

**LAPORAN
PENELITIAN POLTEKKES KEMENKES MALANG
TAHUN 2014**

**BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT
ANGGOTA KELUARGA DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT
(Studi Fenomenologi Suku Jawa)**



Dibuatn Oleh

**Peneliti Utama : KISSA BAHARI
Peneliti 1 : IMAM SUNARNO
Peneliti 2 : SRI MUDAYATININGSIH**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG**

**pus Utama
kes Malang**

**LAPORAN
PENELITIAN POLTEKKES KEMENKES MALANG
TAHUN 2014**

**BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT
ANGGOTA KELUARGA DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT
(Studi Fenomenologi Suku Jawa)**



Disusun oleh

Peneliti utama : KISSA BAHARI
Peneliti 1 : IMAM SUNARNO
Peneliti 2 : SRI MUDAYATININGSIH

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN MALANG**

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Hasil Penelitian Risbinakes Dengan Judul

**BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA
DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT (STUDI FENOMENOLOGI)**

Telah Disetujui Dan Disahkan Pada Tanggal 28 November 2014

Peneliti Utama

Kissa Bahari, M.Kep

Peneliti I

Dr. Imam Sunarno, M.Kes

Peneliti II

Sri Mudayatiningsih, M.Kes

Mengetahui,
Direktur

Poltekkes Kemenkes Malang



Budi susanto, S.Kp., M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002

Menyetujui,

Ketua Tim Pakar Risbinakes
Poltekkes Kemenkes Malang

Prof. H. Kuntoro, dr., MPH., DR.PH
NIP. 19480808 197601 1 002

BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT (Studi Fenomenologi Suku Jawa)

Kissa Bahari, Imam Sunarno, Sri Mudayatiningsih
Email : kissabahari@yahoo.com

ABSTRAK

Kompleksitas beban penyakit dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat memberikan tekanan yang besar pada keluarga, sehingga dapat berdampak pada fungsi, tugas, dan peran keluarga. Penelitian ini bertujuan Menganalisis secara mendalam beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat. Metode penelitian menggunakan penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi. Jumlah partisipan sebanyak 4 orang yang diambil secara purposive sampling. Metode pengumpulan data secara triangulasi meliputi wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumenter. Analisis data menggunakan metode Colaizzi, yaitu mengidentifikasi kata-kata kunci, kategori-kategori, tema, dan membuat kluster tema. Hasil penelitian ini yaitu diketahuinya beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ada tiga tema, yang meliputi 1) beban obyektif, yaitu beban dalam pemenuhan kebutuhan dasar, biaya perawatan dan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan pengobatan, penanganan saat kambuh, penyediaan tempat tinggal, dan dukungan sosial. 2) beban subyektif, yaitu keluarga mengalami berbagai perasaan kompleks yang kurang menyenangkan, menghadapi sikap masyarakat sekitar yang tidak peduli, adapun sikap negatif petugas kesehatan tidak ditemukan. 3) beban iatrogenik, yaitu keluarga merasa keterjangkauan terhadap layanan kesehatan jiwa lanjutan (RSJ) kurang, sedangkan pelayanan di puskesmas sudah terjangkau. Ketersediaan fasilitas dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa disekitar tempat tinggal dinilai masih kurang. Rekomendasi penelitian ini yaitu perlunya dukungan sosial yang holistik, terpadu, dan berkesinambungan dari keluarga, masyarakat sekitar, dan pemerintah.

Kata Kunci : Beban penyakit, keluarga, gangguan jiwa berat

FAMILY BURDEN OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS (Phenomenology Study of Java Ethnic)

Kissa Bahari, Imam Sunarno, Sri Mudayatiningsih
Email : kissabahari@yahoo.com

ABSTRACT

Complexity of burden of diseases in taking care people with severe mental disorders cause families are pressured, so that affect to function, duty, and role of family. Purpose of this research to depth analysis of family burden in taking care of people with severe mental disorders. Research method use qualitative with phenomenology design. Amount Participants are four person, those are taken by purposive sampling. Method of collecting data is triangulation, those are indepth interview, observation, and document study. Data analysis use Colaizzi's method, those are identifying key words, categories, theme, and make theme cluster. Result of these research are knowing of family burden in taking care of people with severe mental disorders. Those are three theme, 1) objective burden, those are human basic need, financing of daily living and treatment, crisis handling, prepare of residence, and social support 2) subjective burden, those are complex ill feel, attitude of social around do not care. Negative attitude of health care providers are none. 3) iatrogenic burden, accessibility of mental health services referral (Mental Hospitals) are less, but in primary health services (puskesmas) have been reached. Facilities and services quality of mental health care in primary health services still less. Recommend these research are the importance of holistic, integrated, and continual social support from family, social around, and government.

Keyword : *Burden of disease, family, severe mental disorder*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Laporan hasil penelitian yang berjudul **"Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Berat"**.

Penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada semua pihak yang turut membantu dalam penyelesaian proposal penelitian ini baik secara langsung maupun tidak langsung, yaitu:

1. Bapak Budi Susatia, S.Kp, M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
2. Imam Subekti, SKp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan
3. DR. Tri Johan A.Y, S.Kp, M.Kep selaku Kepala Unit Penelitian
4. Para Tim pakar/penilai RISBIN Poltekkes Kemenkes Malang 2014
5. Seluruh Tim Peneliti atas kerjasamanya
6. Semua pihak yang turut memberikan dukungan dalam penelitian ini

Kami sadar laporan hasil penelitian ini masih perlu penyempurnaan, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat kami harapkan.

Malang, Desember 2014

Peneliti

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	lii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I : PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Gangguan Jiwa Berat (Psikotik)	7
B. Konsep keluarga	10
C. Faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga	14
D. Beban keluarga dengan gangguan jiwa	14
E. Kerangka Pikir	16
BAB III: METODE PENELITIAN	17
A. Jenis dan Desain Penelitian	17
B. Partisipan penelitian	17
C. Fokus penelitian	17
D. Teknik Pengumpulan Data	18
E. Prosedur Pengumpulan Data	18
F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	21
G. Lokasi dan Waktu Penelitian	22
H. Etika Penelitian	23
BAB IV: HASIL PENELITIAN	21
A. Gambaran Umum Wilayah Kota Blitar	24
B. Gambaran Umum Partisipan	26
C. Analisis Tema	29

BAB V: PEMBAHASAN	45
A. Tema 1 : Beban Obyektif	45
B. Tema 2 : Beban subyektif	49
C. Tema 3 : Beban Iatrogenik	50
DAFTAR PUSTAKA	54
GAMBAR KONDISI LINGKUNGAN PARTISIPAN	56
GLOSARIUM	58
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Penelitian
Lampiran 2	Rencana Anggaran
Lampiran 3	Penjelasan penelitian
Lampiran 4	Lembar persetujuan menjadi partisipan
Lampiran 5	Kuesioner data umum partisipan
Lampiran 6	Pedoman wawancara
Lampiran 7	Formulir lembar catatan lapangan
Lampiran 8	Formulir Transkrip wawancara
Lampiran 9	Surat ijin penelitian
Lampiran 10	Hasil Uji Etik

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Gangguan Jiwa berat atau disebut dengan psikotik/psikosa adalah suatu gangguan jiwa yang serius, yang timbul karena penyebab organik ataupun emosional (fungsional) yang menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan, sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu (Maramis, 2004).

Gejala yang ditimbulkan gangguan jiwa sangat kompleks, dapat pada seluruh fungsi jiwa seseorang. Kondisi ini tentunya akan berdampak pada penurunan produktivitas seseorang pada seluruh sendi kehidupan dalam jangka waktu yang relatif lama. Hal inilah yang membuat kebanyakan masyarakat memberikan pandangan (stigma) negatif bahwa orang dengan gangguan jiwa sudah tidak berguna lagi.

Tidak dipungkiri sampai sekarang stigma negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa dan keluarganya masih tinggi. Hal tersebut menyebabkan harkat dan martabat mereka dianggap rendah. Stigmatisasi ini memberikan satu beban psikologis yang berat bagi keluarga penderita gangguan jiwa. Finzen (dikutip oleh Schultz dan Angermeyer, 2003) menyebut stigmatisasi sebagai 'penyakit kedua,' yaitu sebuah penderitaan tambahan yang tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga dirasakan oleh anggota keluarga. Dampak merugikan dari stigmatisasi adalah kehilangan *self esteem*, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu; yang akhirnya menyebabkan perilaku pencarian bantuan menjadi tertunda (Lefley, 1996 dalam Subandi).

Dampak dari stigmatisasi tersebut menyebabkan kepedulian masyarakat akan kesehatan jiwanya sangat minim, terbukti masih sering kita jumpai orang dengan gangguan jiwa berat ditinggalkan, banyak berkeliaran karena mungkin ditolak keluarganya. Semakin kurang peduli masyarakat terhadap masalah kesehatan jiwa maka akan berdampak pada semakin meningkatnya jumlah orang yang beresiko mengalami gangguan jiwa.

Berdasar hasil riset kesehatan dasar yang dilakukan oleh badan penelitian pengembangan kesehatan Kementerian Kesehatan th 2007 prevalensi nasional gangguan mental emosional pada penduduk ≥ 15 th sebesar 11,6%, di Jawa Timur 12,3%. Adapun prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (20.3 permil), di Jawa Timur 3,1 permil (Depkes, 2008). Jika penduduk Jawa Timur pada tahun 2010 mencapai 37.476.757 jiwa (BPS Jatim, 2010), maka penduduk Jatim yang mengalami gangguan jiwa berat pada tahun 2014 diperkirakan lebih dari 116.000 orang.

Salah satu jenis gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart & Laraia, 2005). Pasien dengan skizofrenia sangat tidak produktif dan ketergantungannya tinggi pada keluarga/orang lain. Ketidakproduktifan akan semakin lama dan berat apabila tidak mendapat penanganan yang baik dan tidak mendapat dukungan dari keluarga/sekelilingnya. Besar dan lamanya dampak yang ditimbulkan tersebut menyebabkan kemampuan/beban keluarga dalam

menyediakan sumber-sumber penyelesaian masalah (*coping resources*) semakin berat dan kompleks.

Kompleksitas beban tersebut disebabkan hambatan pasien dalam melaksanakan peran sosial, dan hambatan dalam pekerjaan. Kondisi ini tentunya secara langsung menyebabkan penurunan produktifitas. Hasil studi Bank Dunia pada tahun 2001 di beberapa negara menunjukkan hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* dari *Global Burden of Deasesse* sebesar 13 % disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi daripada dampak yang disebabkan oleh penyakit tuberkolosis (2%), kanker (5%), penyakit jantung (10%), diabetes (1%) (WHO, 2003). Tingginya persentase tersebut menunjukkan bahwa beban terkait masalah kesehatan jiwa paling besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya. Beban yang dapat ditimbulkan meliputi Beban obyektif, beban subyektif, dan Beban Iatrogenik (Mohr, 2006). Beban ini tentunya akan semakin meningkat apabila kondisi gangguan jiwa semakin berat.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dalam memberikan perawatan bagi penderita gangguan jiwa, anggotakeluarga mereka mengalami bebanpsikologis yang sangat berat. Hal initercermin dalam beberapa istilah yangmereka gunakan untuk menggambarkan kondisi yang mereka alami. Misalnya, anggota keluarga menggambarkan pengalaman merawat penderita gangguan jiwa sebagai 'pengalaman yang traumatis', 'sebuah malapetaka besar', 'pengalaman yang menyakitkan', 'menghancurkan', 'penuh dengan kebingungan', dan 'kesedihan yang berkepanjangan' (Marsh, 1992; Pejler, 2001). Katakataseperti 'merasa kehilangan' dan 'duka yang mendalam' juga seringkalidigunakan dalam konteks ini. Keluargamengalami perasaan kehilangan, baikdalam arti yang nyata (kehilangan orang yang dicintai), maupun kehilangan secara simbolik (kehilangan harapan dimasa depan karena penderita tidakmampu mencapai apa yang di cita-citakan) (Lefley, 1987; Marsh dan Johnson, 1997 dalam Subandi, n.y).

Beberapa penelitian melaporkan tentang tingginya beban yang berhubungan dengan perawatan terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa menimbulkan stress yang sangat besar. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari gangguan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama, anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran, dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah (Gibbons et al, 1963 dalam Donell & Shortt, 2003). Perasaan dan ketakutan keluarga berdampak pada kurangnya partisipasi keluarga dalam perawatan dan penerimaan yang rendah. Sikap keluarga tersebut justru kontraproduktif dengan upaya kesembuhan pasien, sehingga tidak heran apabila realitasnya pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia tingkat kekambuhannya sangat tinggi. Kondisi ini berakibat masyarakat awam memandang salah bahwa gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan.

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi untuk menggali beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat. Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi penting untuk dilakukan guna memahami suatu fenomena dengan baik. Metode fenomenologi adalah mempelajari kesadaran dan perspektif pokok individu melalui pengalaman subjektif atau peristiwa hidup yang dialaminya. Penelitian fenomenologi didasarkan pada landasan filosofis: mempercayai realitas yang kompleks; memiliki komitmen untuk mengidentifikasi suatu pendekatan dan pemahaman yang mendukung fenomena yang diteliti, melaksanakan suatu penelitian dengan meyakini partisipasi peneliti; serta penyampaian suatu pemahaman dari fenomena dengan

mendeskripsikan secara lengkap elemen-elemen penting dari suatu fenomena (Polit & Hungler, 2001).

B. Fokus Studi

Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum

Menganalisis secara mendalam beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat.

Tujuan Khusus

1. Menganalisis secara mendalam beban fisik/materiil keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat (beban obyektif).
2. Menganalisis secara mendalam beban mental keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat (beban subyektif)
3. Menganalisis secara mendalam beban keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa berat yang disebabkan karena kurang terjangkaunya pelayanan kesehatan jiwa, atau pelayanan (beban iatrogenik)

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Hasil penelitian ini sebagai informasi yang mendalam tentang beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat sehingga dapat memberikan dukungan yang sesuai pada keluarga
2. Hasil penelitian sebagai bahan masukan bagi instansi pelayanan kesehatan dalam memberikan dukungan pada keluarga dengan gangguan jiwa berat

3. Hasil penelitian ini dapat sebagai *evidence based* penelitian berikutnya tentang beban dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa berat

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan Jiwa Berat (Psikotik)

Gangguan Jiwa berat atau disebut dengan psikotik/psikosa adalah suatu gangguan jiwa yang serius, yang timbul karena penyebab organik ataupun emosional (fungsional) dan yang menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, bereaksi secara emosional, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan dan bertindak sesuai dengan kenyataan, sedemikian rupa sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu (Maramis, 2004).

