagi keluarga SH, lingkungan menjadi peranan penting bagi kesembuhan SH. Keluarga SH menganggap lingkungan Rumah Sakit Jiwa merupakan lingkungan yang paling kondusif untuk menyembuhkan pasien. Hal ini dibuktikan dengan kondisi SH selalu membaik meski keluarga SH mengetahui SH masih tetap kambuh meski berada di Rumah Sakit Jiwa.

Penilaian keluarga SH terbentuk berdasarkan pengalaman yang telah diperoleh keluarga selama keluarga memberikan pengobatan pada SH. Pengalaman keluarga SH selama memberikan pengobatan pada SH mendorong keluarga Untuk bertindak dengan tindakan yang tepat sesuai dengan pengalaman yang diperoleh keluarga SH sebelumnya. Pengalaman keluarga, SH selalu membaik ketika berada di rumah sakit mendorong keluarga selalu membawa SH ke rumah sakit apa bila SH kambuh.

Pengalaman baru diperoleh SH, keluarga dan istri SH ketika SH menikah. Istri SH melanjutkan perawatan yang diberikan oleh keluarga SH sebelumnya yakni perawatan medis. Kondisi SH mengalami perubahan setelah bercerai dengan istrinya. Saat SH bercerai dengan istrinya kondisi saudara SH telah berubah. Saudara SH telah memilki keluarga sendiri dan orang tua SH tidak lagi mampu merawat Sholeh.

Kondisi yang telah berbeda dari sebelumnya membuat perlakuan keluarga SH menjadi berubah. Pada perawatan sebelumnya keluarga SH begitu memperhatikan pola minum obat, pada saat sekarang keluarga tidak dapat lagi mengontrol perilaku minum obat SH. Kondisi ini mempengaruhi gangguan jiwa yang diderita SH. Keluarga mulai tidak mengikuti perkembangan SH. Kondisi ini

menimbulkan kekacauan dalam perawatan yang dijalani oleh SH dan sebagai dampaknya SH menjadi semakin sering kambuh. Keluarga mulai merasa tidak bisa mengontrol perilaku SH dan keluarga tidak bisa membagi waktu antara keluarga sendiri dan memperhatikan Sholeh.

Ketidakpahaman keluarga SH sebagai bagian dari treatmen membuat keluarga merasa membutuhkan orang lain untuk mengawasi SH, seperti pembantu khusus bagi penderita gangguan jiwa. Sikap keluarga yang *over protectif* ini justru menurut dokter dapat memicu kekambuhan SH. Pengalaman frekuensi kekambuhan SH ini membuat gangguan jiwa yang dialami SH menjadi semakin parah dan SH menjadi semakin rentan untuk kambuh bila ada pencetus yang memicunya kekambuhan .

Sikap *over protectif* keluarga ditunjukkan dengan perilaku keluarga yang tidak memberikan kesempatan pada SH untuk melakukan aktifitas yang sebelumnya SH lakukan seperti mengikuti pengajian, olah raga bersama dengan warga sekitar dan berkumpul dengan tetangga sekitar. Sikap over protectif yang lain yang ditunjukkan oleh keluarga adalah keluarga merasa khawatir SH akan melukai tetangga sekitar pada saat SH kambuh. Kekhawatiran keluarga ini disebabkan pengalaman yang diperoleh sebelumnnya oleh keluarga. pada periode kambuh sebelumnya SH pernah memukul paman SH.

Setelah insiden SH memukul pamannya sendiri, keluarga menjadi selalu khawatir SH akan melukai orang lain terutama tetangga terdekat rumah bila SH kambuh di rumah. Faktor SH berbahaya bagi lingkungan sekitar menimbulkan ketidaksiapan keluarga untuk membawa pulang SH ke rumah.

Faktor pengalaman kekambuhan dan sikap *over protectif* keluarga terhadap SH membuat keluarga SH cenderung tidak siap menghadapi kepulangan SH ke rumah. Namun keluarga siap untuk memberikan fasilitas perawatan di rumah sakit.

4. Kesiapan keluarga UJ

Kesiapan keluarga UJ mulai terbentuk pada saat UJ menjalani perawatan pertama di rumah sakit jiwa di Magelang. Pada awal keluarga mengetahui UJ mengalami gangguan jiwa keluarga merasa bingung dan berat untuk menerima kondisi ini.

Kesiapan keluarga UJ terbentuk saat UJ kambuh. Pada pengobatan pertama kondisi UJ telah membaik dan dapat kembali seperti semula. Sifat ganguan jiwa yang memilki pola timbul dan menghilang membuat keluarga UJ mengira gangguan jiwa yang dialami oleh UJ telah sembuh dan tidak akan kembali kambuh. Namun UJ kembali kambuh setelah beberapa bulan pengobatan. Kondisi kambuh kembali membuat keluarga UJ lebih siap untuk membawa UJ berobat karena telah memilki pengalaman sebelumnya.

Keluarga UJ tidak memahami bahwa keluarga merupakan bagian dari tretmen yang dijalani oleh UJ. Keluarga UJ mengetahui Rumah sakit sebagai tempat untuk menyembuhkan penderita gangguan jiwa dari tetangga UJ yang juga memilki gangguan jiwa sama seperti UJ. Keluarga tidak memperoleh informasi mengenai gangguan jiwa yang diderita UJ selama UJ dirawat dibeberapa Rumah Sakit Jiwa.

UJ memilki riwayat pengobatan yang tidak baik. UJ tidak teratur dalam minum obat. Keluarga UJ tidak mengarahkan agar UJ selalu minum obat. Hal ini disebabkan keluarga UJ tidak mendapatkan pengetahuan mengenai arti penting obat yang yang harus diminum oleh UJ.

Kurangnya informasi yang diperoleh keluarga UJ membuat keluarga bingung menghadapi perilaku UJ selama UJ berada di rumah. Keluarga merasakan kebingungan dengan perbedaan perilaku UJ antara di rumah sakit dan di rumah. Informasi lain yang tidak diperoleh keluarga UJ adalah perilaku minum obat yang harus dijalani oleh UJ seumur hidup. Pemahaman keluarga minum obat hanya dilakukan saat UJ kambuh dan berada di rumah sakit.

Menurut dokter Hestu ketidakteraturan minum obat dapat memicu kekambuhan. Pada jenis gangguan jiwa skizofrenia, gangguan jiwa yang diderita oleh UJ. Oleh karena itu UJ harus tetap minum obat meskipun UJtidak mununjukkan tanda kekambuhan, hal ini untuk mencegah halusinasi dan waham muncul kembali. Bila waham dan halusinasi dapat dicegah maka kekambuhan dapat dicegah.

Lingkungan di tempat tinggal UJ merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keluarga dalam mengahadapi kepulangan UJ ke rumah. Lingkungan tempat tinggal UJ tidak kondusif untuk UJ pulang. Hal ini dikarenakan UJ memiliki relasi yang buruk dengan tetangga terutama dengan tetangga sebaya dengan UJ. UJ memiliki rasa curiga yang tinggi dengan teman sebayanya, kondisi ini membuat tetangga yang sebaya merasa enggan bergaul dengan UJ dan cenderung menghindari UJ.

Menurut Poerwanto kakak UJ, bila UJ di rumah tetangga yang sebaya dengan UJtidak mau bergaul dengan UJ. Di rumah hanya UJ yang belum menikah sehingga bila UJ di rumah dan tidak ada teman yang mau bergaul dengan UJ maka UJ tidak memiliki aktivitas apapun selama di rumah tidak ada aktivitas bagi UJ menyebabkan UJ lebih sering mengurung diri di kamar, kegiatan mengurung diri di kamar dapat memunculkan halusinasi dan waham kembali dikarenakan selama mengurung diri UJ melamun.

Adanya dorongan atau motivasi dalam diri individu akan mendorong timbulnya kesiapan dalam diri seseorang untuk melakukan sebuah tindakan dan ketika seseorang siap untuk melakukan sebuah tindakan maka individu tersebut akan melakukan tindakan untuk memenuhi dorongan tersebut (Dalyono :2001:166)

Motivasi keluarga yang tinggi mendorong keluarga UJ tetap optimis dengan masa depan yang baik setelah UJ menjalani perawatan di rumah sakit selama beberapa bulan. Menurut keluarga Penambahan waktu perawatan UJ selama di rumah sakit dari 1 bulan menjadi 2 bulan bertujuan agar saat UJ pulang kondisi UJ dalam keadaan baik.

Selain penundaan kepulangan bertujuan untuk memastikan kondisi dalam keadaan baik saat pulang, penundaan pulang bertujuan untuk mencarikan pekerjaan bagi UJ saat UJ pulang. Keluarga memahami bahwa kesibukan dapat membantu UJ agar tidak kambuh dari gangguan jiwa.

Keluarga optimis dengan bekerja UJ dapat secara perlahan-lahan sembuh dari gangguan jiwa yang diderita UJ. menurut keluarga jika UJ telah bekerja UJ dapat menikah dan melanjutkan hidupnya normal seperti sebelum sakit.

Optimisme keluarga terhadap masa depan UJ mendorong keluarga bersikap positif dalam menghadapi kepulangan UJ. Saat penelitian dilakukan keluarga UJ sedang mempersiapkan lingkungan baru bagi UJ agar UJ dapat memulai kembali kehidupan yang baru tanpa dikucilkan oleh teman-temannya.