Salah satu diagnosa gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Secara harfiah istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *Schizo* (perpecahan/split) dan *Pheros* (pikiran). Kata ini dipakai untuk menggambarkan buruknya hubungan atau terpecahnya proses berpikir penderita dengan fungsi lain dari pikiran seperti emosi dan perilaku (*World Federation for Mental Health, 2008*). Menurut Videbeck (2008) skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh.

Gejala skizofrenia dapat diawali dengan atau tanpa fase prodormal (*early psikosis*). Gejala yang tampak pada fase ini adalah gangguan pola tidur, gangguan napsu makan, perubahan perilaku, afek datar, pembicaraan yang sulit dimengerti, berfikir tidak realistis, dan perubahan dalam penampilan. Jika gejala ini muncul dan langsung mendapatkan terapi maka skizofrenia dapat dihindari. Namun pada beberapa pasien, mereka tidak menyadari atau tidak mengalami fase ini sehingga tidak mendapatkan penanganan awal dan berakhir pada skizofrenia. Gejala prodormal akan berlanjut dengan gejala

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

Diagnosis skizofrenia di Indonesia mengacu pada penggolongan berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi tiga (PPDGJ III) adalah (Maslim, 2001):

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat sangat jelas (dan biasanya dua atau lebih bila gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):
 - a. Pasien mengalami *thought echo*, *thought insertion or withdrawal*, *thought broadcasting*. *Thought echo* adalah kondisi dimana pasien merasa isi pikiran diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikir ulangan. *Thought insertion or withdrawal* adalah kondisi dimana pasien merasa ada isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*). *Thought broadcasting* adalah kondisi dimana pasien merasa isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang sekitar mengetahuinya.
 - b. Pasien mengalami; *delusion of control* (merasa dirinya dikendalikan oleh sesuatu diluar dirinya); *delusion of influence* (merasa dirinya dipengaruhi oleh sesuatu diluar dirinya), *delusion of passivity* (merasa tidak berdaya atau pasrah

- terhadap sesuatu diluar dirinya), *delusion of perception* (pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat).
- c. Pasien mengalami halusinasi auditorik (pendengaran).
 - d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar.
2. Apabila kriteria pada poin satu tidak ada, paling sedikit dua gejala dibawah ini harus selalu ada dengan jelas:
- a. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa gangguan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan secara terus menerus.
 - b. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
 - c. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), fleksibilitas area, negativism, mutisme dan stupor.
 - d. Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, jarang bicara, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
3. Gejala telah berlangsung satu bulan atau lebih.
4. Ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek kehidupan perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap

larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

Diagnostic and Statistik Standard Manual of Mental Disorders Fourth edition Text Revised (DSM IV TR) membagi skizofrenia atas sub tipe secara klinik, berdasarkan kumpulan gejala yang paling menonjol. Pembagian ini meliputi:

1. Tipe katatonik, dimana simtom yang menonjol adalah katatonik.
2. Tipe disorganized, adanya kekacauan dalam bicara, perilaku, dan afek yang tidak sesuai atau datar.
3. Tipe paranoid, simtom yang menonjol merupakan adanya preokupasi dengan waham atau halusinasi yang sering
4. Tipe tak terinci, adanya gambaran simtom fase aktif, tetapi tidak sesuai dengan kriteria skizofrenia katatonik, disorganized, atau paranoid. Atau semua kriteria untuk skizofrenia katatonik, disorganized, dan paranoid terpenuhi.
5. Tipe residual, merupakan kelanjutan dari skizofrenia, akan tetapi simtom fase aktif tidak lagi dijumpai.

Menurut WHO (2001) dampak skizofrenia pada pasien adalah tidak optimal dalam pekerjaan, tidak mampu memenuhi tanggung jawab terhadap keluarga dan kelompok, dan menjadi beban bagi keluarga. Dampak yang paling berat yang harus diwaspadai adalah perilaku bunuh diri. Tiga puluh persen pasien skizofrenia pernah berusaha bunuh diri dan sepuluh persen meninggal karena bunuh diri.

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Hanson & Boyd (1996 dalam Frisch & Frisch, 2006) keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang hidup bersama dan memiliki hubungan kasih sayang, tanggung jawab bersama dalam jangka waktu tertentu yang

dikarakteristikan dengan komitmen, membuat keputusan bersama dan mencapai tujuan bersama.

2. Fungsi Keluarga

Menurut Varcarolis, Carson, Shoemaker (2006), ada beberapa fungsi keluarga yang dapat digunakan sebagai dukungan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu :

a. Fungsi Manajemen (*Management Function*)

Fungsi manajemen keluarga merupakan fungsi pengaturan keluarga yang meliputi pengambilan keputusan dalam keluarga, membuat peraturan, ketetapan pendukung finansial, cara menghadapi lingkungan diluar keluarga dan perencanaan masa depan keluarga.

b. Fungsi Ikatan (*Boundary Function*)

Fungsi ikatan keluarga merupakan fungsi keterikatan antar anggota keluarga meliputi kejelasan ikatan antar individu, ikatan antar generasi dan ikatan keluarga. Adanya ikatan keluarga yang kuat dapat menjadikan hidup klien lebih berharga dan berarti serta bermakna atau bermanfaat bagi keluarganya. Klien akan merasa bahwa dirinya masih sangat dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien tinggal.

c. Fungsi Komunikasi (*Communication Function*)

Fungsi komunikasi keluarga merupakan fungsi yang berhubungan dengan pola komunikasi dalam keluarga meliputi kejujuran dan keterbukaan pesan/komunikasi, tanpa manipulasi, dan ekspresi anggota keluarga dalam menanggapi hal positif dan negatif.

d. Fungsi Suportif Emosional (*Emosional- Supportive Function*)

Fungsi suportif emosional keluarga merupakan fungsi suportif emosional meliputi rasa hormat antar anggota keluarga, cara

menghadapi konflik, penggunaan sumber daya yang ada untuk kepentingan keluarga dan memenuhi tugas perkembangan setiap anggota keluarga.

e. Fungsi Sosialisasi (*Socialization Function*)

Fungsi sosialisasi meliputi pola tumbuh kembang anggota keluarga, peran anggota keluarga sesuai dengan usia dan kemampuan, pola asuh dalam keluarga, dan peran/prilaku pasangan (suami/istri) terhadap satu sama lain.

3. Peran keluarga

Menurut Friedman (1998) peran didasarkan pada harapan, peran juga menjelaskan apa yang individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar memenuhi harapan mereka sendiri atau harapan orang lain.

Menurut Murty (2003), peran keluarga dalam merawat pasien skizofrenia terbagi dalam tiga tingkatan. Pertama, keluarga harus mampu melihat kebutuhan-kebutuhan klien dan mempertahankan kekohesifan dalam keluarga dengan cara belajar keterampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi dukungan emosional. Kedua, keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti terapi suportif. Ketiga, keluarga harus mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien skizofrenia merubah sikap dan keterampilan.

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

dalam keluarga; menganjurkan interaksi terhadap sesama anggota keluarga dan komunitas; dan meningkatkan kesehatan personal.

4. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Menurut Friedman (1998) keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

- a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.
- b. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapadiantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.
- c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Keluarga hendaknya mampu memerankan tugasnya untuk merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan di rumah. Faktor lingkungan dan dukungan keluarga yang positif sangat mendukung untuk proses kesembuhan seseorang.
- d. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Keluarga harus berupaya menciptakan suasana yang nyaman untuk setiap anggota keluarga. Lingkungan yang kondusif akan menciptakan kondisi mental yang sehat bagi anggota keluarga dan sekaligus meningkatkan daya tahan keluarga terhadap krisis.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Keluarga dapat merujuk salah satu anggota keluarga yang sakit ke pusat pelayanan kesehatan terdekat

dan juga dapat memeriksakan secara rutin jika terdapat gejala-gejala kekambuhan.

C. Faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga

Menurut teori Lawrance Green perilaku ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu (Notoatmodjo, 2003).

1. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap keluarga, tradisi dan sistem nilai keluarga, tingkat pendidikan, dan kondisi sosial ekonomi keluarga.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*), yang mencakup lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan, tersedianya tenaga pelayanan kesehatan.
3. Faktor penguat (*reinforcement factor*), faktor-faktor ini meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat/agama, sikap dan perilaku petugas kesehatan, undang-undang, dan peraturan-peraturan.

D. Beban Keluarga (*Family Burden*) dengan gangguan jiwa

Menurut Mohr (2006), beban keluarga dapat diartikan sebagai stres atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya. Dalam laporan WHO (2008), dikatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban fisik, emosional dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Dampak langsung yang dirasakan anggota keluarga meliputi penolakan/pengucilan oleh teman, kolega, tetangga dan komunitas yang dapat mengakibatkan anggota keluarga cenderung mengisolasi diri, membatasi diri dalam aktivitas sosial dan menolak berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang normal. Kegagalan dalam berhubungan sosial sangat mempengaruhi anggota keluarga dalam hal ketersediaan dukungan dari lingkungan sosial.

WHO (2008) mengategorikan beban keluarga dengan gangguan jiwa dalam dua jenis beban yaitu :

1. Beban Obyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.
2. Beban Subyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, cemas dan malu dalam situasi sosial, koping stress terhadap gangguan prilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Mohr (2006) menyampaikan beban yang dapat ditimbulkan apabila anggota keluarga mengalami gangguan jiwa meliputi:

1. Beban obyektif, yaitu beban dalam pelaksanaan perawatan klien meliputi tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan, dan intervensi krisis;
2. Beban subyektif, yaitu beban berupa perasaan kehilangan, takut, merasa bersalah, marah dan malu terhadap stigma negatif masyarakat, dan
3. Beban latrogenik, yaitu beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan dengan baik

E. Kerangka Teori



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *qualitatif research* dengan desain studi fenomenologi. Metode fenomenologi adalah metode yang berfokus pada penemuan fakta terhadap suatu fenomena sosial dan berusaha memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif partisipan.

B. Partisipan penelitian

Partisipan penelitian ini adalah keluarga dengan klien gangguan jiwa berat di kota Blitar sejumlah 4 orang. Teknik pengambilan partisipan secara *purposive sampling*, dengan kriteria partisipan:

1. Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat minimal selama 6 bulan
2. Telah tinggal bersama anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat minimal selama tiga bulan pada saat penelitian dilakukan
3. Tidak mengalami gangguan wicara, gangguan pendengaran yang parah, gangguan memori, dan tidak mengalami gangguan jiwa yang dapat menyulitkan proses wawancara.
4. Keluarga mampu berkomunikasi lisan dengan baik.

C. Fokus Penelitian

Fokus penelitian ini adalah beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat yang meliputi:

1. Beban obyektif yaitu beban materiil/fisik yang dirasakan keluarga dalam perawatan anggota keluarga meliputi penyediaan tempat tinggal, makanan, minuman pengobatan, keuangan, dan penanganan kambuh, kebersihan diri dan lingkungan
2. Beban subyektif yaitu beban psikis/mental yang dirasakan keluarga, sikap masyarakat, dan petugas kesehatan pada keluarga

3. Beban latrogenik yaitu beban yang disebabkan karena kurang terjangkaunya pelayanan kesehatan jiwa, atau pelayanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan harapan keluarga.

D. Teknik Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data secara triangulasi dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*) menggunakan pertanyaan semi-terstruktur, observasi, dan studi dokumenter. Teknik wawancara dilakukan dengan tujuan agar partisipan berkesempatan untuk mengungkapkan pengalaman terkait fenomena yang diteliti. Alat pengumpul data saat wawancara adalah dengan menggunakan alat bantu voice recorder, panduan wawancara dan *field note* (catatan lapangan), serta peneliti sendiri, karena peneliti adalah alat pengumpul data melalui kegiatan wawancara. Observasi dilakukan untuk mengetahui respon nonverbal dan perilaku partisipan saat wawancara dan dalam keseharian hidup bermasyarakat. Studi dokumenter untuk mengetahui diagnosa gangguan jiwa yang dialami anggota keluarga.

E. Prosedur pengumpulan data

1. Tahap persiapan

Langkah persiapan pengumpulan data meliputi menghubungi partisipan untuk meminta kesediaan menjadi partisipan, selanjutnya peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, dan dilanjutkan menandatangani lembar *informed consent*. Kemudian menjelaskan metode wawancara dan pencatatan lapangan yang akan dilakukan dalam penelitian. Pertemuan pertama peneliti dengan partisipan bersifat membina hubungan saling percaya, dengan saling mengenal lebih jauh masing-masing pribadi antara peneliti dan partisipan. Hal ini bertujuan untuk saling membuka diri dan partisipan merasa nyaman berkomunikasi dengan peneliti, sehingga pada akhirnya akan diperoleh data yang lengkap sesuai dengan tujuan penelitian. Selain itu peneliti juga mengumpulkan data

demografi/biodata partisipan, dan membuat kesepakatan waktu pelaksanaan wawancara pertemuan berikutnya.

2. Proses pengumpulan data

Proses pengumpulan data dilakukan pada pertemuan kedua, dengan melakukan wawancara dengan partisipan. Wawancara dilaksanakan di tempat sesuai dengan kesepakatan dengan partisipan. Wawancara dilaksanakan berdasarkan pertanyaan-pertanyaan pada pedoman wawancara. Selama proses wawancara peneliti akan mencatat semua perilaku non-verbal yang ditunjukkan oleh partisipan ke dalam catatan lapangan. Waktu yang dibutuhkan untuk setiap wawancara terhadap masing-masing partisipan adalah sesuai dengan kesepakatan. Selama proses wawancara partisipan dapat meminta menghentikan proses wawancara atau membatalkan hasil wawancara jika dikehendakinya. Pada akhir wawancara peneliti menyepakati pertemuan berikutnya dengan partisipan, untuk memperlihatkan transkrip hasil wawancara.