6.2 Kesiapan Masyarakat Menghadapi Kepulangan Pasien

1. Kesiapan Masyarakat di Lingkungan Tempat Tinggal MDK

Masyarakat di tempat tinggal MDK merupakan gambaran kesiapan sosial menghadapi kepulangan MDK. Kesiapan Masyarakat didindikasikan dengan perilaku dalam menghadapi MDK setelah MDK menjalani rawat inap di rumah sakit.

Masyarakat di tempat MDK tidak merasa malu memiliki anggota yang menderita gangguan jiwa, namun masyarakat merasa takut dengan kehadiran MDK di lingkunganya. Ketakutan masyarakat terbentuk berdasarkan pengalaman kekambuhan yang dialami oleh masyarakat dalam menghadapi Masduki.

Pandangan gangguan jiwa bukan merupakan penyakit yang dapat mempermalukan lingkungan mendorong masyarakat untuk bersikap wajar dalam menghadapi penderita gangguan jiwa. Masyarakat di tempat tinggal MDK lebih berusaha untuk memahami gangguan jiwa yang di derita oleh MDK. Hal-hal yang dipahami oleh masyarakat dalam rangka menghadapi kepulangan MDK adalah,

masyarakat berusaha memahami gejala gangguan jiwa yang diderita MDK dan hal-hal apa yang dapat mencetuskan gejala itu muncul.

Usaha masyarakat untuk memahami gangguan jiwa yang diderita oleh MDK dapat dilihat dari perilaku masyarakat, misalnya setelah masyarakat sering menghadapi MDK kambuh masyarakat menjadi paham bahwa MDK menjadi lebih mudah curiga dengan orang lain meski dengan tetangganya sendiri setelah menderita gangguan jiwa. Setelah mengetahui bahwa MDK lebih mudah curiga dengan orang lain Masyarakat berusaha untuk menghindari MDK saat MDK berada di rumah hal itu dilakukan agar masyarakat terhindar dari perilaku agresif MDK bila bertemu orang lain.

Faktor lain yang mempengaruhi kesiapan masyarakat dalam menghadapi kepulangan MDK adalah pengalaman. Pengalaman yang diperoleh akan membantu individu untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang (Dalyono 2001:166). Pengalaman yang diperolah masyarakat tempat tinggal MDK adalah pengalaman yang negatif yakni, saat tetangga membantu keluarga MDK untuk menenangkan MDK tetangga melihat MDK memukul ayahnya sendiri.

Penerimaan masyarakat terhadap penderita ganguan jiwa dipengaruhi oleh adanya informasi yang bersifat negatif pada penderita ganguan jiwa (Gupta :1993:13). Respon negatif masyarakat terhadap kehadiran MDK juga dipengaruhi oleh adanya informasi yang diperolah masyarakat mengenai gangguan jiwa yang diderita oleh MDK.

Masyarakat mendapatkan informasi dari kerabat MDK bahwa perilaku MDK setelah menderita gangguan jiwa berubah menjadi agresif dan berbahaya bagi orang lain. Informasi ini membentuk kerangka mental masyarakat yang bersifat negatif bahwa MDK akan menyerang dan melukai orang lain meski pada kenyataanya MDK tidak pernah menyerang tetangga sekitar, MDK hanya pernah menyerang ayahnya sendiri dan itu dilakukan hanya sekali selama MDK menderita gangguan jiwa.

2. Kesiapan Masyarakat di Lingkungan Tempat Tinggal RG

Kesiapan masyarakat yang merupakan kesiapan sosial dalam menghadapi kepulangan RG menunjukkan reaksi yang negatif untuk menghadapi kepulangan RG. Kecenderungan negatif ini terlihat saat wawancara dilakukan dengan tetangga MDK. Pada saat peneliti menanyakan alamat rumah RG tetangga menunjukkan ekspresi wajah heran dan tampak enggan untuk memberi komentar mengenai RG.

Pengalaman yang diperoleh akan membantu individu untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang (Dalyono 2001:166). Pengalaman yang diperoleh tetangga RG dalam menghadapi kekambuhan RG adalah pengalaman yang negatif. Pengalaman ini membentuk kesan yang negatif pada masyarakat. Kesan negatif ini digunakan oleh masyarakat di lingkungan RG untuk merespon secara negatif dengan kehadiran RG.

Pengalaman yang diperolah masyarakat selama RG kambuh diantaranya : RG pernah mengamuk berlari dari dalam rumah lalu merusak kaca toko yang ada di samping rumah RG RG kambuh dengan mengamuk kemudian merusak AC milik

salah satu tetangga dan tetangga sering mendengar barang yang dipecah dari dalam rumah RG pada saat RG kambuh.

Pengalaman-pengalaman ini digunakan masyarakat untuk merespon setiap saat terhadap RG meski RG tidak dalam kondisi kambuh. Masyarakat cenderung enggan untuk berkomunikasi dengan RG. Masyarakat cenderung menghindar meski ada beberapa tetangga RG yang tidak menghindari RG namun kebanyakan tetangga menghindar untuk berkomunikasi dengan RG.

Respon negatif tetangga diturunkan kepada anak-anak yang berada di lingkungan tempat tinggal RG. Anak-anak yang berada di lingkungan RG setiap kali melewati rumah RG akan meledek RG dengan sebutan “RG gila” sambil berlari. Hal ini membuat RG merasa tidak dihargai oleh masyarakat. Kondisi ini membuat RG merespon negatif dengan masyarakat yang ada di lingkungan sekitar tempat tinggal RG. RG bersikap bermusuhan dengan tetangga dan berusaha melukai tetangga yang lewat di depan rumah terutama anak-anak.

Sikap RG ini terlihat pada saat RG kambuh sebelum RG mengalami penundaan di rumah sakit. Pada saat kambuh RG terus berteriak-teriak setiap malam, mengamuk di dalam Rumah dan mengejar anak-anak yang lewat di depan rumah RG. Situasi ini dirasakan mengganggu masyarakat sehingga masyarakat melakukan protes kepada keluarga RG agar RG segera dievakuasi ke rumah sakit.

Salah satu masyarakat diwawancari mengenai kesiapan menghadapi kepulangan RG kembali ke lingkungan, menunjukkan keterbukaan untuk menerima RG kembali. Namun masyarakat menjadi khawatir dengan keberadaan

RG sehingga masyarakat lebih menyarankan keluarga RG agar RG tetap berada di rumah sakit.

Berdasarkan pengalaman yang diperolah masyarakat dalam menghadapi RG selama RG sakit dan menjalani rawat jalan di rumah maka hal-hal yang dipersiapkan masyarakat dalam menghadapi kepulangan RG ke rumah adalah : masyarakat menjadi lebih waspada bila mendengar berita bahwa RG akan pulang terutama ibu rumah tangga yang memilki anak kecil, masyarakat lebih memilih jalan lain untuk keluar dari komplek perumahan tanpa melewati jalan di depan rumah Rio.

3. Kesiapan Masyarakat di Lingkungan Tempat Tinggal UJ

Masyarakat di lingkungan tempat tinggal UJ merupakan masyarakat perkotaan yang cenderung cuek dengan lingkungan. Tetangga terdekat UJ cenderung cuek dengan keberadaan Untung. Pada umumnya masyarakat di sekitar tempat tinggal UJ apatis dengan keberadaan UJ. Masyarakat tidak keberatan dan tidak merasa terganggu dengan keberadaan UJ. oleh karena itu pada saat masyarakat mengetahui UJ akan pulang, masyarakat tidak mempersiapkan apapun untuk menghadapi kepulangan UJ. Masyarakat bersikap wajar dalam menghadapi kepulangan UJtidak merasa takut dan juga tidak mengucilkan namun juga tidak berkeinginan untuk bercengkrama dengan UJ.

Namun para tetangga yang sebaya dengan UJ lebih cenderung menghindari UJ setelah mengetahui UJ mengalami gangguan jiwa. kecenderungan teman sebaya UJ menghindari UJ setelah UJ menderita gangguan jiwa dikarenakan gangguan jiwa memiliki stigma negatif yakni suatu penyakit yang memalukan

sehingga bagi orang lain yang berdekatan dengan penderita maka akan ikut malu. Stigma ini mendorong teman sebaya UJ untuk bereaksi negatif menghadapi kepulangan Untung. persiapan yang dilakukan oleh tetangga yang sebaya dengan UJ dalam menghadapi kepulangan UJ adalah : saling memberi kabar kepada teman yang lain yang untuk tidak memberitahukan kondisi teman satu sama lain bila UJ bertanya, mencari kesibukan untuk menghindari UJ bermain ke rumah mereka.

4. Kesiapan Masyarakat di Lingkungan Tempat Tinggal SH

Kesiapan merupakan sifat-sifat dan kekuatan pribadi yang berkembang (Dalyono :2001:166). Masyarakat tempat tinggal SH menunjukkan adanya kesiapan menghadapi kepulangan SH. Masyarakat terbuka dengan kepulangan SH ke lingkungan. Kondisi ini terlihat saat wawancara, tetangga menanyakan keadaan SH dengan antusias dan menceritakan saat SH belum menjalani perawatan yang cukup lama di rumah sakit, tetangga tersebut sering menghabiskan waktu bersama dengan SH.

Pengalaman yang diperoleh akan membantu individu untuk melakukan tindakan yang tepat untuk merespon stimulus yang datang (Dalyono 2001:166). Pengalaman yang positif tetangga dengan perilaku SH selama berada di rumah membuat tetangga terbuka untuk menerima SH kembali. Sebelum menjalani perawatan yang panjang di rumah sakit, SH di mata tetangga adalah orang yang baik dan ramah. SH senang bergaul dengan tetangga. SH serng membagi uang kepada tetangga yang tidak mampu pada saat SH menerima gaji.

Selama SH menderita gangguan jiwa SH tidak pernah mengamuk ke luar rumah, melukai orang lain dan menyerang orang lain. Bila SH kambuh, SH selalau berada di dalam rumah. Keluarga berusaha agar selama SH kambuh SH tetap di dalam rumah sebelum dibawa ke rumah sakit.

Saat kambuh SH pernah sekali memukul pama SH sendiri. Peristiwa itu tidak diketahui tetangga, namun keluarga tetap khawatir bila SH kambuh akan melukai orang lain. Pengalaman SH pernah kambuh dan memukul pamanya sendiri mendasari kekhawatiran keluarga SH akan melukai masyrakat sekitar rumah SH.

Sikap keluarga tenang saat menghadapi kekambuhan SH membuat masyarakat merasa aman dengan keberadaan SH meskipun SH dalam keadaan kambuh. Masyarakat menilai keluarga SH sangat kooperatif untuk merawat SH selama berada di rumah. Keluarga berusaha menjaga agar SH tidak melukai orang lain saat kambuh. Sikap ini mendorong masyarakat untuk cenderung postif mnghadapi kepulangan SH. Namun keluarga tidak pernah membawa SH kembali ke rumah sehingga masyarakat tidak yakin SH akan kembali ke lingkungannya.

Meskipun sikap lingkungan tempat tinggal SH menunjukkan keterbukaan dan positif dalam menghadapi kepulangan SH namun keluarga tetap merasa SH akan membahayakan lingkungan bila di rumah. Keluarga khawatir bila SH kambuh pada saat siang hari dan keluarga tidak berada di rumah.

6.1.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesiapan keluarga

6.1.3.2 Faktor Eksternal

Setelah dilakukan penelitian ditemukan faktor eksternal yang mempengaruhi kesiapan keluarga MDK yakni : budaya, stigma, dan tidak adanya pendekatan

secara empati yang dilakukan oleh rumah sakit kepada keluarga pasien. lebih jelas akan diuraikan pada pembahasan berikutnya.

1) Budaya

Budaya dapat mempengaruhi prevalensi gangguan jiwa, definisi gangguan jiwa, pengenalan, penerimaan, dan simtomatologi (tanda-tanda atau perilaku yang memungkinkan gangguan jiwa terungkap) (Murphy :1990:701).

Berdasarkan hasil temuan penelitian pada ke 4 keluarga pasien yang menjadi subjek penelitian budaya merupakan faktor yang mempengaruhi kesiapan dan perlakuan keluarga pada pasien. Terdapat 2 hasil budaya yang mempengaruhi keluarga penderita gangguan jiwa, yakni kepercayaan masyarakat dalam memandang gangguan jiwa dan norma serta nilai yang berlaku ditengah masyarakat. kepercayaan masyarakat yang mempengaruhi keluarga penderita gangguan jiwa adalah kepercayaan terhadap dunia mistis dalam kesehatan jiwa seseorang.

Kepercayaan akan mahkluk halus tidak mempengaruhi kesiapan keluarga secara langsung namun mempengaruhi treatmen yang diberikan pada penderita gangguan jiwa. Keluarga yang percaya bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh adanya makhluk halus yang merasuki tubuh penderita gangguan jiwa akan membawa penderita gangguan jiwa pada pengobatan alternatif seperti, dukun, paranorma dan nilail dan kyai.

Dari ke 4 subyek penelitian terdapat 3 keluarga yang mempercayai bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh adanya makhluk halus yang merasuki penderita gangguan jiwa, ke 3 keluarga tersebut adalah, keluarga MDK, keluarga RG dan

keluarga Untung. Dari ke 3 keluarga yang mempercayai gangguan jiwa disebabkan oleh makhluk halus keluarga MDK merupakan keluarga yang paling mempercayai bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh mahkluk halus. Pada keluarga RG hanya ayah RG yang memepercayai gangguan jiwa disebabkan oleh makhluk halus, sedangakan pada keluarga UJkepercayaan pada dunia mistis penyebab sakitnya UJdikarenakan setelah UJmenjalani pengobatan medis beberapa kali tapi UJmasih saja kambuh.

Budaya adanya makhluk halus yang merasuki penderita gangguan jiwa membuat pasien tidak mendapatkan pengobatan yang tepat, dan hal ini berakibat pada kondisi penderita menjadi semakin parah. Hal ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Murphy (1990:701), Budaya mempengaruhi perjalanan penyakit dari waktu ke waktu dan respon penderita dari perlakuan yang diberikan kepada penderita.

Pengetahuan akan gangguan jiwa diperoleh keluarga MDK secara turun temurun oleh pendahulunya dan beredar di tengah masyarakat. Lingkungan tempat tinggal MDK berada pada wilayah pedesaan yang jauh dari kota, suasana pedesaan masih sangat terasa, demikian pula dengan budaya yang ada di desa Bangsri masih sangat kental. Salah satunya adalah budaya dalam memandang gangguna jiwa. masyarakat di lingkungan tempat tinggal MDK masih menganggap gangguan jiwa merupakan penyakit yang disebabkan karena seseorang kesurupan oleh makhluk halus. Hal ini terlihat dari perilaku masyarakat pada saat ditanya mengenai penyebab sakit MDK saat pertama kali, masyarakat yang tinggal di sekitar rumah MDK menjawab bahwa gangguan jiwa MDK

disebabkan oleh kesurupan makhluk halus saat MDK masih duduk di bangku SMA.

Keluarga dan masyarakat menggap ganggun jiwa yang dialami oleh MDK merupakan kesurupan makhluk halus maka keluarga dan masyarakat membawa MDK menjalani pengobatan alternatif, yakni pengobatan dengan dukun, paranorma dan nilail atau “orang pinter.”

Keluarga membawa MDK pada pengobatan alternatif setiap gejala gangguan jiwa muncul. Tetangga turut membantu keluarga MDK dengan memberikan informasi mengenai pengobatan alternatif setiap tetangga menemukan pengobatan alternatif yang baik. Meskipun pengobatan alternatif yang dijalani MDK tidak menunjukkan perbaikan kondisi MDK akan tetapi keluarga tetap membawa MDK menjalani pengobatan alternatif, demikian juga dengan tetangga MDK tetap memberikan informasi mengenai pengobatan alternatif yang terbaik yang ada di Jepara.

Gangguan jiwa merupakan hal yang sulit untuk dipahami gejalanya menyimpang dari perilaku pada umumnya, polanya gangguannya menampakkan perilaku yang aneh, maka masyarakat mengaitkan gejala gangguan jiwa dengan dunia mistik, (Baihaqi: 2005:15)

Keluarga RG dan keluarga UJ pada awalnya keluarga menjalani perawatan medis namun perawatan medis, namun RG dan UJ menunjukkan perilaku kambuh kembali setelah beberapa kali menjalani perawatan, maka keluarga menganggap sakit yang dialami oleh RG dan MDK disebabkan oleh guna-guna.

Menurut dokter Hestu, pengobatan alternatif yang dijalani tidaklah menyembuhkan gangguan jiwa namun menjadikan gangguan yang dialami oleh pasien semakin parah. Kondisi parahnya gangguan jiwa mengakibatkan pasien sulit mengalami perbaikan tetapi lebih memungkinkan pasien mudah untuk kambuh.

Norma dan nilai yang berlaku di masyarakat merupakan hasil budaya yang langsung mempengaruhi kesiapan keluaga untuk menerima pasien kembali ke rumah. Gangguan jiwa merupakan jenis penyakit yang langsung berakibat pada perubahan perilaku pasien. Penderita gangguan jiwa menunjukkan gejala adanya perubahan perilaku yang menyimpang dari norma dan nilai seperti pasien bicara sendiri, mengamuk tanpa alasan yang jelas dan menirukan suara-suara binatang.

Perilaku berbicara sendiri tanpa ada lawan bicara dan mengamuk tanpa alasan yang merupakan perilaku tidak lazim dilakukan oleh Masyarakat. Oleh karena itu gejala gangguan jiwa langsung bersinggungan dengan norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Menurut Agoes (1992:102) di Indonesia masyarakat, tidak menganggap gangguan jiwa sebagai suatu penyakit yang harus segera diobati namun merupakan suatu penyakit yang dapat menurunkan harga diri keluarga dan penderita.

Keluarga MDK merupakan keluarga yang terpandang dan dihormati oleh masyarakat sekitar, memilki anggota keluarga yang memilki penyakit yang berhubungan dengan perilaku yang menyimpamg dari norma dan nilai yang berlaku di tengah masyarakat merupakan kondisi yang dapat menurunkan harga

diri keluarga MDK. Bagi keluarga dan kerabat dekat MDK, penyakit yang diderita MDK membuat keluarga dan kerabat merasa malu.

Kondisi MDK yang mengalami gangguan jiwa tidak dapat dihindari oleh keluarga. Keluarga MDK selalu membawa MDK ke rumah sakit begitu gejala muncul. Hal ini dilakukan oleh keluarga untuk menghindari masyarakat atau tetangga sekitar mengetahui MDK kambuh. Keluarga akan menitipkan MDK cukup lama di rumah sakit. Penundaan kepulanga MDK pada perawatan yang terakhir merupakan penundaan kepulangan MDK yang terlama.