3. Keabsahan data

Proses keabsahan data merupakan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Speziale & Carpenter, 2003). Berikut ini teknik operasional yang akan dilakukan untuk membuktikan keakuratan penelitian.

a. *Credibility (keterpercayaan)*

Credibility merupakan cara untuk membuktikan bahwa hasil penelitian dapat dipercaya yaitu ketika partisipan mengakui temuan penelitian sebagai pengalamannya. Dalam penelitian ini, *credibility* dilakukan dengan cara wawancara dilakukan di ruang yang terjaga kerahasiaannya, peneliti menggunakan rekaman wawancara menggunakan MP4 dan membuat transkrip verbatim, selanjutnya meminta partisipan penelitian untuk membaca kembali verbatim wawancara, kemudian partisipan diminta untuk

memberikan umpan balik apakah verbatim hasil wawancara telah sesuai dengan maksud yang disampaikan oleh partisipan terkait pengalamannya.

b. *Dependability (kestabilan)*

Dependability dalam penelitian kualitatif adalah suatu bentuk kestabilan data. *Dependability* dilakukan dengan cara melakukan *inquiry audit*, yaitu suatu proses audit yang dilakukan oleh *external reviewer* untuk meneliti dengan kecermatan data-data dan dokumen yang mendukung selama proses penelitian. *Eksternal reviewer* dalam penelitian ini adalah konsultan/pakar yang memeriksa cara dan hasil analisis yang telah dilakukan peneliti.

c. *Confirmability (obyektivitas)*

Confirmability adalah suatu objektivitas atau kenetralan data, dan bergantung pada kesepakatan atau persetujuan beberapa orang terhadap pandangan, pendapat dan penemuan dari penelitian. *Confirmability* dalam penelitian ini dilakukan dengan *inquiry audit* melalui penerapan *audit trail*. Peneliti mengumpulkan secara sistematis material dan hasil dokumentasi penelitian, dalam hal ini adalah transkrip wawancara dan *field notes*. Selain itu *confirmability* juga diterapkan dengan meminta konfirmasi pada partisipan terkait hasil verbatim wawancara dan atau kisi-kisi hasil analisis tema yang telah disusun.

d. *Transferability*

Transferability adalah hasil penelitian dapat diterapkan pada tempat atau kelompok lain yang memiliki karakteristik serupa. Salah satu cara yang diterapkan oleh peneliti untuk menjamin *transferability* hasil penelitian ini adalah dengan cara melaporkan secara detail metode dan hasil penelitian.

F. Teknik pengolahan dan analisis data

Pengolahan data meliputi kegiatan *coding* dan pengorganisasian data. Kegiatan *coding* adalah menyusun kode-kode tertentu pada *transcript verbatim* dan catatan lapangan yang telah dibuat. Pemberian kode adalah untuk memudahkan peneliti untuk membedakan antara transkrip dari partisipan satu dengan partisipan yang lainnya dan memberikan tanda khusus pada catatan lapangan. Memberi kode P1 pada transkrip partisipan nomor 1, P2 untuk transkrip partisipan nomor 2, dan seterusnya. Tanda khusus di catatan lapangan, bila didalam transkrip terdapat keterangan diberi tanda dalam kurung dengan ketikan tegak, berarti merupakan catatan lapangan, misalnya : (sambil tersenyum); (menundukkan kepala). Namun jika di dalam transkrip terdapat keterangan dalam tanda kurung dengan ketikan huruf *italic*, berarti bukan catatan lapangan, tetapi merupakan keterangan istilah kata-kata yang bukan bahasa Indonesia.

Pengorganisasian data dilakukan secara rapi, sistematis dan selengkap mungkin dengan cara mendokumentasikan dan menyimpan data secara baik dalam bentuk hard dan softcopy. Data-data yang harus diorganisasi dengan baik meliputi data mentah (hasil rekaman wawancara, catatan lapangan), *transcript verbatim*, kisi-kisi tema dan kategori-kategori, skema tema dan teks laporan penelitian. Mendokumentasikan data secara baik dilakukan dengan cara menyimpan data-data secara aman di komputer dan di *flash disk*, serta menyimpan secara rapi hasil *print out* data. Penyimpanan secara baik hasil rekaman wawancara dilakukan dengan cara menyimpan hasil rekaman didalam computer dan di backup pada drive lain.

Langkah selanjutnya adalah metode analisis data. Pada studi fenomenologi ini analisis data yang digunakan adalah menurut metode Colaizzi (1978 dalam Polit & Beck, 2004), meliputi langkah-langkah :

1. Membaca transkrip secara seksama

2. Membaca kembali transkrip berulang-ulang dan mengidentifikasi kata-kata kunci yang muncul. Memunculkan kata-kata kunci adalah dengan membaca dengan seksama kalimat demi kalimat, kemudian mengambil kata-kata yang penting, yang sangat terkait dengan fokus penelitian.
3. Mengelompokkan kata-kata kunci dalam kategori-kategori. Kata-kata kunci yang mempunyai makna yang sama atau hampir sama, dikelompokkan dalam satu kata yang disebut kategori.
4. Mengelompokkan kategori-kategori dalam suatu tema. Kategori-kategori yang mempunyai makna yang sama dan sangat terkait antara satu dengan lainnya, dikelompokkan dalam satu tema.
5. Memformulasikan tema-tema yang muncul dari kategori. Landasan yang peneliti gunakan untuk memunculkan tema adalah berdasarkan tinjauan teori.
6. Membuat kluster tema, yaitu mengorganisasi data dengan cara mengembangkan hubungan-hubungan (koneksi diantara kategori-kategori dan tema-tema).
7. Mengintegrasikan hasil analisis kedalam deskripsi atau penjabaran yang lengkap. Tujuan dari menjabarkan adalah untuk mengkomunikasikan dan menuliskan diskripsi verbal dan elemen-elemen penting dari suatu fenomena dalam bentuk tertulis struktur esensial dari fenomena secara jelas. Penjabaran didasarkan pada klasifikasi atau pengelompokan fenomena. Penjabaran dapat mengkomunikasikan dan membantu partisipan membaca kembali fenomena yang diteliti sebagai bagian dari pengalamannya sendiri

G. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Dinkes kota Blitar pada bulan Nopember 2014

H. Etika Penelitian

1. *Right to self-determination*. Peneliti memberikan penjelasan penelitian kepada partisipan tentang prosedur penelitian, manfaat dan risikonya. Partisipan juga dijelaskan bahwa dia dapat mengundurkan diri dari penelitian tanpa ada konsekuensi apapun. Selanjutnya meminta persetujuan sebagai partisipan dan menandatangani lembar *informed consent*.
2. *Right to privacy and dignity*. Peneliti tidak menceritakan kepada pihak lain segala permasalahan partisipan serta memperlakukan dengan ramah saat wawancara.
3. *Right to confidentiality*. Identitas partisipan dengan menggunakan kode (anonim). Selama pengolahan, analisis data dan publikasi hasil penelitian identitas partisipan tidak diinformasikan.
4. *Right to fair treatment*, peneliti memperlakukan partisipan secara adil. Sebagai kompensasi tiap partisipan diberikan bantuan tunai untuk membantu perawatan penderita.
5. *Right to protection from discomfort and harm*. Peneliti memberikan perasaan nyaman selama kontak dengan partisipan dengan menghindari perkataan/perilaku yang dapat menyinggung perasaan pasien.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan dipaparkan gambaran umum tentang wilayah Kota Blitar meliputi gambaran geografis dan gambaran demografis, dan analisis tema penelitian meliputi beban obyektif, beban subyektif, dan beban latrogenik.

A. Gambaran Umum Wilayah Kota Blitar

Diskripsi daerah Blitar ini dipaparkan secara relatif singkat dan menyangkut hal-hal yang berkaitan langsung dengan kesehatan masyarakat Blitar.

1. Gambaran Geografis

Kota Blitar merupakan wilayah terkecil kedua di Propinsi Jawa Timur setelah Kota Mojokerto, tepatnya terletak sekitar 160 km sebelah selatan Kota Surabaya, ibu kota Propinsi Jawa Timur. Suhu udara rata-rata berkisar pada 29°C dengan *type* iklim C-3. Kondisi seperti menjadikan Kota Blitar sebagai sebuah daerah yang nyaman untuk dijadikan tempat hunian dan peristirahatan. Menurut Ki Danar Dana (Sejarawan) Blitar berasal dari Bumi Laya Ikatan Tra Adi Raja yang artinya suatu tempat peristirahatan Raja besar di Nusantara. Kota Blitar dapat dikatakan sebagai kota yang miskin potensi, karena secara ekonomis tidak memiliki sumber daya alam yang dapat dieksplorasi menjadi sumber pendapatan daerah, baik yang berupa bahan galian, mineral maupun hasil hutan dan kekayaan alam lainnya. Luas wilayah Kota Blitar adalah ± 32, 578 km², terdiri atas 3 (tiga) kecamatan yaitu kecamatan sukorejo, kecamatan kepanjenkidul dan kecamatan sananwetan dan 21 Kelurahan.

2. Gambaran Demografis

Gambaran demografi kota Blitar menurut laporan BPS (2010) dan Dinkes Kota Blitar adalah sebagai berikut:

Jumlah penduduk

Jumlah penduduk Kota Blitar tahun 2010 sebanyak 139.971 jiwa dengankomposisi penduduk laki-laki dan perempuan tidak berbeda jauh jumlahnya, penduduk laki-laki masih lebih kecil sejumlah 69.855 jiwa sedangkan penduduk perempuan sejumlah 70.116 jiwa. Distribusi penduduk terbesar adalah pada kelompok umur 15-19 tahun 16.286 jiwa

Tingkat sosial ekonomi

Jumlah Rumah Tangga Miskin tahun 2010 yang ada di Kota Blitar sebesar 15, 48%. Jenis pekerjaan masyarakat yang banyak dari petani/ buruh tani dan pedagang.

Program Kesehatan

Upaya yang dilakukan agar seluruh lapisan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan secara mudah dan merata antara lain dengan membangun dan melengkapi sarana dan prasarana kesehatan serta meningkatkan mutu pelayanan dibidang kesehatan.

Selain itu pemerintah juga mengupayakan pelayanan kesehatan gratis bagi mereka yang tidak mampu melalui program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) pada tahun 2011 dan pada tahun2012 istilah Askeskin diganti dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) disamping ada program Jaminan Persalinan (Jampersal), serta pada tahun 2014 diubah menjadi BPJS.

Tenaga Kesehatan

Jumlah Tenaga Medis di Kota Blitar pada tahun 2010 ini mencapai 128 orang. Rasio tenaga medis (dokter) sebesar 91,44 per-100.000 penduduk. Jumlah tenaga medis ini termasuk dokter spesialis, umum dan gigi. Untuk dokter spesialis rasio tenaganya mencapai 24-29 per-100.000 penduduk, sedangkan untuk dokter umum rasio tenaganya mencapai 54,297 per-

100.000 penduduk. Dokter spesialis jiwa belum ada di RS Kota Blitar. Rasio tenaga perawat mencapai 376,51 per-100.000 penduduk, sedangkan untuk bidan mencapai 83,00 per-100.000 penduduk.

Sarana Kesehatan

Jumlah Puskesmas yang ada di Kota Blitar sebanyak 3 unit dengan 2 Puskesmas Perawatan. Hal ini berarti untuk Kota Blitar rata-rata 1 Puskesmas di Kecamatan harus bisa melayani 44.513 jiwa. Tenaga perawat jiwa untuk masing-masing Puskesmas 1 orang sehingga berjumlah 3 orang. Ruang perawatan belum melayani untuk pasien gangguan jiwa.

Untuk pasien gangguan jiwa berat yang masih diisolasi/dipasung/dimasukkan dalam kamar 3 orang yaitu di wilayah Puskesmas Sukorejo sebanyak 2 orang, di wilayah Puskesmas Sananwetan sebanyak 1 orang.

Rumah Sakit

Di Kota Blitar ada 1 rumah sakit pemerintah tipe B, dan 3 rumah sakit swasta yang siap melayani masyarakat Kota Blitar dan sekitarnya. Namun, dari 4 Rumah Sakit tersebut belum ada ruang rawat inap untuk pasien dengan gangguan jiwa maupun tenaga medis dan perawat khusus yang mampu menangani pasien gangguan jiwa. Sehingga, pertolongan penderita gangguan jiwa yang ada di Kota Blitar harus dirujuk ke Rumah Sakit Jiwa atau Rumah Sakit Umum diluar Kota Blitar.

B. Gambaran Umum Partisipan

1. Inisial Partisipan 1 Ny. K, Umur 74 Tahun, Alamat Kota Blitar, Agama Islam, Jenis Kelamin Perempuan, Suku Jawa, Tidak Sekolah, Tidak Bekerja, Tidak punya penghasilan, Tidak punya telepon, Hubungan dengan penderita sebagai Ibu. Keluarga merawat pasien sudah Lebih dari 30 tahun. Anggota keluarga lain yang membantu merawat pasien adalah anaknya yaitu Sdr. Snk.

Kondisi anggota keluarga 1 yang dirawat (Tn Hd) yaitu menunjukkan perilaku marah-marah sambil melempar, bicara kasar, membuang, merusak benda-benda yang ada di sekitarnya, jika berada di dapur merusak semua peralatan dapur sehingga dirawat dalam kamar dan dikunci, pasien tidak bisa berjalan. Kondisi anggota keluarga 2 (Tn Sgt) adalah pendiam, sering berada di dalam kamar lain, rambutnya panjang, bajunya lusuh sambil duduk ditempat tidur menikmati rokok. Pada saat disapa dan diajak peneliti kelihatan mengacuhkan saja, Ibu menyatakan bahwa Tn Sgt lebih pendiam dan lebih sabar dibandingkan adiknya. Hanya kadang-kadang sering keluar rumah untuk beli rokok atau jajan sambil berbicara atau berkemat-kamit sendiri, namun tidak pernah melukai, menyakiti atau mengancam saya.

2. Inisial Partisipan 2, Tn, Snk, Umur 50 Tahun, Alamat Kota Blitar, Agama Islam, Jenis Kelamin Laki-laki, Suku Jawa, Pendidikan SD, Pekerjaan Tukang Becak, Penghasilan perbulan tidak tentu, Tidak punya telepon, Hubungan dengan penderita Kakak. Lama keluarga merawat pasien Lebih dari 30 tahun. Anggota keluarga lain yang membantu merawat anggota keluarga yang sakit yaitu ibu

Kondisi anggota keluarga yang dirawat saat kambuh marah-marah sambil melempar, membuang, merusak benda-benda yang ada di sekitarnya, jika berada di dapur merusak semua peralatan dapur.

3. Inisial Partisipan 3, Tn, Knt, Umur 65 Tahun, Alamat Kelurahan Blitar, Agama Islam, Jenis Kelamin Laki-laki, Suku Jawa, Pendidikan SMA, Pekerjaan Petani, Penghasilan perbulan tidak menentu, Tidak punya telepon, Hubungan dengan penderita Kakak Ipar. Lama keluarga merawat pasien Lebih dari 20 tahun setelah pulang dari RSJ Lawang dan RSJ Menur Surabaya. Anggota keluarga lain yang membantu merawat pasien adalah istri Bp. Knt dan kedua menantunya.