Kondisi MDK menurut dokter dan perawat telah menunjukkan kondisi yang membaik, MDK telah tenang dan tidak mengmuk lagi, akan tetapi keluarga belum ada keinginan untuk membawa pulang. Kerabat MDK telah mengingatkan keluarga MDK untuk membawa pulang MDK namun Abid kakak MDK, belum ada niat untuk membawa MDK pulang. Menurut Abid bila MDK pulang di rumah MDK akan kambuh dan pada akhirnya kekambuhan MDK hanya akan membuat keluarga merasa malu. Selama ini keluarga selalu membawa MDK ke rumah sakit secara diam-diam, hal ini dimaksudkan agar masyarakat tidak mengetahui kekambuhan MDK.

2) Stigma

Stigma adalah keyakinan atau kepercayaan yang salah, yang lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum penderita yang sebenarnya membutuhkan pertolongan (Soewandi :1999:2)

PERPUSTAKAAN UNNES

Stigma merupakan faktor yang paling menyebabkan keluarga tidak siap untuk menerima MDK kembali ke rumah. Ada beberapa stigma yang mempengaruhi keluarga pasien tidak siap untuk menerima kembali ke rumah, yakni :

a. Berbahaya

Menurut Gupta (1993:17), masyarakat memiliki *stereotypes* penderita gangguann mental adalah orang yang berbahaya karena penderita gangguan mental sering kehilangan akal pikirannya sehingga berpotensi untuk melakukan tindakan yang membahayakan orang lain.

Selama MDK masyarakat tidak secara langsung mengucilkan MDK namun masyarakat takut untuk mendekati MDK. Masyarakat takut MDK akan menyerang dan melukai bila masyarakat mendekati MDK. MDK pernah menyerang salah satu anggota keluarganya disaat MDK kambuh.

Pengalaman ini yang memberikan stigma masyarakat yang tinggal di lingkungan MDK menganggap MDK berbahaya dapat menyerang orang lain. Maka tindakan yang dilakukan masyarakat adalah menjauh dari MDK agar tidak diserang oleh MDK.

Masyarakat merasa khawatir bila berdekatan atau memandang MDK MDK akan menyerang. Selama MDK kambuh hanya sekali MDK menyerang orang lain yakni ayah MDK sendiri, selebihnya setiap MDK kambuh MDK tidak pernah menyeang orang lain. Meskipun MDK marah-marah tanpa sebab namun MDK tidak pernah menyerang tetangga selama MDK kambuh. Namun masyarakat terlajur takut dan menganggap MDK berbahaya bagi lingkungan.

Kondisi ini membuat keluarga merasa khawatir bila MDK berada di rumah MDK akan mengganggu dan melukai orang lain. Keluarga merasa malu bila MDK kambuh dan melukai orang lain, sebagai alternatif keluarga lebih memilih menitipakan MDK ke rumah sakit. Bila berada di rumah sakit masyarakat tidak akan merasa khawatir bila lewat di depan rumah MDK dan keluarga tidak merasa khawatir serta malu karena MDK akan melukai orang lain bila berada di rumah.

Keluarga SH menganggap SH berbahaya bagi lingkungan setelah keluarga memperoleh pengalaman saat SH kambuh SH memukul pamannya. Semenjak SH pernah memukul pamannya keluarga beranggapan bahwa SH berbahaya bagi lingkungan meskipun pada kekambuhan selanjutnya SH tidak pernah menyerang orang lain.

Selain keluarga MDK dan keluarga SH, keluarga RG juga beraggapan perilaku RG membahayakan orang lain. Keluarga RG menilai perilaku RG berbahaya setelah keluarga mendapatkan pengalaman setiap kambuh RG selalu mengamuk dan merusak perabotan milik keluarga dan tetangga. Selain mengamuk, RG juga berteriak-teriak setiap hari. Namun pada kenyataannya RG tidak pernah melukai orang lain selama RG kambuh dan menjalani perawatan di rumah.

b. Berubah-ubah

Menurut Gupta (1993:17) masyarakat menilai kondisi perilaku penderita gangguan jiwa berubah-ubah, paraniod dan mengerikan dan perilaku gangguan jiwa tidak akan pernah berakhir.

Keluarga MDK merasa perilaku sering berubah-ubah dan tidak dapat diprediksi. Hal ini membuat keluarga merasa bingung. Contoh perilaku MDK yang sering berubah-ubah adalah MDK terkadang baik dan penurut tapi diwaktu yang lain MDK senang marah-marah tanpa sebab dan curiga dengan orang lain. Hal ini membuat keluarga MDK dan masyarakat menjadi takut dengan MDK terutama masyarakat.

Keluarga dan masyarakat takut perilaku MDK akan berubah sewaktu-waktu dan akan melukai orang lain. Keluarga dan masyarakat mengantisipasi agar tidak diserang saat MDK sedang kambuh dengan mendiamkan dan mengabaikan MDK. Bila lewat di depan rumah MDK tetanga akan diam dan tak melihat ke arah MDK. Keluarga MDK jarang berkomunikasi dengan MDK.

Keluarga membiarkan MDK tanpa melakukan aktivitas apapun. Perilaku Masyarakat dan keluarga yang bertujuan untuk mengantisipasi agar tidak diserang oleh MDK justru menjadikan MDK terkucilkan dan terabaikan. Kondisi ini menimbulkan tekanan pada MDK dan mendorong munculnya gejala gangguan jiwa kembali pada diri MDK.

Selain keluarga MDK, keluarga SH, UJ, dan RG juga memiliki anggapan yang sama. Menurut keluarga SH perilaku SH setelah mngalami gangguan jiwa mudah berubah, misalnya SH terkadang terlihat sehat dalam bericarapun realistis namun disuatu waktu SH menunjukkan gejala gangguan jiwa seperti SH merasa dikejar-kejar orang terus menerus. Perubahan perilaku SH yang

tidak dapat diprediksi membuat keluarga SH merasa bingung dengan perilaku SH.

Kondisi yang sama juga dirasakan oleh keluarga UJ dan keluarga RG. Menurut keluarga, RG terkadang tidak nampak seperti orang yang mengalami gangguan. RG dapat diajak bicara yang realistis, RG ramah dengan tetagga sekitar namun RG tiba-tiba menunjukkan perilaku gangguan jiwa seperti tiba-tiba marah-marah dengan orang yang lewat di depan rumah.

Keluarga UJ merasakan kebingungan dengan perubahan perilaku UJ. Keluarga UJ merasa heran mengapa saat UJ di rumah sakit kondisinya sangat baik namun bila di rumah UJ berubah. UJ menjadi pemarah.

Stigma ini mempengaruhi keluarga MDK namun tidak mempengaruhi kesiapan keluarga RG SH danUntung. Keluarga MDK menjadi tidak siap untuk menerima MDK kembali. Bagi keluarga MDK perilaku MDK akan terus berubah-ubah dan tidak akan pernah membaik. Pandangan ini terlihat dari sikap keluarga MDK yang menganggap bahwa bila MDK berada di rumah akan berubah menjadi suka marah-marah tanpa sebab dan mengamuk, namun bila berada di rumah sakit MDK akan berubah baik, MDK akan teang berada di rumah sakit dan keluargapun akan tenang karena tidak harus mengawasi MDK bila sewaktu-waktu MDK berubah perilakunya.

6.1.3.2 Faktor Internal

Faktor internal pada pembahasan kali ini akan dibahas mengenai faktor internal yakni apa yang dirasakan keluarga yang dapat mengurangai kesiapan keluarg untuk menerima pasien kembali ke rumah. Faktor internal yang

mempengaruhi kesiapan keluarga adalah : motivasi keluarga untuk menyembuhkan anggota keluarga, gagalnya keluarg sebagai bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien, pesimisme keluarga akan masa depan, pola hubungan keluarga dengan rumah sakit, pengalaman kekambuhan keluarga, kurangnya pemahaman keluarga mengenai rumah sakit sebagai sumber dari keluarga, kurangnya instruksi dan informasi bagaimana merespon pasien.

a. Motivasi keluarga untuk menyembuhkan pasien

Menurut Dalyono (2001:166), adanya motivasi yang timbul pada diri seseorang akan mendorong timbulnya kesiapan dalam diri seseorang untuk melakukan suatu tindakan tertentu. Motivasi menjadi bagian yang penting bagi pasien dan keluarga dalam gangguan jiwa. Motivasi memiliki pengaruh yang besar bagi pasien. pasien yang memilki motivasi yang tinggi untuk sembuh akan dapat mendorong pasien untuk mematuhi instruksi yang diberikan oleh dokter misalnya mematuhi instruksi dokter untuk teratur minum obat dan kontrol secara rutin.

Motivasi pasien yang tinggi akan menjadi optimal dalam proses penyembuhan bila diiringi oleh motivasi keluarga untuk menyembuhkan pasien, begitu juga sebaliknya motivasi yang tinggi dari keluarga harus diiringi oleh motivasi pasien yang tinggi. Pasein yang tidak memilki motivasi untuk sembuh akan menghambat kesembuhan pasien itu sendiri dan kesiapan keluarga untuk menerima pasien kembali.

Keluarga SH, MDK, RG dan UJ memiliki motivasi yang tinggi untuk menyembuhkan pasien. namun motivasi keluarga tidak diiringi dengan

motivasi yang tinggi oleh SH, MDK, RG dan UJ. SH, MDK, RG dan UJmemilki motivasi yang rendah untuk sembuh. Motivasi yang rendah dari ke 4 subjek penelitian dapat dilihat dari perilaku minum obat yang cenderung tidak teratur dan pengingkaran gangguan jiwa yang diderita oleh ke 4 subjek penelitian. Menurut pihak rumah sakit motivasi pasien yang rendah membuat pasien mudah kambuh dan sulit untuk sembuh, hal ini menimbulkan kejenuhan bagi keluarga untuk terus merawat pasien.