Kondisi anggota keluarga yang dirawat. Lama menderita gangguan jiwa lebih dari 20 tahun. Perilaku yang biasanya ditunjukkan saat kambuh kalau marah makanan maupun minuman dicampur menjadi satu sama kotoran dan diorat-arit sambil berteriak-teriak mengeluarkan kata kotor (misoh) sambil memaki-maki pada semua orang yang ada didekatnya. Pernah melempar mangkok ke muka saya mengenai mulut saya sampai gigi depan saya patah dua. Kadang-kadang lepas berjalan tanpa arah menelusuri parit atau sungai dan membuat keluarga bingung mencari. Setiap ada orang yang berbicara dan tertawa maka dia makin marah. Biasa mengumpulkan sampah dan menaruh sampah-sampah itu dirambutnya sampai rambutnya penuh sampah, menyanyi sendiri, berbicara sendiri. Pasien suka merusak asbes dan berdiri menjulurkan kepalanya di sela-sela asbes yang pecah untuk melihat situasi luar, pasien suka mencampur dan mengorat-arit makanan dengan benda yang ada. pasien suka mengumpulkan larakan sampah-sampah dan membawanya pulang, suka keluar malam dan berjalan tidak tentu arah dan menghilang. Informan menyatakan penderita dulu pernah kuliah dan pernah jatuh cinta namun dilarang oleh keluarga akhirnya stres, pernah dicarikan pasangan hidup tapi menolak, pernah dibawa ke RSJ Sumber Porong berulang kali dan pernah diobatkan ke Paranormal.

4. Inisial Partisipan 4, Tn. Ay, Umur 46 Tahun, Alamat Klampok Blitar, Agama Islam, Jenis kelamin Laki-laki, suku Jawa, Pendidikan SD, pekerjaan Buruh, Hubungan dengan penderita Ayah. Lama merawat pasien sejak kelahiran anak pertama dan kelahiran anak ke 2 (14 th). Anggota keluarga lain yang membantu merawat pasien yaitu istri.

Kondisi anggota keluarga 1 (An. St) berumur 14 tahun, tidak sekolah, sejak kurang lebih 1 tahun yang lalu menderita kelainan mental, lama anggota keluarga menderita gangguan jiwa kurang lebih 1 tahun setelah khitan, Perilaku yang biasanya ditunjukkan oleh anggota

keluarga saat kambuh kadang-kadang diam namun kadang agresif, suka melempar semua barang yang ada disekitarnya dan kadang-kadang lari keluar rumah dan bergulung-gulung di tanah sambil teriak-teriak sesuka hatinya. Jika diberitahu oleh tetangga disuruh minggir dari jalan raya masih menurut. Pasien sulit diajak komunikasi. Kondisi anggota keluarga 2 bernama An. Pt umur 7 tahun, tidak sekolah, mengalami retardasi mental tapi masih bisa diajak berkomunikasi. Saat kambuh banyak diam sendiri dan tidak bisa diajak komunikasi (diajak ngomong tidak nyambung).

C. Analisis Tema

Peneliti menggunakan metode analisa data Collaizi untuk mengolah data hasil wawancara. Analisis data menghasilkan 4 tema sebagai hasil penelitian. Proses lengkap analisa data, mulai dari penentuan kata kunci, kategori, dan tema.

Tema 1 : Beban Obyektif / Materiil

Beban obyektif dalam perawatan klien yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa beratterbentuk dari 4 Kategori yaitu pemenuhan kebutuhan dasar, pengobatan, tempat tinggal, biaya perawatan dan penanganan saat kambuh.

1. Membantu kebutuhan dasar

Kebutuhan dasar yang harus dipenuhi keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat secara umum partisipan 1 - 4 menyampaikan bahwa kebutuhan yang harus dipenuhi adalah memenuhi kebutuhan dasar yang meliputi makan, minum, mandi, pakaian, membersihkan kotoran dan air kencing. Sebagaimana ungkapan partisipan sebagai berikut:

...maringi nedo, ngunjuk, numbasaken rokok, mbantu siram, ngresiki kotoranlan pipise, ngewangi gantos klambi... (P1)
(memberi makan, minum, membelikan rokok, mambantu mandi, membersihkan kotoran dan kencing, membantu memakai baju)

"...mbantu ibu nyukaaken panganan, minume, lan ngresiki kotorane..." (P2)

(membantu ibu memberikan makan, minum, dan membersihkan kotoran)

"...nyukani nedo, ngombe, ngedusi, ngresiki gubuk, buang kotoran, ganti klambi..." (P3)

(memberi makan, minum, memandikan, membersihkan gubuk, buang kotoran, mengganti pakaian)

"...ndulang, ngombe, ngedusi, nyewoki, nggawe klambi..." (P4)
(menyuapi makan, minum, memandikan, cebok, memakaikan baju)

2. Biaya perawatan sehari-hari

Beban keluarga dalam biaya perawatan bagi penderita tampak pada ungkapan dan usaha-usaha yang dilakukan keluarga sebagai berikut:

Kesulitan biaya perawatanehari-hari

Kebutuhan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah untuk biaya perawatan sehari-hari. Keluarga sebagian besar mengungkapkan kesulitan biaya dikarenakan penghasilan keluarga sangat kurang sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...kulo sampun mboten nyambut damel, mboten kagungan penghasilan sing ajeg Sampun sepuh, mboten kiat nyambut damel sing abot..." (P1)

(Saya sudah tidak bekerja, tidak memiliki penghasilan tetap. usia saya sudah tua, tidak mampu bekerja berat)

"...penghasilan kirang, adik kulo mboten saras-saras senajan sampun disukani obat tigangdoso tahun luwih..." (P2)

(penghasilan kurang, adik saya tidak sembuh-sembuh walaupun sudah minum obat selama lebih dari 30 tahun)

"...kulo mboten wonten biaya malih, damel nedo sabendintene mawon pun susah..." (P4)

(Saya tidak punya biaya, untuk makan saja sudah susah)

Berusaha bekerja semampunya dan seadanya

Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari keluarga berusaha bekerja semampunya dan seadanya, seperti ungkapan partisipan sebagai berikut

"...berusaha mbantu kebutuhan keluarga semampu kulo, kale mbecak..."(P2)

(Berusaha membantu kebutuhan keluarga semampu saya dengan menarik becak)

"...nyambut damel sak wontene, mboten pilih-pilih sinten mawon nyukani pendamelan kulo lakoni, ingkang penting saget nyambung urip..."

(bekerja tidak pilih kasih siapapun orang yang menyuruh dan menyuruh apapun saya jalani yang penting bisa untuk menyambung kehidupan keluarga..."(P4)

Menyisakan kekayaan dan hemat

Upaya keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari adalah dengan menyisakan kekayaan yang masih dipunyai dan berhemat

"...nyisa aken sabin kalian kebon damel nyambung urip....disadekaken pekarangan damel biaya perawatan kalian pengobatan..."(P3)

(Menyisakan sawah atau kebun yang dipergunakan untuk menyambung kehidupan,.... dijualkan pekarangan untuk membiayai perawatan dan pengobatan)

"...diawet-awet supados saget cekap tumbas beras...tetep nyambut damel

(dihemat agar bisa cukup paling tidak bisa beli beras...

3. Kebutuhan Pengobatan

Kebutuhan pengobatan berusaha dipenuhi keluarga semampunya agar anggota keluarga yang sakit tidak kambuh sebagaimana ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...kulo mesti mendet obat kangge yugo kulo saben sasi utawi menawi obatipun telas....(P1)

(Saya selalu mengambil obat untuk anak saya setiap bulan atau setiap obatnya habis)

"...kulo ngeteraken ibu mendet obat kangge adik kulo rutin ke puskesmas...(P2)

(Saya mengantar ibu untuk mengambil obat adik saya secara rutin ke Puskesmas)

"...mendel obat menawi yugo kulo kumat, dateng puskesmas..."(P4)

(mengambil obat jika anak saya kambuh ke Puskesmas)

4. Penanganan saat kambuh

Cara penanganan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami kekambuhan bervariasi.

Diam saja

Penanganan keluarga terhadap anggota keluarga yang gangguan jiwa bila kambuh diam saja sambil mengawasi jangan sampai merusak barang-barang sebagaimana ungkapan partisipan 1-3 berikut:

"...menawi kumat kulo mendel mawon kale ngawasi, pokoke mboten sampek medal sangking kamar lan ngrusak barang-barang..."(P1)

(Apabila kambuh saya berdiam diri dan mengawasi, yang penting tidak sampai keluar kamar dan merusak barang-barang)

"...mendel mawon, diawasi sangking tebeh...mboten ngertos nopo sing dilakoni..."(P3)

(diam saja, sabar, diawasi dari kejauhan...tidak tahu harus berbuat apa)

Berusaha menenangkan

Upaya lain untuk penanganan keluarga saat kambuh adalah berusaha menenangkan dan mengawasi jangan sampai merusak barang-barang, seperti ungkapan partisipan berikut:

"...sabar, nenangno adik kulo sing kumat, kalian ngawasi supados mboten ngrusak barang-barang..."(P2)

(Bersabar dan menenangkan adik saya yang kambuh, mengawasi jangan sampai merusak barang-barang lain).

Melakukan pengikatan

Upaya keluarga pada partisipan 4 dengan cara mengikat anaknya didepan rumah sebagaimana ungkapan berikut:

"...Kulo taleni wonten ngajeng griyo supados mboten mlayu dateng pundi-pundi..."(P4)
(Saya ikat didepan rumah supaya tidak lari kemana mana)

Membawa ke RS

Tindakan lain yang pernah dilakukan oleh keluarga saat kambuh adalah dibawa ke RSJ seperti ungkapan partisipan berikut:

"...nateh kulo obataken dateng RSJ Lawang, ngamar wonten mriko, sak sampunipun wangsul dikirim malih dateng RS Menur Suroboyo, sak sampunipun wangsul saking RS Menur kumat malih"(P2)

(Pernah diobatkan ke RSJ Lawang dan opname disana, dan setelah pulang dikirim kembali ke RS Menur Surabaya, setelah pulang dari RS Menur Surabaya kumat lagi)

"...nate dibeto dateng RSJ Lawang, ngamar wonten mriko...."(P3)
(Pernah dibawa ke RSJ Lawang dan dirawat disana)

Membawa ke pengobatan alternatif

Cara penanganan yang dilakukan keluarga juga pernah melalui usaha pengobatan alternatif sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...nate kulo beto dateng paranormal, ngamar dateng griyane pak Kyai daerah Blitar kidul, nanging ten mriko tukaran kalian pasien lintu, trus nyuwun mendet yugo kulo..." (P1)

(Pernah saya bawa ke Paranormal dan mondok dirumahnya Bpk Kyai di Blitar Selatan tetapi disana bertengkar dengan pasien lain dan meminta saya untuk mengambil anak saya)

"...nate diobataken dateng paranormal, wonten pundi-pundi saben tiyang ngandani..." (P3)

(Pernah diobatkan ke Paranormal dimana saja setiap orang memberi informasi)

5. Kebutuhan Tempat tinggal

Kebutuhan tempat tinggal bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diletakkan di kamar/gubuk tersendiri dibelakang rumah sebagaimana ungkapan partisipan berikut

"... Yugo kulo (Hdr) sering ngamuk-ngamuk kalian ngrusak barang-barang, nggih kulo tempataken dateng kamar wingkingtrus kulo kunci supados boten ganggu kulo kalian keluarga..." (P1)

(Anak saya (Tn. Hdr)sering marah-marah dan merusak benda-benda maka saya tempatkan dikamar belakang dan dikunci agar tidak mengganggu saya dan keluarga).

"...ditempataken wonten gubuk wingking griyo ..."(P3)
(ditempatkan di gubuk belakang rumah).

6. Dukungan Sosial

Dukungan sosial pada keluarga berasal dari keluarga, tetangga, dan pemerintah.

Dukungan keluarga

Dukungan yang diperoleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah dari anaksebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...yugo kulo ingkang bantu..."(P1)
(Anak saya yang membantu)

"...ingkang mbantu nomer setunggal istri kulo, nomer kaleh mantu, nomer tigo budenipun wonten sebrang mergi....."(P3)
(yang membantu pertama adalah istri saya, yang kedua menantu saya, ketiga budenya yang berada diseberang jalan)

Dukungan tetangga

Dukungan yang diperoleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa juga berasal dari tetanggasebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...ingkang mbantu kadang-kadang tonggo...nyukani sak wontene nedo utawi ngombe..."(P1)
(yang membantu, kadang-kadang tetangga... pemberian sekedarnya dari tetangga, makanan atau minuman)

"...biasanipun tanggi bantu nyukani nedo lan ngombe, nanging mboten mesti saben dinten..."(P2)
(Biasanya tetangga membantu memberi makanan atau minuman yang tidak mesti setiap hari)

"...tanggi mbantu nyukani nedo, ngedusi, ngganti klambi, ngresiki gubuk ..."(P3)
(tetangga membantu memberi makan, memandikan, mengganti pakaian, membersihkan gubuk)

Namun terdapat satupartisipanmenyatakan tidak ada orang yang membantunya dalam merawat penderita seperti ungkapan partisipan berikut:

"...mboten wonten tiyang ingkang bantu kulo..." (P4)
(Tidak ada orang yang membantu saya)

Dukungan instansi pemerintah

Dukungan yang diperoleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa juga dari instansi pemerintah sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...kadang-kadang angsal bantuan arto sangking kodim 0808 Blitar, tempatipun Sgt nyambut damel riyen..." (P1)
(Kadang-kadang dapat bantuan uang dari kodim 0808 Blitar, tempat Tn. Sgt bekerja waktu sehat dulu)

"...bantuan obat sangking Puskesmas....." (P1)
(bantuan obat dari Puskesmas)