Motivasi keluarga MDK yang tinggi tidak diikuti oleh motivasi MDK untuk sembuh. MDK mengingkari dirinya mengalami gaggunan jiwa dan menolak minum obat bila berada di rumah. Keluarga MDK berusaha untuk memberikan pengobatan yang terbaik bagi MDK. Kondisi ini terlihat dari usaha keluarga MDK untuk mencari informasi pengobatan altenatif yang dibantu oleh para tetangga.

Rendahnya motivasi MDK membuat MDK sering mengalami kekambuhan, MDK sering menolak untuk minum obat dan cenderung marah bila terus dipaksa untuk minum obat. Perilaku minum obat MDK yang tidak teratur membuat frekuensi kambuh meningakat. Semakin hari kondisi MDK menjadi semakin parah. Setiap pulang dari Rumah Sakit Jiwa, beberapa bulan kemudian MDK kembali ke Rumah sakit Jiwa. Kondisi ini selalu berulang sejak MDK menjalani perawatan di rumah sakit. MDK selalu mengingkari dirinya sakit. Sikap MDK yang terus mengingkari dan menolak minum obat membuat keluarga MDK jenuh untuk merawat MDK di rumah.

Keluarga SH, RG dan UJ memilki kondisi yang sama dengan keluarga MDK. SH, RG dan UJ memiliki motivasi yang rendah. Setiap kembali ke rumah SH, RG dan UJ cenderung menolak untuk minum obat.

Saat SH di rumah SH sering membuang obat yang harus diminum ke dalam kolong tempat tidur. SH akan marah bila saat minum obat SH diawasi oleh keluarga. Kondisi SH yang sering menolak untuk minum obat yang barakibat pada kekambuhan membuat keluarga SH merasa jenuh untuk merawat SH di rumah. Keluarga menilai SH lebih baik berada di rumah sakit karena selama berada di rumah sakit pola perilaku SH lebih dapat terkontrol.

Motivasi yang rendah pada diri RG ditandai dengan marahnya RG saat waktu minum obat tiba. RG selalau merasa kondisinya baik-baik saja, sehingga RG merasa tidak butuh obat. Oleh karena itu RG selalu menolak bila harus minum obat dan kontrol ke rumah sakit. RG akan kambuh kembali setelah secara teratus selama beberapa hari RG sama sekali tidak minum obat. Kondisi RG yang tidak mau menerima kenyataan bahwa RG mengalami gangguan jiwa membuat Kusmawarni pesimis dengan masa depan RG. Kusmawarni yakin bahwa RG tidak akan pernah sembuh sehingga RG akan lebih baik bila berada di rumah sakit, walau tidak sembuh namun RG tidak akan kambuh bila berada di rumah sakit.

b. Pengalaman Kekambuhan

Perilaku yang dilakukan sebelumnya oleh individu memiliki arti bagi aktivitas individu di masa mendatang. Apa yang telah dilakukan oleh individu

sebelumnya mempengaruhi kesiapan seseorang untuk melakukan tindakan selajutnya.

MDK telah lama mengalami gangguan jiwa dan sering mengalami kekambuhan MDK memiliki riwayat 2 model pengobatan yakni pengobatan secara medis non medis. Pengobatan secara non medis dijalani MDK pada saat MDK pertama kali sakit sampai MDK menikah. Sebelum menikah MDK selalu menjalani pengobatan alternatif. Keluarga selalu mengantarkan MDK untuk menjalani pengobatan altrnatif.

Namun setlah menikah pengobatan MDK beralih pada pengobatan medis setiap kali MDK kambuh. Setiap kali pulang dari rumah sakit MDK dalam kondisi membaik, emosi telah stabil. Namun bila berada di rumah beberapa bulan MDK kembali kambuh dan kembali menjalani rawat inap di rumah sakit. Kondisi MDK yang baik bila berada di rumah sakit akan tetapi bila berada di rumah kambuh terus berulang, dan menjadi pengalamaman yang terus berulang yang diperoleh oleh keluarga. pengalaman yang berulang mengenai kekambuhan MDK bila MDK berada di rumah mengakibatkan keluarga menjadi tidak siap untuk membawa pulang dan menerima MDK di rumah. Pengalaman yang berulang ini lebih manjadikan keluarga siap untuk menitipkan MDK di rumah sakit akan tetapi tidak siap untuk membawa pulang MDK dan menerima MDK di rumah.

RG memilki 2 riwayat pengobatan yakni pengobatan medis dan non medis. Saat RG pertama kali sakit keluarga RG membawa RG ke Rumah sakit Jiwa, namun setelah pulang dari rumah sakit ayah RG membawa

melakukan pengobatan non medis. Pengobatan non medis yang djalani RG menyebabkan pengobatan medis yang dijalani oleh RG terhenti.

Terhentinya pengobatan medis menyebabkan gangguan jiwa yang diderita oleh RG menjadi semakin parah. Keparahan gangguan jiwa yang diderita RG menyebabkan RG menjadi rentan untu kambuh. hal ini terbikti dari tingkat kekambuhan RG yang meningkat dari hari ke hari. Pemicu kecil pada kambuh sebelumnya tidak menyebabkan kekambuhan namun pada periode kambuh setelahnya dapat menimbulkan kekambuhan.

Frekuensi kekambuhan RG yang meningkat diiringi dengan kemunduran kemampuan RG dan gejala gangguan jiwa yang semakin parah dari waktu ke waktu. Pengalaman kambuh RG yang berulang bila RG berada di rumah yang disertai peningkatan gejala gangguan jiwa yang semakin parah membuat keluarga merasa tidak siap untuk membawa pulang.

Pengalaman kekambuhan yang berulang setiap kali berada di rumah juga terjadi pada SH dan UJ. Pada keluarga UJ kekambuhan yang berulang setiap UJ berada di rumah membuat keluarga UJ merasa bingung. Keluarga UJ merasa bingung setiap UJ berada di rumah sakit walaupun lama berada di rumah sakit kondisi UJ selalu baik. UJ dapat berkomunikasi lancar dengan keluarga. UJ nampak sehat dan siap untuk pulang, namun bila telah berada di rumah UJ kembali kambuh meski baru tinggal di rumah selama beberapa hari. Kekambuhan UJ bila berada di rumah menjadi pertimbangan keluarga untuk menunda kepulangna UJ ke rumah.

Pada keluarga SH faktor kekambuhan bukan menjadi faktor yang utama yang menyebabkan keluarga tidak siap untuk membawa pulang SH ke rumah. Pengalaman kekambuhan SH tidak menjadi beban bagi keluarga SH. Pengalaman susah untuk dapat memasukkan SH untuk menjalani rawat inap di rumah sakit menjadi pertimbangan. Keluarga SH tidak takut bila SH kambuh namun keluarga takut tidak dapat memasukkan SH kembali bila SH kambuh kembali setelah SH pulang dari rumah sakit. Hal ini disebabkan SH telah menjalani rawat iap yang cukup sering.

c. Pesimisme Keluarga akan Masa Depan Pasien

Para keluarga penderita gangguan jiwa pesimis dengan masa depan penderita gangguan jiwa tidak akan dapat bekerja kembali di tengah masyarakat. pesimisme ini juga terjadi pada keluarga MDK. Keluarga pesimis MDK akan memiliki masa depan yang baik setelah berkali-kali menjalani pengobatan. Pesimisme keluarga MDK lebih mengarah pada pesimisnya keluarga bahwa kondisi MDK tidak akam membaik. Pesimisme keluarga MDK mendorong keluarga untuk mengabaikan MDK selama MDK berada di rumah. Bagi keluarga, MDK bila berada di rumah tidak bisa melakukan pekerjaan apapun untuk membantu keluarga.

Pesimisme keluarga MDK mendorong keluarga MDK untuk menunda kepulangan MDK ke rumah. Pandangan keluarga MDK bila MDK di rumah hanya akan menjadi beban karena MDK tidak dapat melakukan pekerjaan apapun.

Keluarga RG telah yakin bahwa gangguan jiwa tidak akan sembuh kecuali penderitanya meninggal. Pesimisme keluarga RG terbentuk dari seringnya RG kambuh dan kemunduran kemampuan RG. Selain tidak akan sembuh penderita gangguan jiwa yang telah berkali-kali kambuh tidak akan dapat bekerja kembali. Kondisi ini menimbulkan pesimisme keluarga terhadap kesembuhan RG.

Keluarga UJ tidak memandang pesimis mengenai masa depan UJ. keluarga yakin bila UJ pulang dan bekerja UJ tidak akan kambuh kemabali. Optimisme keluarga UJ muncul berdasarkan pengalaman sakit sebelumnya. Pada periode kambuh sebelumnya UJ masih mendapatkan beberapa kali tawaran pekerjaan dan tetap ada perempuan yang menyukai UJ. berdasrkan pengalaman ini keluarga UJ tetap yakin behwa setelah UJ pulang, UJ akan bekerja dan akan dapat menikah dengan seorang wanita.

Keluarga SH optimis SH dapat sembuh kembali seperti sediakala akan tetapi bila SH tetap berada di rumah sakit. pandangan keluarga SH akan sembuh bila berada di rumah sakit berdasarkan pengetahun yang diperoleh keluarga selama merawat SH. Keluarga melihat selama berada di rumah, SH tidak setiap hari kambuh, hanya sesekali kambuh namun bila kambuhnya menunjukkan gejala yang parah keluarga tidak dapat menangani. Oleh karen itu keluarga optimis SH akan sembuh selama SH berada di rumah sakit.

d. Pola Hubungan Keluarga dengan Pihak Rumah Sakit

Pola hubungan keluarga dan rumah sakit mencakup rumah sakit sebagai patner dalam menyembuhkan penderita gangguan jiwa dan tidak adanya

empati dari pihak rumah sakit. Rumah sakit sebagai patner dari keluarga dalam menyembuhkan penderita gangguan jiwa, rumah sakit dapat sebagai sumber informasi bagi keluarga untuk dapat memberikan pengetahuan kepada keluarga dan masyarakat menganai gangguan jiwa. rumah sakit sebagai patner keluarga penderita gangguan jiwa, bila penderita mengalami rawat jalan rumah sakit memberikan pelayanan yang baik bagi keluarga.

Rumah sakit memberikan perawatan medis untuk menghilangkan gejala gangguan jiwa agar gejala gangguan jiwa tidak muncul setiap saat. Pasien selama berada di rumah sakit diberi beberapa terapi lain seperti, terapi okupasi dan rehabilitasi sosial. Okupasi dan rehabilitasi yang diberikan oleh pihak rumah sakit diberikan pada pasien digunakan membantu keluarga *merecovery* pasien agar pasien dapat menyesuaikan kembali dengan keluarga dan masyarakat setelah pasien pulang. Okupasi terapi bertujuan melatih pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari di dalam keluarga sedangkan rehabilitasi sosial bertujuan membantu keluarga untuk mengembalikan pasien ke tengah masyarakat. Terapi yang diberikan rumah sakit sebagai bentuk rumah sakit sebagai patner dari keluarga. Rumah sakit memberikan fasilitas kepada keluarga untuk melatih anggota keluarganya bekerja sehingga pada saat pasien telah diijinkan pulang, pasien telah siap kembali ke tengah masyarakat.

Selain rumah sakit memberikan rehabilitasi, sebagai patner rumah sakit juga memberikan terapi sosial lainnya yakni terapi kelompok. Terapi kelompok yang diberikan rumah sakit bertujuan melatih pasien kembali

menjalin relasi dengan orang lain dan mengenali penyakit yang di derita oleh pasien sendiri.

Rumah sakit sebagai patner keluarga untuk menyembuhkan pasien tidak hanya membutuhkan keatifan rumah sakit untuk meberikan informasi kepada keluarga dan kepada masyarakat umum mengenai gangguan jiwa, namun perlu keaktifan keluarga untuk menjadikan rumah sakit sebagai patner dalam menuembuhkan anggota keluarganya. Kelurga secara aktif bertanya kepada pihak rumah sakit bagaimana merawat pasien bila berada di rumah atau secara berkesinambungan keluarga bertanya pada rumah sakit informasi apa yang diperlukan keluarga agar keluarga dapat menerima pasein kembali ke rumah. Pengetahuan bahwa rumah sakit sebagia patner dalam menyembuhkan pasein dapat mendorong timbulnya kesiapan keluarga pasein untuk menerima kembali pasien kembali ke rumah.

Rumah sakit sebagai patner memerlukan keatifan keluarga untuk terlibat dalam proses perawatan selama pasien menjalani perawatan baik perawatan di rumah maupun perawatan di rumah sakit. diantara ke 4 keluarga yang menjadi subjek penelitian keluarga SH merupakan keluarga yang paling aktif dalam proses perawatan yang dijalani oleh SH. Secara teratur keluarga menjenguk SH tiap 2 minggu sekali, sekaligus bertanya pada perawat kemajuan SH selama berada di rumah sakit, aktifitas apa saja yang telah dijalani oleh SH, perilaku minum obat dan kekambuhan selama berada di rumah sakit. Keluarga RG keluarga Untung, keluarga MDK pasif akan kondisi anggota keluarganya yang berada di rumah sakit.

Keluarga MDK termasuk pada keluarga yang tidak memahami bahwa rumah sakit sebagai patner dalam menyembuhkan anggota keluarganya. Rumah sakit sebagai patner akan memberikan informasi atau petunjuk pada keluarga yang membutuhkan informasi. Namun keluarga MDK tidak pernah menjadikan rumah sakit sebagai patner untuk menyembuhkan MDK.

Adanya dorongan atau motivasi dalam diri individu akan mendorong timbulnya kesiapan dalam diri seseorang untuk melakukan sebuah tindakan dan ketika seseorang siap untuk melakukan sebuah tindakan maka individu tersebut akan melakukan tindakan untuk memenuhi dorongan tersebut. Hal ini terlihat dari hasil temuan bahwa menurut keluarga, rumah sakit merupakan tempat yang tepat bagi MDK, bila MDK di rumah sakit keluarga yakin kondisi MDK akan terus membaik meski keluarga tidak pernah menjenguk karena di rumah sakit telah ada dokter dan tim medis lain yang merawat MDK.

Bila keluarga datang ke rumah sakit untuk menitipkan MDK ke rumah sakit atau mengambil pulang keluarga tidak pernah bertanya apapun kepada rumah sakit yang berhubungan dengan MDK, misalnya bagaimana cara memperlakukan MDK selama MDK berada di rumah atau mengantisipasi perilaku MDK bila MDK kambuh. Keluarga MDK tidak pernah melakukan komunikasi dengan rumah sakit selama MDK berada di rumah. Tidak komunikasi keluarga terlihat dari perilaku keluarga yang tidak pernah mengajak MDK untuk kontrol ke rumah sakit.

Selain keluarga MDK keluarga UJ tidak mengatahui fungsi lain dari Rumah Sakit Jiwa, yakni sebagai patner keluarga untuk menyembuhkan UJ. keluarga UJ tidak memahami, keluarga dapat bertanya dan *sharing* pada pihak rumah sakit. Keluarga dapat berkonsultasi baik secara langsung kepada dokter yang menangani atau melalui telpon dan sms pada dokter yang menangani UJ selama UJ berada di rumah.

Keluarga RG mengetahui bahwa rumah sakit sebagai patner selama RG menjalani perawatan, namun keluarga tidak aktif untuk terlibat secara aktif pada perawatan yang dijalani oleh RG. Keluarga memilih untuk memasrahkan segala perkembangan, kekambuhan dan segala aktivitas pada pihak rumah sakit.

e. Kegagalan Keluarga untuk Memahami bahwa Keluarga merupakan Bagian dari Treatmen yang di Jalani oleh Pasien

Keluarga tidak menyadari bahwa keluarga bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien. Keluarga seharusnya secara aktif membantu rumah sakit untuk menyembuhkan pasien. kesadaran keluarga bahwa keluarga merupakan bagian dari treatmen selama pasien menjalani treatmen. Kesadaran keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien ditandai dengan adanya perilaku keluarga yangsecara aktif mencari informasi mengenai gangguan jiwa yang di derita oleh pasien, keluarga mau menyesuaikan diri dengan pasien, keluarga secara sabar menuntun pasien untuk melakukan pekerjaan rumah, keluarga mengantar pasien kontrol,dan keluarga dengan sabar mengingatkan pasien untuk minum obat.

Menurut dokter Hestu, dokter yang merawat pasien yang berada di bangsal IX keluarga sering tidak menyadari bahwa tidak hanya pasien saja yang harus menjalani treatmen akan tetapi keluarga juga harus terlibat aktif dalam treatmen yang dijalani oleh keluarga.

Treatmen yang diberikan oleh pihak rumah sakit pada pasien akan menjadi gagal untuk memperbaiki penderita gangguan jiwa bila keluarga gagal menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh penderita gangguan jiwa. Hal ini dikarenakan waktu yang dihabiskan pasien lebih banyak di rumah daripada di rumah sakit. Di rumah sakit hanya pada kondisi pasien kambuh dan menjalani rawat inap namun di rumah pasien lebih banyak menghabiskan waktu, oleh karena itu jika keluarga tidak menyadari bahwa keluarga merupakan bagian dari treatmen sehingga keluarga harus mengikuti pola perilaku pasien agar pasien dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan secara perlahan.

Pasien penderita gangguan jiwa tidak dapat dituntut untuk mengikuti peraturan dan aktivitas yang ada di rumah secara cepat. Hal ini dikarenakan kemapuan pasien mulai berkurang setelah menderita gangguan jiwa dan terdapatnya gejala sisa pada jenis ganggun jiwa tertentu.

Keluarga dapat menyesuaikan dengan pasien dengan cara : keluarga sering berkomunikasi dengan pasien, keluarga mengajak pasien untuk bersosialisasi seperti mengajak pasien mengikuti pengajia dan arisan, melatih pasien untuk melakukan pekerjaan rumah. Bila pasien tidak mau keluarga dapat membujuk atau memberikan instruksi sederhana dan lebut pada pasien serta keluarga sebar untuk mengingatkan pasien melakukan aktivitas yang sama bila pasien tidak mau

melakukannya. Keluarga mengantar pasien untuk kontrol dan memberikan aktivitas pada siang hari disaat keluarga melakukan aktivitas masing-masing seperti mendaftarkan pasien untuk mengikuti rehabilitasi *day care* atau memberikan kursus sederhana sesuai dengan kemapuan pasien. Bila keluarga merasa bagian dari treatmen keluarga akan melakukan hal-hal yang dapat menjadikan kondisi pasien membaik.

Keluarga MDK termasuk keluarga yang tidak menyadari bahwa keluarga merupakan bagian dari treatmen yang dijalani oleh MDK. Hal ini terlihat dari sikap keluarga yang apatis dengan anjuran yang diberikan oleh pihak rumah sakit seperti : keluarga tidak pernah membawa MDK kontrol setelah obat MDK habis dan keluarga tidak menjenguk MDK selama MDK menjalani rawat inap. Pihak rumah sakit telah beberapa kali memberikan saran kepada keluarga agar keluarga mau datang untuk menjenguk namun keluarga tidak mau datang ke rumah sakit.