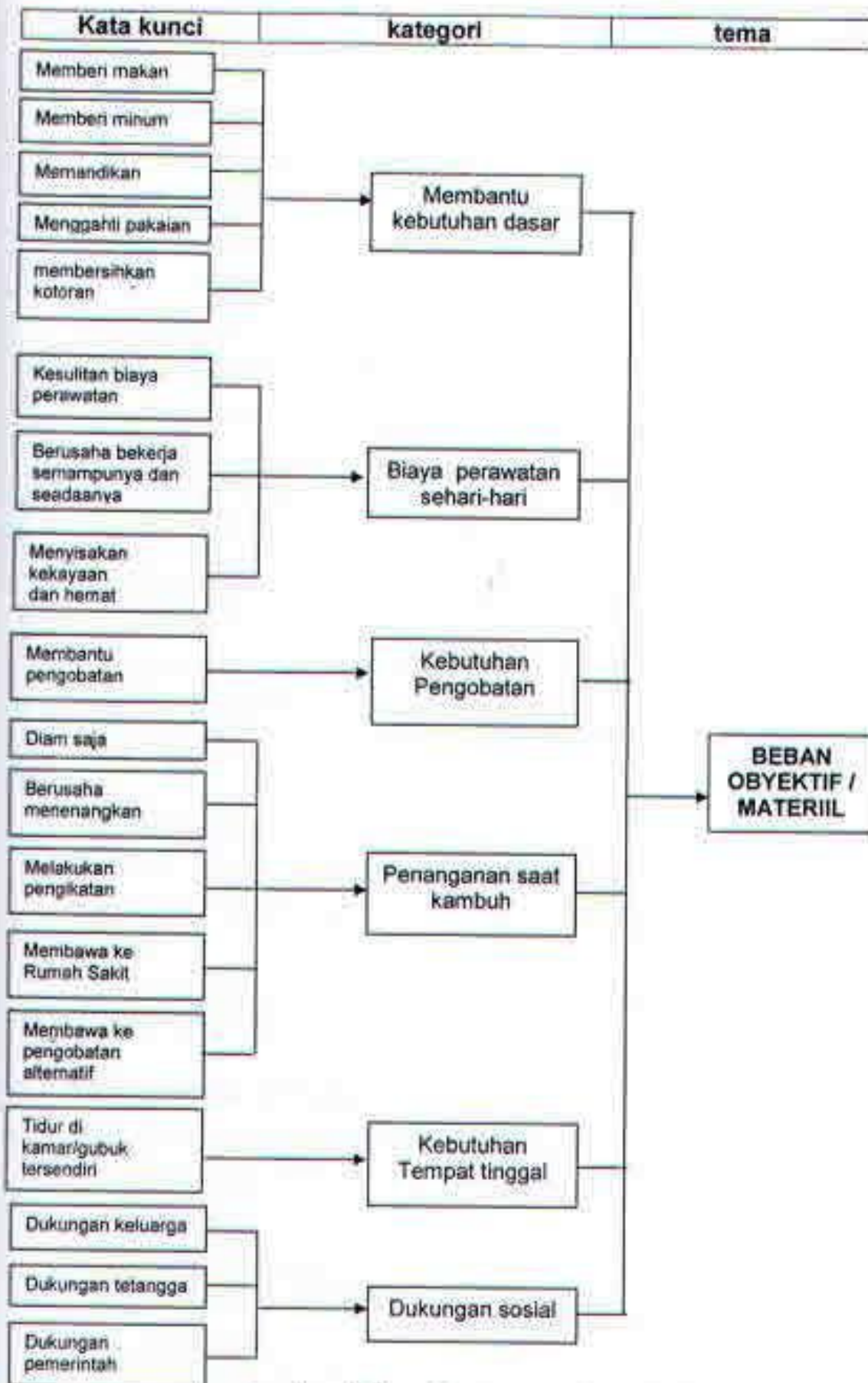
"...Bantuan langsung sangking pemerintah Rp. 400.000,- tirosi gantose mundake BBM...angsal bantuan obat sangking Puskesmas gratis nanging kedah mendet dateng Puskesmas piyambek..." (P4)
(Bantuan langsung dari pemerintah Rp. 400.000,- katanya pengganti kenaikan BBM. Dapat bantuan obat dari Puskesmas secara gratis namun harus mengambil di Puskesmas sendiri)

Namun menurut keluarga dirasakan masih kurang dan mengharapkan bantuan yang lebih yaitu adanya perhatian dari pemerintah dalam memberikan biaya hidup, pengobatan bagi keluarga yang sakit, dan sembako secara rutin sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...angsal perhatian saking pemerintah, nyukani bantuan biaya hidup kaleh perawatan yugo kulo sing sakit..." (P1)
(Mendapat perhatian dari pemerintah, memberi bantuan biaya hidup, dan perawatan anak saya yang sakit)

"...menawi saget angsal bantuan damel pengobatan adik kulo sekalian damel nyekapi kebutuhan saben dintene..." (P2)
(Kalau bisa mendapat bantuan pengobatan adik saya dan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan sehari – hari)

"...wonten bantuan sembako sing ajeg, obat-obatan sing rutin, jaminan masa depan kangge yugo kulo ingkang sakit..." (P4)
(Ada bantuan sembako secara rutin, obat-obatan secara rutin dan jaminan masa depan bagi kedua anak saya yang mengalami gangguan)



Gambar 4.1 Analisis tema beban obyektif

Tema 2 : Beban subyektif

Beban subyektif atau beban psikis/mental keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa terdapat 3 kategori adalah

1. Perasaan Keluarga

Perasaan berat

Perasaan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengeluh merasa berat menanggung, terlebih kondisi ekonomi/penghasilan keluarga yang sangat kurang sebagaimana ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...*rasa kaboten...ingkang kulo lakoni, boten sedanten ditrami yugo kulo, terkadang kaleh ngamuk-ngamuk, ngancam kulo...*"(P1)

(Perasaan berattidak semua yang dilakukan,anak saya menerima, kadang-kadang disertai marah, mengancam saya)

"...*sejatinekaboten, nanging*"(P3)
(Sebenarnya merasa berat, namun...)

"...*kangge kulo abot sanget, amergo kulo namung buruh sak wontene, trus mboten mesti wonten ..*"(P4)
(bagi saya sangat berat karena hanya sebagai buruh seadanya dan tidak mesti ada)

Perasaan bosan

Perasaan lain yang muncul dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa adalah rasa bosan sebagaimana ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...*sampun blenger, bosan kondisi kados mekaten.....*" (P2)
(sudah jenuh dan bosan dalam situasi seperti ini)

Perasaan sabar dan tabah

Perasaan lain yang muncul dalam merawat anggota keluarga gangguan jiwa adalah sabar dan tabah sebagaimana ungkapan partisipan sebagai berikut:

"...*kulo kedah tetep sabar...*"(P1)
(saya tetap harus bersabar)

"...*nanging kulo kedah tetep tabah...*"(P2)
(....saya harus tetap tabah)

"...kulo kedah tabah, sabar, mergo boten wonten tiyang ingkang gelem sakit kados meniko..." (P3)

(Namun saya harus tabah, bersabar karena tidak ada orang yang mau sakit seperti dia)

"...kedah tetep sabar lan tabah...amargi yugo ya tetep kudu di sayangi, lan perhatikno..." (P4)

(tetap harus sabar dan tabah...karena anak ya tetap saya sayangi, dan perhatikan)

Perasaan khawatir/cemas

Perasaan keluarga yang lain terutama saat anggota keluarga kambuh adalah rasa khawatir/cemas, sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...kadang-kadang kulokhawatir, was-was" (P1)
(kadang-kadang saya khawatir, was-was)

"...khawatir mboten mantun-mantun..." (P2)
(khawatir yang tidak kunjung berhenti)

"...kadang-kadang cemas utawi khawatir" (P3)

"...campur khawatir amargi nggadah putra kaleh sedanten wonten gangguan angan-angane....." (P4)

(bercampur cemas karena punya 2 anak kesemuanya mengalami gangguan jiwa)

Perasaan takut

Perasaan keluarga yang lain terutama saat anggota keluarga kambuh adalah rasa takut melukai, sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...wedi yen nyakitikulo, kulo sampun mboten kiat mblayu, utawi nglawan, kulo sampun sepuh, tiyang estri..." (P1)

(takut kalau melukai saya, karena saya sudah tidak mampu berlari atau melawan, karena saya sudah tua, seorang wanita)

Perasaan sedih

Perasaan sedih juga keluarga rasakan dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa seperti ungkapan partisipan berikut:

"...ngrasakan susah, sumpek" (P1)
(Perasaan sedih, sumpek)

*...ngraosaken sedih,(P2)
(Perasaan sedih...)

*...ngraosaken sedih lan....."(P3)
(Merasakan sedih dan...)

*...sedih campur....amargi nggadah putra kaleh sedanten wonten gangguan angan-angane.....(P4)
(Sedih bercampur..... karena punya 2 anak kesemuanya ada gangguan jiwanya)

Perasaan malu pada tetangga

Perasaan keluarga yang lain terutama saat anggota keluarga kambuh adalah malu pada tetangga sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

*...ngraosakenisin kalian tanggi kiwo tengen, amargi menawi kumat mesoh-mesoh, bengok-bengok.."(P3)
(Perasaanmalu dengan tetangga kiri kanan, karena kalau kambuh bicara kotor, berteriak-teriak...)

2. Sikap masyarakat

Sikap memaklumi

Sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga cenderung memaklumi sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

*...tanggi-tanggi biasanipun mendel mawon, sampun paham yugo kulo ngalami sakit..."(P1)
(tetangga biasanya membiarkan saja dan memahami bahwa kedua anak saya sedang sakit)

*...masyarakat biasa-biasa mawon, sampun maklum kondisinipun keluarga kulo..."(P2)
(Masyarakat biasa-biasa saja dan memaklumi kondisi sakit keluarga saya)

*...biasa-biasa mawon, mboten nateh nyeneni senajan kadang-kadang bengok-bengok kalian mesoh-mesoh..."(P3)
(Biasa-biasa saja dan tidak pernah memaki walaupun kadang-kadang teriak-teriak dan bicara kotor)

Sikap tidak peduli

Namun menurut 1 partisipan masyarakat tidak peduli sebagaimana ungkapan partisipan 4 berikut

"...pendapat kulo mboten wonten ingkang peduli nanging nggih mboten nateh diganggu..."(P4)

(Menurut saya tidak ada yang peduli tapi juga tidak pernah diganggu)

3. Sikap tenaga kesehatan

Sikap tenaga kesehatan secara umum sudah ada perhatian namun belum jelas seberapa intensif petugas kesehatan memberikan perhatian seperti tampak pada ungkapan partisipan berikut:

"...petugas kesehatan nateh dateng mriki langsung ningali yugo kulo kaleh-kalehipun, nyukani saran kulo mendet obat kanggih yugo kulo saben sasi, disukani gratis..."(P1)

(petugas kesehatan pernah datang kesini melihat langsung kedua anak saya dan memberi saran agar saya mengambil obat untuk anak saya setiap bulan, diberikan secara gratis)

"...nateh sowan mriki, nyukani penyuluhan keluarga kulo, supados tetep berobat, saget mendet obat dateng puskesmas menawi telas obatipun utawi setiap akhir sasi..."(P2)

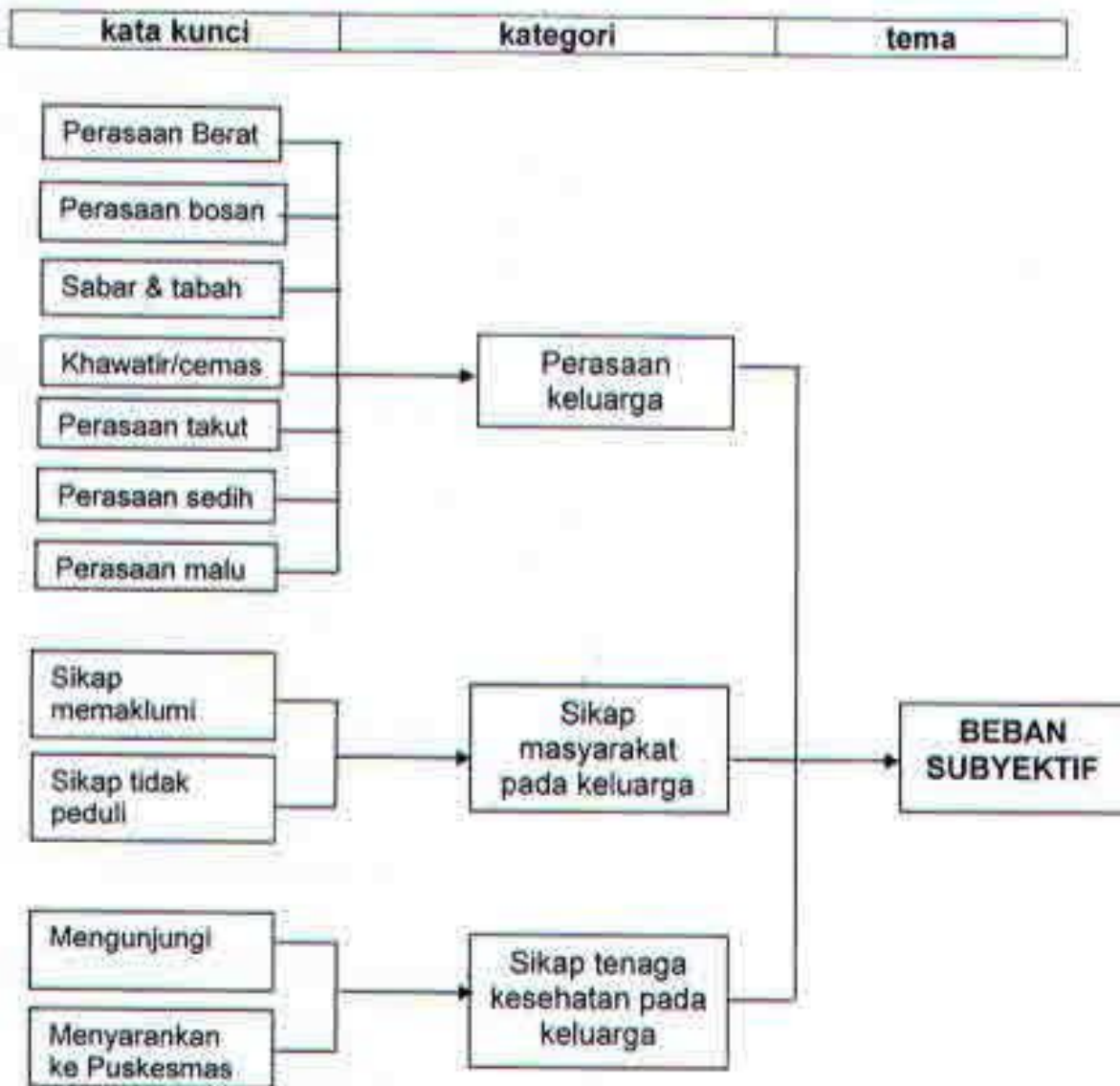
(Pernah datang kesini, memberi penyuluhan kepada keluarga saya untuk tetap berobat, dapat mengambil obat ke Puskesmas setiap obatnya habis atau setiap akhir bulan)

"...nateh petugas puskesmas dateng mriki, nyaranaken mbeto dateng puskesmas..."(P3)

(Pernah petugas Puskesmas mendatangi kesini dan menyarankan untuk membawa ke Puskesmas)

"...sampun nateh dikunjungi tenaga kesehatan, disaranaken mendet obat dateng puskesmas..."(P4)

(sudah pernah dikunjungi oleh tenaga kesehatan dan diminta untuk mengambil obat di Puskesmas)



Gambar 4.2. Analisis tema beban subyektif

Tema 3: Beban iatrogenik

Beban iatrogenik yaitu beban yang disebabkan karena kurang terjangkaunya pelayanan kesehatan jiwa, atau pelayanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan harapan keluarga.

1. Keterjangkauan pelayanan kesehatan jiwa

Keterjangkauan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan di RSJ terbentur pada masalah biaya sebagaimana ungkapan partisipan berikut :

"Yugo kulo (Hdr) nate kulo obataken dateng RSJ Lawang, kalian RSJ Menur Surabaya, amargi biayanipun telas kulo beto wangsul.." (P1)

(Anak saya Hdr pernah berobat ke RSJ Lawang dan RSJ Menur Surabaya, karena kehabisan biaya maka saya ambil pulang).

Pelayanan kesehatan jiwa untuk pengobatan di Puskesmas sudah terjangkau sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

"...obat sangking puskesmas sampun disukani gratis ..." (P1)
(Obat dari Puskesmas sudah diberi dengan gratis)

"...nyukani pengobatan gratis sampun sae..." (P2)
(Pemberian pengobatan secara gratis sudah baik)

2. Ketersediaan fasilitas kesehatan jiwa terdekat

Ketersedian fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal (puskesmas) secara umum partisipan menyatakan belum memadai atau belum sesuai harapan keluarga yaitu menyediakan tempat untuk merawat pasien gangguan jiwa terutama bila kambuh, seperti yang diungkapkan partisipan berikut:

"...tempat ngrawat yugo kulo menawi ngamuk sing mboten wonten dateng puskesmas..." (P1)
(tempat merawat anak saya jikamarah-marah yang tidak ada di Puskesmas)

"... tempat mondok adik kulo sing sakit utawi pas ngamuk dereng wonten ten puskesmas..." (P2)
(tempat menginap adik saya yang sakit atau sedang mengamuk belum ada di Puskesmas)

**...puskesmas perlu tempat damel nampung tiyang sakit jiwa sing ngamuk...*(P3)*

(Puskesmas perlu tempat untuk menampung orang gangguan jiwa yang sedang mengamuk)

**...menawi yugo kulo pas kumat, puskesmas dereng wonten tempat damel ngrawat ...*(P4)*

(jika anak saya kambuh, Puskesmas belum ada tempat untuk merawat)

3. Kualitas pelayanan kesehatan jiwa

Pandangan keluarga terhadap kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara umum menyatakan pengobatan yang diberikan belum memuaskan karena belum bisa menyembuhkan keluarganya sebagaimana ungkapan partisipan berikut:

**...obat sampun kulo sukaaken yugo kulo kaleh-kalehipun nanging sampek sakmeniko dereng saras..(P1)*

(Obat telah saya berikan kepada kedua anak saya namun sampai sekarang belum sembuh)

**...harapan kulo sak mantune ngombe obat sangking puskesmas adik kulo waras, nanging dereng waras-waras...(P2)*

(Harapan saya setelah minum obat dari Puskesmas adik saya sembuh, namun belum sembuh-sembuh)

**...pelayanan taksih dereng sae amargi sampun diobataken dateng rumah sakit jiwa, ngamar wonten mriko, nelasaken yotro kathah taksih tetep kumat.....kulo dereng nateh mbeto dateng puskesmas...(P3)*

(pelayanan masih belum baik karena sudah diobatkan di Rumah Sakit Jiwa dan ngamar disana menghabiskan biaya yang banyak tetapi masih tetap kambuh...saya belum pernah membawa ke Puskesmas)

kata kunci	kategori	tema
------------	----------	------



Gambar 4.3 Analisis tema beban iatrogenik

BAB V PEMBAHASAN

Bab ini akan memaparkan pembahasan hasil penelitian pada 4 tema, yaitu beban obyektif, beban subyektif, beban iatrogenik, dan harapan keluarga.

A. Tema 1 : Beban Obyektif / Materil

Beban obyektif dalam perawatan klien yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa yaitu pemenuhan beban dalam pemenuhan kebutuhan dasar, pengobatan, tempat tinggal, biaya perawatan dan penanganan saat kambuh, dan kurang optimalnya dukungan dari orang/pihak lain.

Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar

Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar yang harus dilakukan keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat secara umum yang harus dipenuhi adalah kebutuhan makan, minum, mandi, pakaian, membantu buang air besar, buang air kecil, kebersihan tempat tidur. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Carpenito, (2007) bahwa Keadaan individu yang mengalami kerusakan fungsi kognitif, menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (makan, mandi atau higiene, berpakaian atau berhias, *toileting*, instrumental). Hal senada juga disampaikan Mukhrifah, (2008) Kurangnya perawatan diri pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun, seperti ketidakmampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* (Buang Air Besar atau Buang Air Kecil)

Menurut Depkes (2000) penyebab kurang perawatan diri salah satunya adalah Kemampuan realitas turun, Klien dengan gangguan jiwa dengan

kemampuan realitas yang kurang, menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

Biaya perawatan sehari-hari

Kebutuhan biaya perawatan sehari-hari, sebagian besar mengungkapkan kesulitan biaya, terlebih kondisi ekonomi/ penghasilan keluarga yang juga minim. Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Videbeck, (2008) yang menyatakan bahwa Gangguan jiwa akan menimbulkan beban berat bagi keluarga, baik mental maupun materi karena penderita tidak dapat lagi produktif. Perawatan kasus psikiatri mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang. Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya (Djarmiko, 2007).

Kondisi seperti itu membuat keluarga bekerja keras untuk memenuhi kebutuhannya, serta berupaya segala upaya serta berusaha menyisihkan kekayaan yang masih dipunyai dan bersikap hemat.

Pemenuhan Kebutuhan Pengobatan

Beban berikutnya adalah dalam pemenuhan kebutuhan pengobatan agar keluarga tidak kambuh. Orang dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia membutuhkan pengobatan yang relatif lama sebagaimana yang dipaparkan Andri, (Feb 2012) yang menyatakan bahwa skizofrenia pada episode pertama kali mengalami gangguan jiwa biasanya memerlukan pengobatan minimal satu tahun. Hal ini untuk mencegah keberulangan kembali penyakit ini. Kebanyakan pasien skizofrenia tidak langsung mendapatkan pengobatan yang sesuai saat pertama kali mengalami sakit ini. Banyak pasien yang sebelumnya melakukan terapi alternatif terlebih dahulu. Lamanya mendapatkan pertolongan pada pasien skizofrenia berhubungan dengan baik dan buruknya harapan kesembuhan pada pasien ini. Pada beberapa kasus pasien dengan gangguan skizofrenia sering kali kambuh karena sering menghentikan pengobatan. Hal ini disebabkan

karena pasien sering merasa tidak sakit dan akhirnya tidak mau berobat. Inilah salah satu kendala terbesar berhadapan dengan pasien skizofrenia, ketiadaan kesadaran bahwa dirinya sakit akan membuat terkadang pengobatan menjadi sangat sulit dilakukan. Peran keluarga terkadang sangat diperlukan agar pasien patuh makan obat sesuai aturan.

Pada beberapa kasus skizofrenia yang sudah kambuhan, pengobatan seumur hidup adalah pilihan yang paling disarankan. Pilihan pengobatan seumur hidup tentunya dengan memperhatikan kondisi pasien. Banyak pasien yang bisa kembali mencapai kualitas hidupnya yang baik dengan memakan obat. Hal ini tidak beda dengan pasien penyakit darah tinggi, diabetes atau jantung yang perlu makan obat seumur hidup.

Penanganan saat kambuh

Beban berikutnya keluarga adalah saat penanganan terhadap anggota keluarga yang gangguan jiwa saat kambuh. Cara yang dilakukan keluarga bervariasi ada yang mendiamkan dan mengawasi saja pokok jangan sampai merusak barang-barang, melakukan pengikatan, dibawa ke RSJ, dan melalui usaha pengobatan alternatif.

Saat kambuh pasien skizofrenia dapat muncul gejala halusinasi dan delusi, penyimpangan dalam hal berpikir dan berbicara, penyimpangan tingkah laku, masalah pada afek dan emosi serta menurunnya fungsi kognitif. Selain itu, pasien seringkali memiliki gagasan bunuh diri atau membunuh orang lain, pasien yang karena kegelisahannya dapat membahayakan dirinya atau lingkungannya, menolak makan atau minum sehingga membahayakan kelangsungan hidupnya, dan pasien menelantarkan diri, yaitu kondisi di mana pasien tidak merawat diri dan menjaga kebersihannya dengan mandiri, seperti makan, mandi, buang air besar (BAB), buang air kecil, dan lainnya. Perilaku-perilaku pasien tersebut bisa menjadi beban tersendiri bagi keluarga, sehingga keluarga juga akan mengalami krisis dan mengalami tekanan (Kristayanti, 2009).

Kebutuhan Tempat Tinggal

Beban materiil keluarga yang lain adalah penyediaan tempat tinggal. Sebagian besar partisipan mengusahakan menempatkan penderita gangguan jiwa dikamar atau ruangan dibelakang rumah yang terpisah bahkan dengan diikat. Tindakan ini dilakukan keluarga demi keamanan keluarga yang lain dan masyarakat sekitar. Tempat tinggal orang dengan gangguan jiwa semestinya tidak perlu disendirikan, waspada boleh namun pengawasan dan perhatian keluarga serta penyediaan lingkungan tempat tinggal yang layak merupakan hak setiap orang termasuk penderita dengan gangguan jiwa. Sebagaimana yang diamanatkan UU no 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa pasal 68 hak orang dengan gangguan jiwa antara lain mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa

Dukungan sosial

Dukungan yang diperoleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah berasal dari anggota keluarga lain, tetangga, dan instansi pemerintah. Adanya dukungan sosial dari berbagai pihak dapat meringankan beban keluarga dalam membantu merawat anggota keluarga yang sakit. Dukungan sosial sangat bermanfaat dalam mengatasi masalah dan merupakan wujud rasa memperhatikan, menghargai, dan mencintai sebagaimana pendapat Cohen & Syme, 1996 dalam setiadi, (2008) bahwa Dukungan sosial merupakan suatu yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya sehingga seseorang menjadi tahu ada ada orang lain yang menghargai, mencintai, dan memperhatikan. Sebaliknya ketiadaan dukungan sosial akan dapat menyebabkan keluarga merasa berat dalam memikul beban dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Dukungan sosial ketika penderita membutuhkan merupakan langkah vital proses penyembuhan. Dukungan sosial yang dimiliki seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi (videbeck, 2008)

B. Tema 2 : Beban subyektif

Beban subyektif atau beban mental keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa muncul tiga kategori yaitu perasaan keluarga, sikap masyarakat dan tenaga kesehatan pada keluarga.

Perasaan Keluarga

Perasaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengeluh merasa berat, perasaan bosan, perasaan sabar dan tabah, perasaan khawatir/cemas, takut, sedih, dan malu pada tetangga.

Munculnya berbagai perasaan yang pada intinya tidak mengenakkan bagi keluarga diatas juga hampir sama dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa dalam memberikan perawatan bagi penderita gangguan jiwa, anggota keluarga mereka mengalami beban psikologis yang sangat berat. Hal ini tercermin dalam beberapa istilah yang mereka gunakan untuk menggambarkan kondisi yang mereka alami, seperti sebagai 'pengalaman yang traumatis', 'sebuah malapetaka besar', 'pengalaman yang menyakitkan', 'menghancurkan', 'penuh dengan kebingungan', dan 'kesedihan yang berkepanjangan' (Marsh, 1992; Pejler, 2001 dalam Subandi (n.y).

Sikap masyarakat

Sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga sebagian besar partisipan menyatakan sikap masyarakat memaklumi, namun ada juga yang menyatakan masyarakat tidak peduli.

Sikap maklum masyarakat sekitar menunjukkan sikap toleran, kasihan dan pemahaman masyarakat akan beratnya beban yang dirasakan keluarga. Menurut Sears (1999) sikap penerimaan masyarakat pada penderita gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor budaya, adat istiadat, dan pengetahuan akan gangguan jiwa. Dari aspek budaya asumsi peneliti

budaya lokal disekitar keluarga berlaku budaya teposliro tidak ingin mengganggu orang lain termasuk pada penerima gangguan jiwa. Diantara faktor-faktor tersebut yang paling berpengaruh adalah faktor pengetahuan

Sikap tenaga kesehatan

Menurut informasi partisipan sikap tenaga kesehatan secara umum sudah ada perhatian namun belum jelas seberapa intensif petugas kesehatan memberikan perhatian. Perhatian tenaga kesehatan ditunjukkan dengan adanya kunjungan petugas kesehatan ke rumah keluarga dengan gangguan jiwa untuk melakukan penyuluhan. Namun semestinya tidak hanya sebatas kegiatan tersebut. Perlu ada upaya proaktif dari petugas untuk merawat pasien. Sikap tersebut tentunya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan petugas tentang perawatan kesehatan jiwa. Berdasarkan informasi dari dinas kesehatan kota Blitar belum ada tenaga kesehatan yang berlatar belakang pendidikan dokter/keperawatan jiwa. Menurut Sears (1999) sikap tenaga kesehatan pada penderita gangguan jiwa salah satunya dipengaruhi oleh faktor kemampuan penanganan gangguan jiwa.

C. Tema 3: Beban iatrogenik

Beban iatrogenik yaitu beban yang disebabkan karena kurang terjangkaunya pelayanan kesehatan jiwa, atau pelayanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan harapan keluarga.

Keterjangkauan biaya pelayanan kesehatan jiwa

Keterjangkauan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan (RSJ) secara umum terbentur pada masalah biaya. Biaya yang dibutuhkan untuk membawa keluarga berobat ke RSJ yang jaraknya jauh membutuhkan biaya tidak hanya sekedar untuk pengobatan dan biaya perawatan tetapi juga biaya transportasi. Sebagaimana pendapat Djatmiko, (2007) Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke

rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya. Sedangkan untuk pelayanan di Puskesmas sudah terjangkau dikarenakan obat-obatan untuk penderita gangguan jiwa gratis.

Ketersediaan fasilitas kesehatan jiwa untuk pengobatan

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal (puskesmas) belum memadai atau belum sesuai harapan keluarga yaitu belum adanya tempat untuk merawat pasien gangguan jiwa. Pelayanan kesehatan jiwa yang ada di fasilitas kesehatan terdekat hanya tempat pengambilan obat saja. Menurut Andri, (Feb, 2012) juga menunjukkan para profesional kesehatan pun melakukan diskriminasi terhadap penderita gangguan jiwa, dimana secara tidak sadar melakukan stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa. Kondisi fasilitas pelayanan seperti ini tentunya menghambat penanganan masalah kesehatan jiwa yang lebih bermutu.

Kualitas pelayanan kesehatan jiwa

Pandangan keluarga terhadap kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara umum menyatakan pelayanan/pengobatan yang diberikan belum memuaskan karena belum bisa menyembuhkan keluarganya. Menurut perspektif keluarga bahwa yang dikatakan pelayanan memuaskan apabila sesuai dengan harapan keluarga yaitu pasien dapat disembuhkan seperti sediakala dengan mengkonsumsi obat yang diperolehnya.

Menurut Lovelock dan Wright (2005), kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antarpelayanan yang diharapkan (*expected service*) dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan (*perceived service*) oleh pelanggan. Dalam pengukuran mutu pelayanan, menurut Kotler (1997), harus bermula dari mengenali kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa gambaran kualitas pelayanan harus mengacu pada pandangan pelanggan dan bukan pada penyedia jasa, karena pelanggan mengkonsumsi dan memaknai jasa. Pelanggan layak menentukan apakah pelayanan itu berkualitas atau tidak.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ada tiga tema yang ditemukan meliputi:

1. Beban obyektif, yaitu keluarga mengalami beban dalam pemenuhan kebutuhan dasar, biaya perawatan dan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan pengobatan, penanganan saat kambuh, penyediaan tempat tinggal, dan dukungan sosial.
2. Beban subyektif, yaitu keluarga mengalami berbagai perasaan yang kompleks yang kurang mengenakkan, menghadapi sikap masyarakat sekitar yang tidak peduli. Sikap negatif petugas kesehatan tidak ditemukan
3. Beban iatrogenik, yaitu keluarga merasa keterjangkauan terhadap layanan kesehatan jiwa lanjutan (RSJ) kurang, sedangkan pelayanan di puskesmas sudah terjangkau. Ketersedian fasilitas dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa dipelayanan kesehatan primer (puskesmas) dirasa masih kurang.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, peneliti menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Perlunya dikembangkannya program kesehatan jiwa masyarakat yang terpadu dengan melibatkan partisipasi masyarakat untuk peduli pada kesehatan jiwa dengan cara dibentuk kader kesehatan jiwa diwilayah setempat.
2. Dibentuknya sistem dukungan sosial yang terpadu melibatkan lintas sektor dan lebih berkesinambungan, misalkan dengan cara membentuk dana kesehatan bagi masyarakat miskin yang bersumber dari masyarakat setempat, dikelola oleh masyarakat, dan untuk masyarakat,

serta bekerjasama dengan dinas tenaga kerja untuk melatih bekerja kembali bagi eks ODGJ.

3. Dilakukannya penelitian lanjutan tentang sikap dan penerimaan tenaga kesehatan terhadap pelayanan pasien gangguan jiwa di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, (Feb 2012). *Berobat ke psikiater berapa lama*.
<http://kesehatan.kompasiana.com/kejiwaan/2012/02/11/berobat-ke-psikiater-berapa-lama-438365.html>
- BPS Jatim, (2010). Jawa Timur dalam angka. www.jatimprov.go.id tanggal 2 Nopember 2013
- Depkes (2008). Riset Kesehatan Dasar tahun 2007. Jakarta: Depkes RI
- Dirjen Binkesmas Depkes RI. (2003). *Buku Pedoman umum: TPKJM tim Pembina, pengarah dan pelaksana kesehatan jiwa masyarakat*. Jakarta: DepkesRI
- Donell, M.G & Shorrt, R.A. (2003). Burden in schizophrenia caregiver; impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, Vol. 42, no 1, pg 91-103
- Friedman. (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek* . Edisi 3. EGC. Jakarta
- Frisch, N. C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental health Nursing*. (3 th ed.). Clifton ParkNY :Thomson
- Kristayanti (2009). *Manajemen Stres bagi Keluarga Penderita Skizofrenia*. <https://lib.atmajaya.ac.id/default.aspx?tabID=61&src=k&id=159548> tanggal 5 Desember 2014
- Lovelock and Wright, L. (2005). *Principles of Service Marketing and Management*, Second Edition, Prentice Hall, an imprint of Pearson Education, Inc
- Magliano, L. (2008). *Families of People with severe mental disorders: difficulties and resources*.
<http://www.euro.who.int/document/MNH/family-burden>. tanggal 2 Nopember 2013
- Maramis, WF. (2004). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- Maslim, R. (2001). *Buku saku: Diagnosis gangguan jiwa*. Jakarta: PT Nuh Jaya
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (6 th ed.) Philadelphia: Lipincott Williams Wilkins.

- Moloeng, L.J. (2004). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Putra Karya.
- Murthy, S. (2003). *Family interventions and empowerment as an approach to enhance mental health resources in developing countries*. www.pubmedcentral.nih.gov. tanggal 11 Nopember 2013
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7 th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Setiadi (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Speziale, H.J.S, & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitatif Research In Nursing* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th ed), St. Louis: Mosby.
- Subandi, A.M.(n.y). *Ngemong: Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa*. *Jurnal Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. Volume 35, No. 1, 62 – 79 ISSN: 0215-8884
- Varcarolis E. M, Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing 5th ed*. St. Louis Missouri: Saunders Elsevier
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2001). *The world Health Report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diakses tanggal 2 Januari 2009
- World Federation For Mental health (2008). *Learning about Schizophrenia: An international Mental Health Awareness Packet*. [Http://www.wfmh.org](http://www.wfmh.org). tanggal 2 Januari 2009

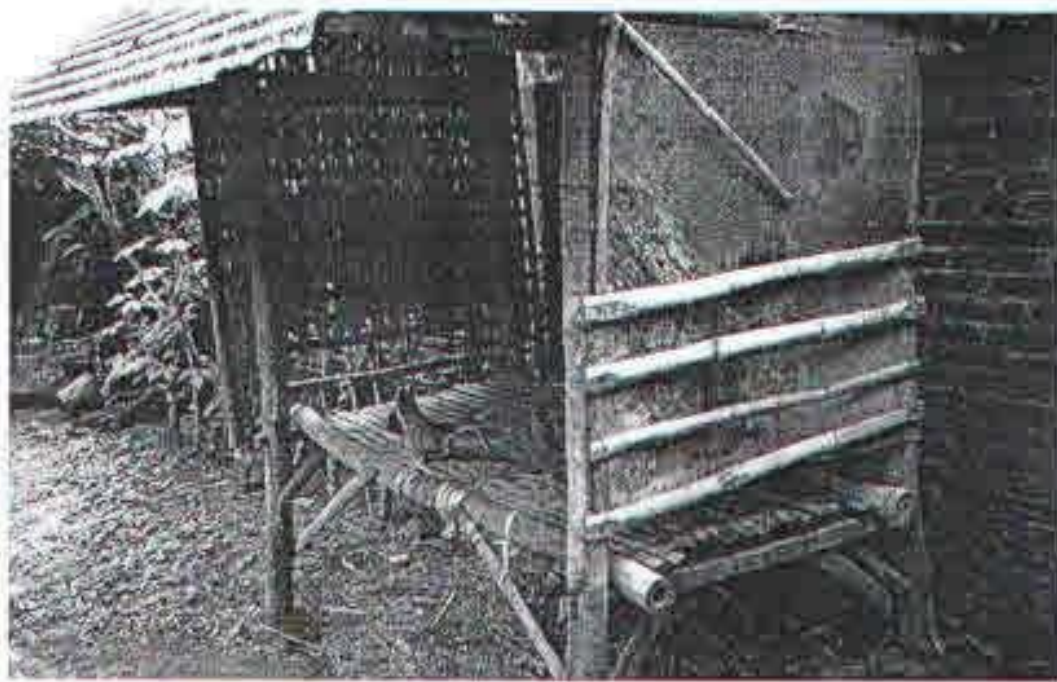
GAMBAR LINGKUNGAN FISIK PARTISIPAN



Gambar 1: Kondisi lingkungan fisik partisipan 1 dan 2



Gambar 2: Kondisi lingkungan fisik partisipan 1 dan 2



Gambar 3: Kondisi lingkungan fisik partisipan 3



Gambar 4: Kondisi lingkungan fisik partisipan 4

GLOSARIUM

<i>abot, kaboten</i>	: berat, keberatan
<i>ajeg</i>	: rutin
<i>amargi, amergo</i>	: karena
<i>angan-angane</i>	: pikirannya
<i>angsal</i>	: mendapat
<i>arto</i>	: uang
<i>bengok-bengok</i>	: teriak-teriak
<i>beto</i>	: bawa
<i>biasanipun</i>	: biasanya
<i>biayanipun</i>	: biayanya
<i>blenger, bosen</i>	: bosan
<i>boten</i>	: tidak
<i>budenipun</i>	: bibi
<i>buruh</i>	: pembantu
<i>cekap</i>	: cukup
<i>damel</i>	: buat
<i>dateng</i>	: di
<i>dereng</i>	: belum
<i>diawet-awet</i>	: dihemat
<i>dilakoni</i>	: dilakukan
<i>dinten</i>	: hari
<i>disadeaken</i>	: dijualkan
<i>disaranaken</i>	: disarankan
<i>disukani</i>	: diberi
<i>ditrami</i>	: diterima
<i>estri</i>	: istri
<i>gantos, ganti</i>	: mengganti
<i>gelem</i>	: mau
<i>griyane, griyo</i>	: rumah
<i>gubuk</i>	: rumah kecil tidak permanen
<i>ingkang</i>	: yang
<i>isin</i>	: malu
<i>kados</i>	: seperti
<i>kagungan</i>	: mempunyai
<i>kaleh</i>	: dua
<i>kalian</i>	: dengan
<i>kangge</i>	: buat
<i>kathah</i>	: banyak
<i>kebon</i>	: kebun
<i>kedah, kudu</i>	: harus
<i>kiat</i>	: kuat
<i>kidul</i>	: selatan
<i>kirang</i>	: kurang
<i>kiwo</i>	: kiri

<i>klambi</i>	: baju
<i>kulo</i>	: saya
<i>kumat</i>	: kambuh
<i>kyai</i>	: guru mengaji senior
<i>lakoni</i>	: lakukan
<i>lan</i>	: dan
<i>lintu</i>	: lain
<i>luwih</i>	: lebih
<i>malih</i>	: lagi
<i>mantu</i>	: menantu
<i>mantun-mantun</i>	: selesai, sembuh
<i>maringi</i>	: memberi
<i>mawon</i>	: saja
<i>mbantu</i>	: membantu
<i>mbecak</i>	: tukang becak
<i>mbeto</i>	: membawa
<i>mblayu, mlayu</i>	: lari
<i>mboten</i>	: tidak
<i>medal</i>	: keluar
<i>mekaten</i>	: seperti
<i>menawi</i>	: kalau
<i>mendel</i>	: diam
<i>mendet</i>	: mengambil
<i>meniko</i>	: itu
<i>mergi</i>	: jalan
<i>mergo</i>	: karena
<i>mesoh-mesoh</i>	: berbicara kotor
<i>mesti</i>	: selalu
<i>minume</i>	: minumannya
<i>mondok</i>	: rawat inap
<i>mriki</i>	: sini
<i>mriko</i>	: sana
<i>mundake</i>	: kenalkan
<i>nampung</i>	: menampung
<i>namung</i>	: hanya
<i>nanging</i>	: namun
<i>nateh</i>	: pernah
<i>ndulang</i>	: menyuapi
<i>nedo</i>	: makan
<i>nelasaken</i>	: menghabiskan
<i>nenangno</i>	: menenangkan
<i>ngajeng</i>	: depan
<i>ngalami</i>	: mengalami
<i>ngamar</i>	: rawat inap
<i>ngamuk</i>	: marah
<i>ngancam</i>	: mengancam
<i>ngandani</i>	: memberitahu

ngawasi	: mengawasi
ngedusi	: memandikan
ngertos	: tahu
ngeteraken	: mengantarkan
ngewangi	: membantu
nggadahi	: mempunyai
nggawe	: memakai
nggih	: ya
nglawan	: melawan
ngombe, ngunjuk,	: minum
ngraosaken, ngrasaken	: merasakan
ngrawat	: merawat
ngresiki	: membersihkan
ngrusak	: merusak
ningali	: melihat
nomer	: nomor
nopo	: apa
numbasaken	: membelikan
nyakiti	: menyakiti
nyambung	: menyambung
nyambut damel	: bekerja
nyaranaken	: menyarankan
nyekapi	: mencukupi
nyeneri	: memarahi
nyewoki	: menceboki
nyisaaken	: menyalahkan
nyukaaken, nyukani	: memberi
nyuwun	: meminta
obat-aken, obat-ipun	: obatkan, obatnya
paham	: jelas
panganan	: makanan
pas	: saat
pekarangan	: kebun
pendamelan	: pekerjaan
perhatikno	: perhatikan
pipise	: air kencingnya
piyambek	: sendiri
pokoke	: pokoknya
pundi-pundi	: kemana-mana
riyen	: dulu
saben	: setiap
sabin	: sawah
sae	: bagus
saget	: bisa
sak (contoh: sak-wontene)	: se (contoh: se-adanya)
saking, sangking	: dari
sakmeniko	: sekarang

sampek	: sampai
sampun	: sudah
sangat	: sangat, sekali
saras	: sembuh
sasi	: bulan
sebrang	: seberang
sedanten	: seluruh
sejatine	: sejatinya
senajan	: walaupun
sepuh	: tua
setunggal	: satu
sing	: yang
sinten	: siapa
siram	: mandi
sowan	: berkunjung
sukaaken	: diberikan
sumpek	: banyak pikiran
supados	: supaya
taksih	: masih
talen	: ikat
langgi	: tetangga
tebeh	: jauh
telas	: habis
tempat-aken ; tempat-ipun	: tempatkan, tempatnya
ten	: di
tengen	: kanan
tetep	: tetap
tigangdoso	: tiga puluh
tigo	: tiga
tirosi	: katanya
tiyang	: orang
trus	: terus
tukaran	: bertengkar
tumbas	: membeli
urip	: hidup
utawi	: atau
wangsul	: pulang
waras	: sembuh
was-was	: cemas
wedi	: takut
wingking	: belakang
wonten	: ada
yen	: bila
yotro	: uang
yugo	: anak

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : KISSA BAHARI

Instansi : Poltekkes Kemenkes Malang

Bermaksud mengadakan penelitian tentang **"Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat"**.

Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan, meliputi:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui secara mendalam beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat.
2. Manfaat penelitian ini adalah memahami beban keluarga sehingga dapat memberikan dukungan yang sesuai pada keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat, dan sebagai masukan bagi instansi pelayanan kesehatan dalam memberikan dukungan pada keluarga dengan gangguan jiwa berat
3. Penelitian ini tidak akan memberikan pengaruh yang merugikan pada Bapak/Ibu/Saudara, karena tidak ada perlakuan terhadap partisipan dan hanya menggunakan wawancara untuk menggali pengalaman beban Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat.
4. Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara bersifat sukarela tanpa paksaan, dan apabila menolak sebagai partisipan tidak ada sangsi apapun
5. Wawancara akan dilakukan 3 kali pertemuan dengan waktu sesuai kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti dan partisipan, jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan tambahan wawancara dengan waktu disepakati dan ditetapkan kemudian.
6. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalamannya dengan runut dan lengkap.
7. Selama penelitian dilakukan untuk membantu kelancaran pengumpulan data peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, pedoman wawancara dan *audio recorder*.
8. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya.
9. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya dari partisipan.
10. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.

11. Kompensasi bagi partisipan atas waktu yang tersita untuk wawancara adalah dalam bentuk bantuan langsung tunai yang bermanfaat untuk kebutuhan perawatan sehari-hari.

Malang,2014

Peneliti

KISSA BAHARI

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
 Umur :
 Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini, maka saya memahami tujuan penelitian ini yang nantinya akan bermanfaat bagi keluarga saya dan keluarga lain yang juga mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan **SETUJU** untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Nama dan Tangan Informan : Tanggal :

Nama dan Tanda Tangan Saksi : Tanggal :

Nama dan Tanda Tangan peneliti : Tanggal :

DATA UMUM PARTISIPAN

Inisial Partisipan :

Umur :

Alamat :

Agama :

Jenis Kelamin :

Suku :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Penghasilan perbulan :

Nomor Telepon :

Hubungan dengan penderita :

Sudah berapa lama pasien menderita gangguan jiwa ?

Perilaku seperti apa yang biasanya ditunjukkan oleh pasien saat kambuh?
.....

Selain Bapak/Ibu/Saudara, apakah ada anggota keluarga lain yang membantu merawat pasien?

Sudah berapa lama keluarga merawat pasien?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Judul penelitian : **Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat**

Waktu wawancara :

Tanggal :

Tempat :

Saya sangat tertarik untuk mengetahui pengalaman Bapak/Ibu/Saudara terkait beban yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Bapak/Ibu/Saudara dapat menceritakan apa saja terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami selama ini.

NO	Tujuan Khusus Penelitian	Pertanyaan
1	Mengetahui secara mendalam beban obyektif meliputi beban dalam perawatan klien meliputi penyediaan tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan, dan penanganan saat situasi krisis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan fisik apakah yang bapak/ibu/saudara harus penuhi dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa? 2. Bagaimanakah perasaan bapak/ibu/saudara dalam memenuhi kebutuhan tersebut? 3. Bagaimanakah upaya yang bapak/ibu/saudara telah lakukan dalam memenuhi materi/kebutuhan tersebut? 4. Saat pasien kambuh bagaimanakah upaya yang bapak/ibu/saudara lakukan? 5. Bagaimanakah perasaan bapak/ibu/saudara saat menangani kekambuhan tersebut? 6. Apakah hambatan yang bapak/ibu/saudara rasakan dalam merawat atau memenuhi kebutuhan anggota keluarga dengan gangguan jiwa? 7. Bagaimana cara bapak/ibu/saudara mengatasi hambatan tersebut? 8. Ceritakanlah kepada saya siapa saja selama ini yang membantu atau memberi dukungan dalam mengatasi kesulitan selama merawat penderita. 9. Dukungan seperti apa yang telah diberikan kepada bapak/ibu/saudara selama ini? 10. Apakah harapan bapak/ibu/saudara dalam rangka memenuhi materi/kebutuhan tersebut?

NO	Tujuan Khusus Penelitian	Pertanyaan
2	Beban subyektif, yaitu beban mental keluarga berupa perasaan kehilangan, takut, merasa bersalah, marah dan malu terhadap stigma negatif dari masyarakat atau petugas kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimanakah perasaan bapak/ibu/saudara dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa? 2. Bagaimanakah sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga anda terutama pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? 3. Bagaimanakah sikap tenaga kesehatan dalam pelayanan terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? 4. Bagaimanakah perlakuan keluarga saat pasien dirumah
3	Beban latrogenik, yaitu beban yang disebabkan karena kurang terjangkaunya pelayanan kesehatan jiwa, atau pelayanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan harapan keluarga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimanakah upaya yang telah dilakukan keluarga dalam pengobatan pasien 2. Bagaimanakah pendapat Bapak/Ibu/saudara terhadap fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal untuk pengobatan pasien gangguan jiwa 3. Bagaimanakah keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut 4. Bagaimanakah kualitas pelayanan kesehatan jiwa yang Bapak/Ibu/saudara alami dibanding dengan harapan keluarga.

LEMBAR CATATAN LAPANGAN (FIELD NOTE)

Inisial Partisipan
 Umur
 Alamat
 Tanggal
 Pukul
 Tempat
 Pewawancara
 Dihadiri oleh
 Posisi duduk
 Situasi Wawancara

Karakteristik partisipan (penampilan, pakaian, dll):

RESPON YANG DIAMATI	ARTI DARI RESPON
Komunikasi non verbal saat komunikasi	

TRANSKRIP WAWANCARA

Kode Partisipan :

Tanggal wawancara :

Pukul :

Lingkungan :

Karakteristik pasien :

Karakteristik partisipan:

Hasil Wawancara

R	
P	
R	
P	
R	
P	
R	
P	
R	
P	
R	
P	

Keterangan : R=researcher, P=partisipant



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

Kampus I Nama : Jalan Besar (P) No. 77 C. Malang 65112 | Telepon (0341) 500075, 571368 Fax (0341) 506748
 Kampus II : Jalan Sukarya No. 106 Jember, Telepon (0331) 400013
 Kampus III : Jalan Ahmad Yani Sumberporeng Lawang, Telepon (0341) 427567
 Kampus IV : Jalan Dr. Sutomo-Frs. 46 Batu, Telepon (0342) 851043
 Kampus V : Jalan KH. Wahid Hasyim No. 64 B. Kediri, Telepon (0354) 773096
 Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email: direktorat@poltekkes-malang.ac.id



Nama : **Dr. Sa'at / 1 / 5261 / 17 / 2014**
 Lembaran : 1 (satu) exemplar
 Perihal : **Permohonan Izin Penelitian**

Malang, 11 September 2014

Kepada Yth.
 Kepala Badan Keamanan Bangsa, Politik dan Perlindungan Kota Blitar
 Di
 BLITAR

Dalam rangka pelaksanaan salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi, yaitu di bidang Riset/Penelitian dan untuk meningkatkan mutu Tenaga Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, maka setiap Dosen diwajibkan untuk melakukan Riset/Penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami mohon izin Penelitian untuk Dosen Poltekkes Kemenkes Malang.

- Nama :
1. **Kissa Bahari, M.Kep (Peneliti Utama)**
NIP. 197301101997031003
 2. **Dr. Imari Sumarno, M.Kes (Peneliti I)**
NIP. 195901071981121001
 3. **Sei Mudayaningih, M.Kes (Peneliti II)**
NIP. 196903151993032003

Judul Penelitian : **Beban Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Berat (Studi Fenomenologi)**

Tempat Penelitian : **Wilayah Kerja Puskesmas Kota Blitar**

Keterangan : **Proposal Penelitian terlampir**

Demiikian atas izin yang diberikan dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.



- Terselasa
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
 2. Kepala Wilayah Kerja Puskesmas Kota Blitar
 3. Kissa Bahari, M.Kep dkk

196503181988031001



PEMERINTAH KOTA BLITAR
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PENANGGULANGAN
BENCANA DAERAH KOTA BLITAR

Jl. Kalimantan No. 93 Telp. 0342-804063 Blitar

SURAT REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070 / 255 / 410.204 / 2014

UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN / SURVEY / RESEARCH

Mempemintakan : Surat dari Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Tanggal, 11 September 2014 Nomor LB.02.01/A.3/52618X/2014 Perihal Permohonan Ijin Penelitian
Dengan ini menyatakan tidak keberatan Penelitian / Survey / Research dilakukan oleh

Nama : **Dr. IMAM SUNARNO, M.Kep**
NIP : **1959010719811210001**

Program Studi : -
Jurusan : -
Alamat : **Dsh. Kuningan Rt 04 Rw 02 Ds. Kuningan Kec. Kanigoro Kabupaten. Blitar**
Tempat Pelaksanaan : **UPTD Kesehatan Kecamatan Sekota Blitar**
Judul Skripsi/ Penelitian : **" Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Berat (Studi Fenomenologi) "**
Waktu Pelaksanaan : **20 Oktober 2014 s/d 20 Januari 2015**

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Mentaati segala ketentuan yang berlaku ditempat Penelitian / Survey / Research..
2. Dalam setiap melakukan kegiatan selalu menggunakan identitas yang berlaku.
3. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan yang telah ditetapkan sebagaimana tersebut diatas.
4. Setelah selesai melakukan kegiatan dimaksud, diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah (Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat) mengenai hasil pelaksanaan kegiatan dimaksud.
5. Surat Keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak mematuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Blitar 16 Oktober 2014

An. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA,
POLITIK DAN PENANGGULANGAN BENCANA
DAERAH KOTA BLITAR



Tembusan : disampaikan kepada Yth:

1. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kota Blitar
2. Ka. UPTD Kesehatan Kecamatan Sukorejo Kota Blitar
3. Ka. UPTD Kesehatan Kapanjenkidul Kota Blitar
4. Ka. UPTD Kesehatan Sanatwetan Kota Blitar
5. Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Yang bersangkutan.

	<p align="center">KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG</p> <p align="center">JALAN BESAR LIEN NO. 77C MALANG TELP. 0341-566075, 571388 FAX 0341-566746</p> <p align="center">Website : http://www.poltekkes-malang.ac.id Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id No. Reg. 06/KNEPK/2008</p>	
Form: 008	REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK	Reg.No.: 119/ 2014

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL RECOMMENDATION**

Komis Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kemenkes Malang telah menyelenggarakan pertemuan pada tanggal 11 Desember 2014 untuk membahas protokol penelitian yang berjudul:

The Ethic Committee of Polytechnic of Health The Ministry of Health in Malang has convened a meeting on December 11th 2014 to discuss the research protocol entitled:

Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Berat (Studi Fenomenologi)

Dan menyimpulkan bahwa protokol tersebut telah memenuhi semua persyaratan etik.
And concluded that the protocol has fulfilled all ethical requirements



Malang, 17 Desember 2014 *B*

Prof. Edy Widajanto, dr., SpPK, MS, Dr

Ketua

Signature & Printed name



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
SADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



-Kampus Utama : Jalan Besar Ijen No. 77 C Malang 65112. Telepon (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 566746
 -Kampus I : Jalan Srikoyo No. 106 Jember. Telepon (0331) 486813
 -Kampus II : Jalan Ahmad Yani Sumberporong Lawang. Telepon (0341) 427847
 -Kampus III : Jalan Dr. Soetomo No. 48 Blitar. Telepon (0342) 801043
 -Kampus IV : Jalan KH. Wahid Hasyim No. 64 B Kediri. Telepon (0354) 773095
 Website: <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail: direktorat@poltekkes-malang.ac.id

BERITA ACARA
SEMINAR HASIL PROTOKOL PENELITIAN
RISET PEMBINAAN TENAGA KESEHATAN (RISBINAKES)
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
TAHUN 2014

Nomor: LB.02.01/1/7513/XII/2014

Pada hari ini, Selasa tanggal enam belas bulan Desember tahun dua ribu empat belas, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang melaksanakan Seminar Hasil Protokol Penelitian Riset Pembinaan Tenaga Kesehatan (Risbinakes), dengan Dosen Penyaji dan Judul Penelitian sebagai berikut :

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian
1	1. Kassa Bahari, M.Kep 2. Dr. Imam Sunarno, M.Kes 3. Sei Mudayatiningsih, M.Kes	Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Berat (Studi Fenomenologi)
2	1. Abdul Hanan, M.Kes 2. Albertus Setijono, M.Pd 3. Leni Saragih, M.Kes	Pengaruh Keterampilan Adaptasi Diri (Self Adaptation Skill) Terhadap Tingkat Depresi Pada Penderita Dengan Diagnosa Keganasan Kanker Payudara

Tim Pakar Risbinakes
Poltekkes Kemenkes Malang,
 1.


Dra Umi Dayati, MPd
NIP. 196210161987012001

2.

Budi Susatia, S.Kp, M.Kes
NIP. 196503181988031002

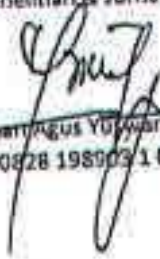


DAFTAR HADIR
 Seminar Hasil Penelitian Risbinakes 2014
 POLTEKKES KEMENKES MALANG
 Tanggal, 16 Desember 2014

NO	NAMA	Asal	TANDA-TANGAN
1	Lulut Sapuoto	Prodi D-IV Kebidanan Jember	1 
2	Rifa Y	'D3 keg Mig	2 
3	S. Rani Pte	Jur. Gizi Malang	3 
4	Hany Astuti	PPM Kebidanan	4 
5	Taufik H	D3 kep. Mig	5 
6	Dyah Widodo		6 
7	Ditan	Kebidanan Malang	7 
8	Susi Mulyati	Kep Mig	8 
9	Harah	Kebidanan Malang	9 
10	Eri Sari U	- -	10 
11	Art Kurni	Gizi	11 
12	Tri Setyan.	Doktermat	12 
13	Asrul Hanan	Dy kep Lowang	13 
14	Pasa Lina No	Prodi Blitar	14 
15	Hendy Lala	prodi Cang	15 

16	'Suci's		16	
17	Adien		17	
18	Umi Dayah		18	

Ko Unit Penelitian & Jurnal


 Dr. Tedjohar Agus Yudianto, S.Kp, M.Kep
 NIP. 19650828 198903 1 003