Menurut Indarti (1992:6) kritik dan hostilitas merupakan faktor yang dapat memicu kekambuhan pada pasien. kritik dan hostilitas ditunjukkan dengan ekspresi emosi yang tinggi pada pasien. Ekspresi emosi ditunjukkan melalui, sikap keluarga yang cenderung mengucilkan pasien, menganggap pasien sebagai beban, marah pada pasien.

Bila MDK berada di rumah cenderung dikucilkan, keluarga MDK menunjukkan ekspkresi emosi yang tinggi seperti, menunjukkan perilaku yang tidak suka kepada MDK, marah bila MDK sulit untuk minum obat, mengacuhkan MDK. Kondisi ini membuat MDK lebih cenderung mudah kambuh dibanding bila

MDK berada di rumah. Keluarga MDK tidak mau mengingatkan MDK minum obat dan kontrol ke rumah sakit. Keluarga

MDK tidak memberikan pengarahan pada MDK untuk melakukan aktifitas sehari-hari, keluarga tidak pernah mengajak MDK untuk bergaul dan bersosialisasi dengan masyarakat. keluarga bersikap cuek pada MDK. Hal inilah yang menyebabkan MDK mudah kambuh saat berada di rumah daripada berada di rumah sakit. Keluarga gagal mengikuti treatmen yang dijalani oleh MDK selama berada di rumah sakit.

Keluarga UJ tidak mengetahui bahwa keluarga merupakan bagian yang penting dari treatmen yang dijalani oleh seorang pasien baik saat pasien berada di rumah sakit atau setelah berada di rumah. Keluarga UJ tidak mengetahui bahwa perawatan penderita gangguan jiwa merupakan proses perawatan yang tak terputus. Artinya meski pasien telah menunjukkan kondisi yang baik keluarga tetap garus waspada bila gejala muncul kembali. Kewaspadaan keluarga harus dimulai dari kesadaran keluarga UJ sebagai bagian dari treatmen yang dijalani UJ. Bila UJ berada di rumah sakit rumah sakit merupakan pengawas perilaku UJ namun pada saat di rumah keluarga yang harus mengawasi Untung.

Selama ini keluarga UJ membiarkan UJ tidak melakukan aktivitas apapun dan mebiarkan UJ berdiam diri di kamar. Keluarga melatih UJ untuk melakukan aktivitas sehari-hari seperti menyapu, membantu ibu UJ mengambil air, namun bila UJ berhenti di tengah aktivitas keluarga tidak berusaha untuk mengingatkan UJ untuk melanjutkan aktivitas yang terhenti.

Kegagalan keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien juga dialami oleh SH. Keluarga SH bersikap *over protectif* pada SH. Keluarga tidak memberikan kesempatan pada SH untuk melakukan aktifitas sehari-hari seperti menyuci pakaian sendiri dan menyapu rumah. Selain aktifitas sehari-hari keluarga SH juga melarang SH untuk melakukan aktifitas di luar rumah seperti voli, badminton, pengajian dan aktivitas yang lain yang berhubungan dengan orang lain.

Kondisi ini membuat SH tertekan karena merasa kebebasan untuk melakukan aktifitas yang sebelumnya dijalani telah dibatasi. SH merasa menjadi beban di rumah karena semua aktivitas yang dahulu dilakukan oleh SH sekarang tidak boleh dilakukan oleh SH seperti mencuci baju sendiri, mengikuti pengajian. Keadaan ini memberikan tekanan bagi psikologis SH. SH merasa menjadi orang yang tidak berguna bagi keluarga kondisi psikologis ini mengakibatkan SH mudah kambuh saat di rumah.

Sikap *over protectif* keluarga mengakibatkan SH tidak memiliki aktivitas dan membuat SH kembali senang melamun. Keadaan ini memicu munculnya halusinasi dan waham dan mengakibatkan kekambuhan pada diri SH.

f. Kondisi Ekonomi Keluarga

Kondisi ekonomi keluarga mempengaruhi kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien. Akibat biaya rawat jalan yang mahal keluarga sering tidak melakukan apa yang dianjurkan oleh dokter selama pasien menjalani rawat jalan di rumah, misalnya kontrol rutin tiap bulan dan memberikan obat kepada penderita secara berkelanjutan tanpa putus kecuali atas petunjuk dokter.

Kedua hal tersebut jarang dilakukan olah keluarga dari ekonomi kurang mampu. Keterbatasan kemapuan membiayai penderita membuat keluarga memberikan pengobatan ketika penderita telah menunjukkan gejala gangguan yang parah. Kondisi ini memicu frekuensi kekambuhan pada penderita gangguan jiwa.

Keluarga UJ merupakan keluarga ekonomi menengah namun pembiayaan pengobatan yang dijalani UJ baik rawat jalan maupun rawat inap terasa memberatkan bagi keluarga. oleh karena itu keluarga UJs ering terlambat memberikan pertolongan pada UJ ketika UJkambuh. Biaya perawatan yang mahal sering membuat keluarga UJ tidak menjenguk UJ pada saat UJ menjalani rawat inap di rumah sakit dan sering menunda kepulangan UJ ke rumah. Penundaan kepulangan oleh keluarga UJ dilakukan untuk memastikan kondisi UJ benar-benar telah membaik setelah menjalani rawat inap. Keluarga UJ harus memastikan kondisi UJ benar-benar membaik karena terkait dengan pembiayaan perawatan yang dijalani UJ. Keluarga UJ berusaha mencarikan pekerjaan bagi UJ agar selama di rumah UJ memiliki pekerjaan sehingga dapat mengurangi frekuensi kekambuhan. Berkurangnya frekuensi kekambuhan akan dapat mengurangi biaya yang keluarkan oleh keluarga untuk memberikan perawatan pada UJ. Pencarian yang dilakukan oleh keluarga UJ dilakukan dalam rangka menghadapi kepulangan UJ kembali ke rumah. Pada ke 3 subjek penelitian yang lain kondisi ekonomi bukan merupakan kendala bagi keluarga untuk memberikan perawatan baik rawat jalan maupun rawat inap di rumah sakit.

g. Harapan kesembuhan setelah menjalani perawatan di rumah sakit

Keluarga memiliki harapan yang tinggi pada saat menitipkan anggota keluargannya ke rumah sakit. Keluarga memiliki berharap bahwa dengan membawa anggota keluarganya ke rumah sakit maka anggota keluarganaya akan sembuh dari gangguan jiwa tanpa kambuh kembali. Namun pada kenyataannya penderita gangguan jiwa yang menjalani rawat inap di rumah sakit tidak dapat sembuh secara sempurna. Penderita tidak kambuh selama berada di rumah sakit namun begitu penderita di bawa pulang beberapa bulan kemudian penderitaakan kambuh lagi sehingga keluarga harus membawa penderita kembali ke rumah sakit untuk menjalani rawat inap kembali.

Kenyataan yang tidak sesuai dengan harapan keluarga mengenai kesembuhan membuat keluarga merasa kecewa dan mendorong keluarga untuk memberikan reaksi tidak siap dalam menghadapi kepulangan.

Kondisi tersebut diatas terjadi pada semua subjek penelitian. Keluarga pasien yang memiliki harapan yang tinggi namun pada kenyataan tidak sesuai dengan harapan maka keluarga menjadi kecewa dan mendorong keluarga tidak siap dalam menghadapi kepulangan pasien. Kondisi ini seperti tergambar pada keluarga MDK, RG, SH dan UJ.

Diantara semua faktor baik faktor eksrenal maupun faktor internal yang paling mempengaruhi kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien adalah :

1. Faktor Eksternal
   a. Stigma bahwa penderita gangguan jiwa merupakan orang yang berbahaya.

b. Stigma gangguan jiwa merupakan penyakit yang memalukan bagi anggota keluarga dan orang terdekat lainnya.

2. Faktor Internal

a. Pengalaman kekambuhan yang terjadi secara berulang

b. Kegagalan keluarga menjadi bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien

c. Minimnya informasi yang diberikan rumah sakit pada keluarga dan masyarakat secara umum

d. Pesimisme keluarga terhadap masa depan pasien

e. Harapan kesembuhan selama menjalani rawat inap

f. Kondisi ekonomi

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB 7
SIMPULAN DAN IMPLIKASI

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari wawancara mendalam dan pada pembahasan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut :

Kesiapan psikologis terbentuk faktor ekstenal dan faktor internal. Faktor eksternal dipengaruhi oleh budaya, stigma sedangkan faktor internal dipengaruhi oleh motivasi keluarga pengalaman kekambuhan, minimnya informasi yang diperoleh keluarga, gagalnya keluarga menjadi bagian dari treatmen, kondisi ekonomi dan harapan keluarga terhadap kesembuhan.

Norma sebagai bagian dari budaya, memandang gangguan jiwa merupakan perilaku yang menyimpang norma masyarakat. Norma tersebut membuat keluarga merasa malu memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dan membentuk keluarga menjadi tidak siap menghadapi kepulangan pasien. faktor lain yang mendorong keluarga menjadi tidak siap menghadapi kepulangan pasien adalah, stigma negatif gangguan jiwa, pengalaman kekambuhan yang berulang serta minimnya informasi penanganan gangguan jiwa pada keluarga.

Kondisi ketiaksiapan akan semakin terbentuk kuat apabila keluarga gagal menjadi bagian dari treatmen yang dijalani pasien serta harapan tinggi yang pada RSJ akan kesembuhan selama menjalani rawat inap. Sedangkan apabila stigma negatif di dorong adanya motivasi yang tinggi serta adanya informasi yang

memadai bagi keluarga dalam penanganan penderita gangguan jiwa maka akan terbentuk kesiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien. kesiapan a akan semakin terbentuk kuat manakala didukung oleh kondisi ekonomi yang memadai dan kesadaran keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani oleh pasien. Oleh karena itu hal yang harus dilakukan untuk menghindari ketidaksiapan keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien adalah, keluarga harus aktif mencari informasi penanganganan gangguan jiwa selama pasien berada di rumah termasuk mengenali tanda-tanda bahwa gangguan jiwa itu akan muncul kembali dan keluarga harus menyadari bahwa keluarga merupakan bagian dari treamen yang dijalani pasien sehingga keluarga harus terlibat aktif dalam proses perawatan.

Kesiapan sosial atau kesiapan masyarakat terbentuk karena pengalaman masyarakat dalam menghadapi penderita gangguan jiwa dan informasi yang diterima masyarakat mengenai gangguan jiwa. Pengalaman negatif masyarakat dalam menghadapi pasien berupa, masyarakat melihat pasien memukul anggota keluarganya secara tiba-tiba dan tanpa alasan yang jelas, pasien tanpa alasan yang jelas mengejar tetangga yang melewati rumahnya, penolakan keluarga terhadap pasien yang dimanifestasikan melalui perilaku keluarga yang mengabaikan pasien bila pasien berada di rumah. Pengalaman negatif dalam menangani pasien dan didukung oleh minimnya informasi yang diperoleh masyarakat dalam menangani pasien akan mendorong masyarakat tidak siap dalam menghadapi kepulangan pasien. Indikasi masyarakat tidak siap menerima kepulangan pasien dapat dilihat dari perilaku masyarakat yaitu : masyarakat menjadi lebih waspada bila

mendengar berita pasien akan pulang serta menghindar dari segala sesuatu yang berhubungan dengan pasien secara langsung. Sedangkan pengalaman yang positif dalam menghadapi pasien serta adanya informasi yang memadai bagi masyarakat dalam menangani pasien akan membentuk kesiapan masyarakat untuk menghadapi kepulangan pasien. oleh karena itu untuk menghindari ketidaksiapan masyarakat maka pihak Rumah Sakit Jiwa sebagai narasumber bagi masyarakat harus lebih aktif memberikan informasi mengenai gangguan jiwa kepada masyarakat dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh masyarakat.

7.2 Implikasi

1. Bagi instansi Rumah Sakit Jiwa dr. Amino gondhohutomo

Bagi instansi Rumah Sakit Jiwa dr. Amino gondhohutomo dengan pengetahuan mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien ke rumah diharapkan agar rumah sakit lebih proaktif memberikan informasi pada masyarakat mengenai gangguan jiwa dan penanganannya kepada masyarakat sehingga masyarakat dapat memberikan perlakuan yang tepat terhadap penderita gangguan jia.

2. Bagi keluarga pasien gangguan jiwa

Dengan mengetahui arti penting keluarga sebagai bagian dari treatmen yang dijalani pasien dapat memberikan masukan pada keluarga agar lebih aktif mencari informasi yang mendukung keluarga untuk siap menerima kepulangan pasien.

3. Bagi masyarakat

Dengan mengetahui arti penting masyarakat bagi keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien diharapkan agar masyarakat dapat memberi dukungan pada keluarga dalam menghadapi kepulangan pasien.

4. Bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang psikologi

Hasil penelitian ini diharapkan memberi sumbangan bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang psikologi, terutama psikologi klinis serta dapat memberikan informasi mengenai kesiapan keluarga menghadapi kepulangan pasien rawat inap gangguan jiwa.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR PUSTAKA

Rianto, Adi. 2005. *Metode Penelitian Sosial dan Hukum*. Jakarta : Granit.

Agoes, Azwar, Jacob, T.1992.*Antropologi Kesehatan Indonesia Jilid I*. Jakarta : EGC

Baihaqi, MIF, dkk.2005.*Psikiatri, Konsep Dasar Gangguan-Gangguan.* Bandung:Refika Aditama.

Berry, John W,dkk.1999. *Psikologi Lintas Budaya Riset & Aplikasi*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

Cookfair, Joan M.1998.*Nursing Care In The Community*.Singapura:Mosby.

Chaplin, James. P. 1995. *Kamus Lengkap Psikologi*. Jakarta : PT Raya Grafindo.

Dalyono, M. 2001. *Psikologi Pendidikan. Cetekan ke 2.* Jakarta : Rineka Cipta.

Direktorat kesehatan jiwa.1990.*Hasil penilaian ; Disabilitas psikososial pasien mental dan sikap lekuarga terhadap penerimaan kembali pasien mental dari rumah sakit* Jakarta:Departemen kesehatan RI.

----------.1986.*Pedoman pelayanan dan keperawatan kedaruratan psikiatrik*.Jakarta : Departemen kesehatan RI.

Effendy, Nasrul.1998.*Dasar-dasar keperawatan Kesahatan Masyarakat*. Jakarta : EGC.

Fidiansjah.1992.*Peran serta keluarga dalam penatalaksanaan skizofrenia*. Jiwa.vol. XXV:3.Jakarta: FKUI.

Friedman, Marilyn M.1998.*Keperawatan Keluarga : Teori Dan Praktik Edisi Ke-3*.Alih bahasa R.L.,Ina Debora, dkk.Jakarta: ECG.

Gupta, Giri Raj. 1993.*sociology of Mental Health*. USA. Allyn and Bacon.

Haryadi, Sugeng & Nuzulia, Siti.2006.*Pedoman Penulisan skripsi*. Jurusan Psikologi FIP UNNES.handout matakuliah, tidak diterbitkan.

Hastjarjo,T. Dicky.2000.*Belajar,Memori, dan Perilaku*.Yogyakarta:Fakultas Psikologi Universitas Gajah mada.*Handout* matakuliah, tidak diterbitkan.

Haviland, A. William.1985.*Antropologi edisi keempat jilid 2.* Alih bahasa Soekadijo, RG. Jakarta : Erlangga.

Indiarti, Sri.1992.*Ekspresi Emosi Dalam Keluarga Sebagai Faktor Prediktif Kekambuhan*. Jiwa.vol. XXV:3.Jakarta:FKUI.

Joni, T.Raka.1989.*Psikologi Pendidikan*.Jakarta:P2LPTK.

Koentjaraningrat. 2002. *Pengantar Ilmu Antropologi*. Jakarta : Rajawali Pres

Lebra,William P.1976.*Culture-Bond Sindromes, Ethnopsychiatry, and Alternate Therapies of mental health research in asia and the pacific.* Volume IV. Hawai:Honolulu University Press.

Maslim, Rusdi.2002.*Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ III*.Jakarta :ECG.

Metty, Widiastuti. www.pikiran-rakyat.com.*Rawat Jalan Pasien RS Jiwa*. diakses pada Sabtu, 16 Februari 2008.

Moleong, Lexy J.2004.*Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung:PT.Remaja Rosda karya.

Mungin, Burhan.2007.*Metodologi Penelitan Kualitatif Aktualisasi Metodologis Kearah Ragam Varian Kontemporer*.Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Murray, Ruth Becmann, Huelskoetter.M, Marilyn Wilson.1987.*Psychiatric/Mental Healthnursing: Giving Emotional Care 2nd Edition*.Missouri:Norwark Appleton & Lange.

Nurdiana, Syafwani, Umbransyah.2007.*Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, Volume 3, No. 1, Februari 2007. Korelasi Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan Klien Skizofreina. Banjarmasin: Stikes Muhammadiyah Banjarmasin.

Rahayu, Iin Tri, Ardani, Tristiadi Ardi. 2004. *Observasi dan Wawancara*. Jawa Timur : Bayumedia Publishing.

Singer, Robert N.1980.*Motor Learning And Human Performance Aplication to Motor Skill And Movement Behaviors.*New York:Mac Milan Publishing.

Setyonegoro, R.K.1995.*Jiwa*, Vol XXVII:1.Budaya dan Gangguan Jiwa. Jakarta:FKUI.

Soewandi.1999.*Simtomatologi Dalam Psikiatri.* Yogyakarta:Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.

Sunarto, Kamanto.2000.*Pengantar Sosiologi*.Jakarta:Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.

Suryabrata,Sumadi.2004. *Psikologi Pendidikan*.Jakarta:Raja Grafindo Persada.

Stuart, Gail Wiscarz, Sundeen, Sandra J.1983. *Principles And Practise of Psychiatric Nursing. Second Edition.* USA:Mosby Company.

Tackett, Jo Joyce Marie.1981.*Family Centered Care Children of and Adolesencents Nursing Concepts in Cildren Health.* Sidney:W.B. Sunders Company.

Thantowi, Ahmad.1991.*Psikologi Pendidikan.*Bandung:Angkasa.

www.padangekspres.co.id/content/view/2228/28/ - 19k. Diakses pada hari Jumat, 15 Februari 2008.

www.muliacom.blogspot.com/feeds/posts/default.2005.*Kesiapan keluarga dalam menerima pasien pulang ke rumah dengan gangguan jiwa di rumah sakit Ghrasia propinsi daerah istimewa Yogyakarta.* di unduh pada Jumat, 15 Februari 2008.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES