

**STUDI FENOMENOLOGI: MEKANISME KOPING ANGGOTA KELUARGA
YANG MERAWAT ANAK SKIZOFRENIA**
*(Phenomenological Study: Family Members Coping Mechanisms Treating
Schizophrenia Children)*

Rindayati*, Indah Winarni, Retno Lestari****

* Mahasiswa Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, email: rindayati2501@gmail.com

** Staf Pengajar Program Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

ABSTRAK

Mekanisme koping merupakan upaya yang dilakukan untuk mengadaptasi stresor, dan dalam pelaksanaannya dapat dilakukan secara konstruktif maupun destruktif. Anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia memerlukan mekanisme koping agar tidak jatuh dalam kondisi stres. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi mekanisme koping anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia (13-18 tahun).

Penelitian ini dilaksanakan di Gresik bulan Juli 2015. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan paradigma fenomenologi interpretif. Pemilihan partisipan dengan *purposive sampling* sebanyak 7 partisipan. Dengan kriteria partisipan: (1) memiliki pengalaman merawat anak skizofrenia minimal 1 tahun, (2) sehat secara fisik dan psikologis, (3) bersedia ikut sebagai partisipan, (4) dapat menceritakan pengalamannya dengan baik. Analisis data menurut Van Manen (1990) (1) Mempertahankan keaslian dari pengalaman hidup atau fenomena (2) Menginvestigasi pengalaman yang ada berdasarkan fenomena (3) Merefleksikan tema-tema esensial yang menjadi karakteristik dari sebuah fenomena (4) Mendeskripsikan dan menuliskan ulang fenomena.

Hasil dari penelitian ini didapatkan delapan tema yang mewakili bagaimana mekanisme koping anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia. Tema terdiri dari gejala skizofrenia sebagai stresor, efek stresor terhadap perasaan, tindakan dalam merawat, perubahan selama merawat, harapan anggota keluarga yang merawat, strategi koping, hambatan anggota keluarga yang merawat dan perilaku adaptasi.

Mekanisme koping yang digunakan anggota keluarga didapatkan adanya *problem focused coping* dan *emotional focused coping*. Adaptasi yang dilakukan adalah adaptasi adaptif dan maladaptif.

Berdasar hasil penelitian ini disarankan bagi anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia untuk menggunakan koping yang adaptif, sehingga tetap dapat merawat anak dengan baik.

Kata kunci: Mekanisme Koping, Anggota Keluarga, Anak Skizofrenia

ABSTRACT

Coping mechanisms is the effort made to adapt to stressors, and the implementation can be done constructively or destructively. Family members who care for children with schizophrenia require coping mechanisms that do not fall under stressful conditions. This study aims to explore the coping mechanisms of family members caring for children skizofrena (13-18 years). In Gresik July 2015.

This research is qualitative using an interpretive phenomenological paradigm. Selection of participants by purposive sampling as much as 7 participants. With participants criteria: (1) have experience taking care of children with schizophrenia at least 1 year; (2) healthy physically and psychologically, (3) are willing to participate as a participant, (4) can recounts well. Analysis of the data by Van Manen (1990) (1) Maintaining the authenticity of the experience of life or phenomena (2) Investigate the experience that is based on the phenomenon (3) Reflects the themes essential characteristic of a phenomenon (4) Describe and rewrite the phenomenon.

Results of this study found eight themes that represent how the coping mechanisms of family members who care for children with schizophrenia. The theme consists of the symptoms of schizophrenia as a stressor, the effect of stressors on the feelings, acts of caring, changes during caring, hope family members caring, coping strategies, barriers to family members who care and behavioral adaptations. Coping mechanisms used family members found the problem focused coping and emotional focused coping. Adaptation is done is an adaptation of adaptive and maladaptive.

Based on the results of this study suggested for family members who care for children with schizophrenia to use adaptive coping, so it still can care for the child properly.

Keywords: Coping Mechanisms, Member of the Family, Child Schizophrenia

PENDAHULUAN

Skizofrenia pada anak dijelaskan oleh Hollis *et al.*, (2013) sebagai gangguan jiwa berat atau sekelompok gangguan yang ditandai dengan gejala psikotik berupa terjadinya perubahan persepsi, pikiran, suasana hati, dan tingkah laku. Remschmidt (2001) menjelaskan insiden skizofrenia pada anak sebesar 0,23%, dengan rincian 0,1-1% onset sebelum usia 10 tahun, 4% onset sebelum usia 15 tahun, dan 10% onset antara usia 16-20 tahun. Studi pendahuluan di RSUD Ibnu Sina Gresik didapatkan pasien skizofrenia anak usia 13-18 tahun pada tahun 2013-2015 sebanyak 13 pasien.

Penyebab skizofrenia pada anak merupakan kombinasi dari beberapa faktor genetik, gangguan perkembangan, stres psikososial, dan adanya disfungsi biokimia (Townsend, 2014). Hasil riset Soewadi & Pramono (2010) di RSJ HB. Saanin Padang Sumatera Barat menjelaskan bahwa penyebab skizofrenia yang paling signifikan adalah faktor sosial ekonomi, jenis kelamin dan pekerjaan.

Manifestasi klinis skizofrenia menurut Chang, Daly & Elliot (2010) dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif meliputi gangguan berpikir dan persepsi yang mencakup halusinasi, delusi dan perilaku aneh. Gejala negatif meliputi penurunan energi dan motivasi, afek datar, gangguan dalam memusatkan perhatian, menarik diri dari kehidupan sosial, jarang berbicara, dan mengalami kesulitan dalam berinteraksi.

Onset psikosis pada skizofrenia anak biasanya memiliki periode prodromal (Hollis *et al.*, 2013). Periode prodromal, meliputi gejala negatif seperti kurang konsentrasi, penurunan memori, perilaku aneh, persepsi

tidak realistis, gangguan komunikasi yang mempengaruhi interaksi, dan berkurangnya minat pada aktivitas sehari-hari. Efek gejala negatif antara lain dapat mempengaruhi prestasi sekolah (Starling & Feijo, 2012).

Sebuah studi populasi di Israel, menemukan skizofrenia pada anak dengan usia yang lebih muda dari 17 tahun memiliki masa perawatan di rumah sakit lebih lama, dan kemungkinan kesembuhan lebih kecil, dibandingkan dengan penderita dengan onset penyakit berusia lebih dari 18 tahun (Rabinowitz *et al.*, 2006).

Skizofrenia pada anak sesuai kondisi yang dialami menyebabkan ketergantungan hidup yang tinggi pada keluarga, sehingga berdampak pada beratnya beban yang harus ditanggung keluarga, antara lain perasaan tidak nyaman, hubungan dengan orang lain terganggu, apresiasi terhadap apa yang dilakukan kurang (Fitrikasari, Kadarman, Woroasih & Sarjana, 2012).

Hollis & Rapoport (2011) menjelaskan bahwa kondisi skizofrenia pada anak sangat mengganggu kehidupannya, adanya penurunan prestasi sekolah, kesulitan memperoleh pekerjaan, terganggunya interaksi sosial, dan penilaian (*stigma*) negatif masyarakat, yang mempengaruhi masa depannya. Beban yang demikian merupakan stresor yang memerlukan mekanisme koping untuk melakukan adaptasi agar tidak terjadi stres pada anggota keluarga.

Mekanisme koping merupakan upaya yang dilakukan untuk mengadaptasi stresor, dan dalam pelaksanaannya dapat dilakukan secara konstruktif maupun destruktif (Stuart, 2013). Mekanisme koping yang dilakukan anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia memiliki banyak variasi, yang dipengaruhi oleh

stimulus berupa kondisi anak skizofrenia, tenaga pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan, dan sikap lingkungan sekitar (Alligood, MR., 2013). Stimulus pada penelitian ini adalah gejala skizofrenia pada anak.

Proses mekanisme koping mempengaruhi suatu *human system*. Perilaku yang terbentuk mempengaruhi munculnya mekanisme kontrol pada seseorang. Mekanisme kontrol ini terdiri dari regulator dan kognator yang merupakan subsistem dan terdiri dari empat mode yaitu mode fisiologis, mode konsep diri, mode fungsi peran, dan mode *interdependensi*. Anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia menggunakan mekanisme koping dari jenis *problem focused coping mechanism* maupun *emotion-focused coping mechanism* (Alligood, MR., 2014).

Berdasarkan pada beberapa riset diatas dapat diamati adanya kecenderungan stresor yang timbul pada anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia, serta terjadinya stres akibat pilihan mekanisme koping yang digunakan. Adapun penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi mekanisme koping anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia (13-18 tahun).

METODE DAN ANALISA

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan paradigma fenomenologi interpretif. Penelitian dilaksanakan di Gresik dan rumah kediaman partisipan. Partisipan dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang berperan paling besar dalam merawat anak skizofrenia. Dengan kriteria partisipan: (1) telah memiliki pengalaman merawat anak skizofrenia dalam waktu minimal 1 tahun, (2) dalam keadaan sehat

secara fisik dan psikologis, (3) bersedia ikut sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan sebagai partisipan, (4) dapat menceritakan pengalamannya dengan baik.

Prosedur sampling dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu melibatkan partisipan yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Kondisi ini disebut dengan saturasi atau *redundancy* (Lewis, 2010). Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah 1) peneliti sendiri, 2) pedoman wawancara mendalam, 3) catatan lapangan (*field note*), 4) *handphone* sebagai alat perekam suara, dan catatan ingatan.

Prosedur pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah *indepth interview* dan observasi. *Indepth interview* adalah proses penggalian dan eksplorasi pengalaman secara mendalam dengan bertanya langsung kepada partisipan tentang fenomena yang dialaminya, sehingga diharapkan partisipan dapat mengeluarkan beberapa hal baru mengenai mekanisme koping yang selama ini digunakan (Cresswell, 2014). Pengumpulan data dilakukan dengan cara mendatangi partisipan dan menjelaskan tujuan penelitian, selanjutnya dilakukan tanda tangan surat persetujuan, mengadakan kontrak waktu dan tempat wawancara, menjelaskan etik dan kerahasiaan, kemudian dilakukan wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Peneliti melakukan proses analisis data, teridentifikasi 8 tema yang menginterpretasikan makna dari mekanisme koping anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia (13-18 tahun) di RSUD Ibnu Sina Gresik. Kedelapan tema

tersebut antara lain: (1) gejala skizofrenia sebagai stresor, (2) efek stresor terhadap perasaan, (3) tindakan dalam merawat (4) perubahan selama merawat, (5) harapan anggota keluarga yang merawat, (6) strategi koping (7) hambatan anggota keluarga yang merawat, dan (8) perilaku adaptasi.

Tema gejala skizofrenia sebagai stresor

Tema ini merupakan fokus awal peneliti dalam mengeksplorasi pengalaman yang telah dilakukan anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia (13-17 tahun). Tema ini diperoleh dari adanya gejala pada psikologis, gejala pada kognitif, gejala pada perilaku, dan gejala fisiologis. Gejala pada psikologis yang terdapat pada anak dan dapat menjadi stresor diceritakan partisipan sebagai berikut:

“...dia itu takut dan benci sama semua temannya yang laki-laki termasuk ayahnya...”(P4).

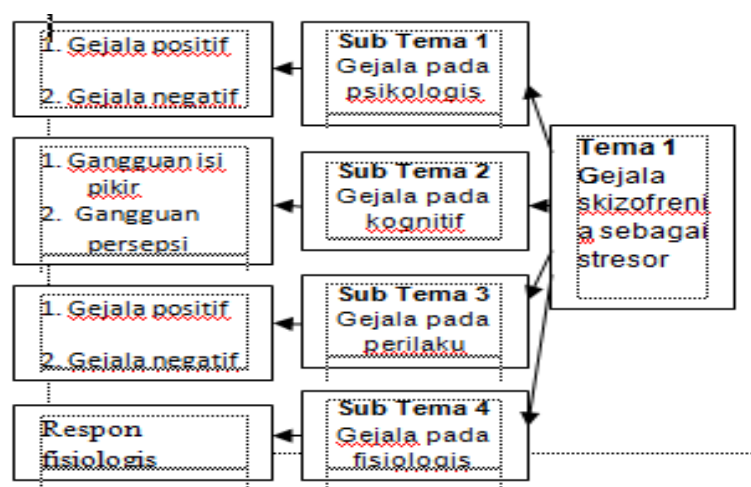
“...setiap hari kirim SMS sama anak-anak laki-laki kelihatannya senang sekali...”(P5).

Kondisi anak lain yang juga dapat menjadi stresor adalah gejala pada kognitif yang diungkapkan partisipan berikut ini:

“...pertama nya ... seperti kalau ada temannya bicara tidak enak, dirumah dia kepikiran teruus ... akhirnya dia tidak mau sekolah”(P4).

Interpretasi hasil membahas mengenai masing-masing tema secara mendetail tidak hanya dari interpretasi peneliti namun juga dengan menggunakan teori-teori terkait dan penelitian yang terdahulu agar diperoleh hasil yang lebih akurat. Sistematika pembahasan interpretasi akan dilakukan pertama sebagai berikut.

Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa, mekanisme koping anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia disebabkan adanya stresor dalam bentuk gejala skizofrenia pada anak terdiri dari gejala pada psikologis, gejala pada kognitif, gejala pada perilaku, dan gejala fisiologis. Anggota keluarga yang menyaksikan kondisi anak benci berlebihan, suka berlebihan, suka memukul, dan badan kaku-kaku menjadi stresor bagi anggota keluarga yang merawat. Perilaku penderita gangguan jiwa yang dianggap keluarga paling mengganggu dan membuat keluarga stres adalah kurangnya motivasi, ketrampilan sosial yang rendah, perilaku makan/tidur

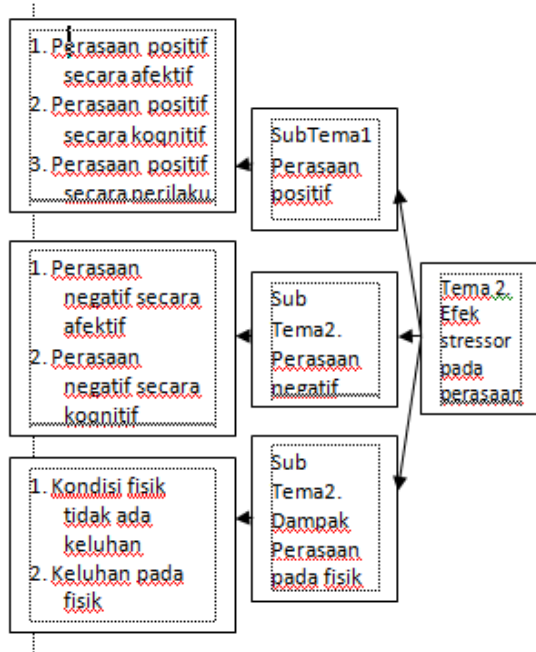


Gambar 1. Skema Tema 1

yang buruk, sukar menyelesaikan tugas dan sukar mengatur keuangan (Keliat, 2006). Hasil riset Lasebikan, Victor & Ayinde, Olatunde (2013) menginformasikan pengasuh pasien skizofrenia mengalami beban yang besar dan potensial terjadi gangguan mental. Dengan demikian mereka memerlukan intervensi yang komprehensif untuk mengurangi pertumbuhan penyakit kronis. Pernyataan di atas sesuai dengan penelitian Igberase, Morakinyo, Lawani, James, (2015) yang menyatakan, pengasuh pasien dengan skizofrenia menjadi beban besar bagi keluarga. Sehingga membutuhkan dukungan berupa pendidikan kesehatan, keuangan dan lainnya untuk memperbaiki kondisi yang ada. Hal ini dikuatkan oleh pernyataan yang menyebutkan bahwa peristiwa lingkungan yang menyebabkan stres disebut sebagai stressor (Yusof, MSB., 2010).

Tema efek stresor terhadap perasaan

Tema kedua yaitu efek stresor terhadap perasaan teridentifikasi tiga sub tema yaitu perasaan positif, perasaan negatif, dan dampak perasaan pada fisik.



Gambar 2. Tema 2

Tema ini diperoleh sebagai efek dari stresor terhadap perasaan dan berdampak pada fisik partisipan. Efek terhadap perasaan positif secara afektif diungkapkan partisipan berikut ini.

“...Saya sadar dan sabar menerima apa adanya anak saya, saya berusaha selalu ikhlas....” (P1).

Adapun efek terhadap perasaan positif secara koqnitif ungkapan partisipan sebagai berikut:

“... saya tetap semangat bu dan menghilangkan perasaan malu, percaya kalau anak saya dapat sembuh dengan menurut pada anjuran dokter” (P2).

Pada efek terhadap perasaan positif secara perilaku partisipan berceritera:

“Kalau ada tetangga saya yang tanya anak saya ... tidak malu saya, memang kenyataannya seperti itu..” (P1).

Sebagaimana penjelasan partisipan diatas, terdapat juga perasaan negatif dari adanya paparan stresor. Berikut adalah ungkapan partisipan pada perasaan negatif secara afektif.

“..kalau anaknya marah-maraha terus yaa sedih, dia itu sering marah-maraha, sampai malam marah-maraha tidak tidur...” (P4).

Berikut adalah ungkapan partisipan pada perasaan negatif secara koqnitif.

“Kasihannya pokoknya campur aduk bu, campur aduk dan tidak punya bayangan kejelasan mengenai kesembuhan dan masa depannya ...” (P2).

Adapun perasaan negatif secara perilaku partisipan mengungkapkan berikut ini.

“ ... Saya bingung, sedih, terus terang saja malu sama tetangga, lha anaknya itu dulu pendiam terus sekarang tidak

punya malu“(P5).

Adapun dampak perasaan terhadap fisik, diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“...Sejak anak saya sakit klas 2 SMP sampai sekarang klas 1 SMK tubuh saya terus bertambah kurus...”(P4).

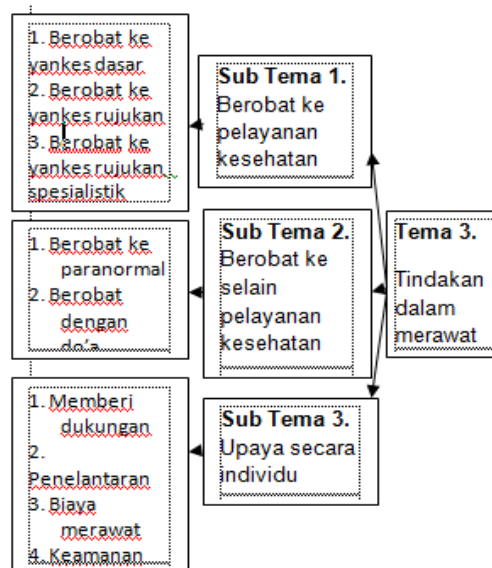
Efek stresor pada perasaan anggota keluarga yang merawat dalam penelitian ini didapatkan perasaan positif, perasaan negatif, dan dampak perasaan terhadap fisik. Pada perasaan positif secara afektif didapatkan adanya sabar, ikhlas, dan tidak pernah putus asa. Pada perasaan positif secara kognitif yaitu adanya tetap semangat, percaya akan sembuh, istiqomah dalam mendidik, dan tetap sabar dengan hinaan. Adapun perasaan positif pada perilaku yaitu adanya tidak malu dengan tetangga dan menghilangkan rasa minder. Perasaan negatif berupa perasaan negatif secara afektif adanya khawatir, kasihan, sedih tidak karu-karuan, sedih, dan sedih anak marah. Perasaan negatif secara kognitif adanya merasa bersalah, tidak tenang, dan agak susah. Adapun perasaan negatif secara perilaku adanya malu karena anak marah, aib keluarga, malu sama tetangga, sungkan sama pembeli, dan tidak cerita kepada tetangga. Dampak perasaan pada fisik pada penelitian ini adanya sakit perut bagian atas, tekanan darah meningkat, sakit kepala, nyeri pada dada, dan badan tambah kurus.

Tema tindakan dalam merawat

Tema ketiga adalah tindakan dalam merawat teridentifikasi tiga sub tema yaitu berobat ke pelayanan kesehatan, berobat ke selain pelayanan kesehatan, dan upaya individual,

Tema ini merupakan tindakan yang dilakukan anggota keluarga yang

merawat anak skizofrenia setelah terpapar stresor dengan kondisi perasaan yang ada padanya. Tindakan merawat berupa berobat ke pelayanan kesehatan dikemukakan oleh partisipan sebagai berikut:



Gambar 3. Tema 3

“ ... itu saya bawa ke puskesmas Bungah...terus kata petugasnya disuruh membawa anak saya ke dr. Rahayu di rumah sakit Bunder(P3).

“ ... berobat ke dokter Rahayu di tempat praktik pribadi obatnya mahal 1 minggu habis Rp. 500.000,- (P4).

“...setelah mau bunuh diri minum Baygon kontrol ke dr. Rahayu saya laporkan terus diberi rujukan ke RSJ Menur Surabaya,

Sebagaimana penjelasan diatas terdapat partisipan yang berobat ke selain pelayanan kesehatan, inilah ceritera partisipan:

“ ... kalau kambuh sama ayahnya langsung dibawa ke dukun, lebih sering ke dukun dari pada ke rumah sakit, juga pernah di bawa ke kyai ”(P4).

“ ... ya dibawa kemana-mana ya ke dukun, ke orang tua, ke kyai sampai 15 orang katanya anak saya ya memang melihat barang-barang ghoib ... tapi sekarang disuruh ke medis saja ... ”(P5).

Upaya lain yang dilakukan untuk merawat anak adalah upaya individual. Partisipan memaparkan tindakannya.

“ Minta makan ya diberi makan, minta dicucikan pakaian ya saya cucikan, tidak bisa ditunda sekali bicara harus dilayani kalau tidak marah-marah ... ” (P3).

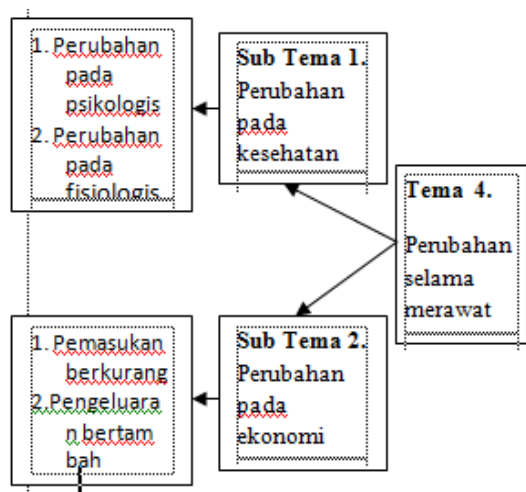
Stressor adalah sesuatu yang berpotensi menimbulkan reaksi stres (Maramis, 2009). Gejala stres dapat mempengaruhi tubuh, pikiran, dan perasaan serta perilaku. Lazarus (1993) mengatakan bahwa stres dibagi menjadi dua jenis yaitu eustres dan distress. *Eustress* merupakan istilah untuk stres positif, dan *distress* merupakan kesusahan, yang mengacu pada stres negatif. Quick dan Quick (1984) dan Hans Selye (1996) mengatakan bahwa eustres adalah hasil dari respon terhadap stres yang bersifat sehat, positif, dan konstruktif (bersifat membangun). Ini adalah semua bentuk stres yang mendorong tubuh untuk beradaptasi dan meningkatkan kemampuan untuk beradaptasi. Quick dan Quick (1984) dan Hans Selye dalam Girdano (2005) mengatakan bahwa distress adalah hasil dari respon terhadap stres yang bersifat tidak sehat, negatif, dan destruktif (bersifat merusak). Hal tersebut termasuk konsekuensi individu terhadap penyakit sistemik dan tingkat ketidakhadiran (*absenteeism*) yang tinggi, yang diasosiasikan dengan keadaan sakit, penurunan, dan kematian. Kondisi anggota keluarga yang demikian mempengaruhi tindakan dalam merawat anak skizofrenia.

Tindakan dalam merawat yang dilakukan oleh anggota keluarga didapatkan berobat ke pelayanan kesehatan, berobat ke selain pelayanan kesehatan dan upaya individual. Anggota keluarga yang mengobati anak skizofrenia ke pelayanan kesehatan adalah ke puskesmas, rumah sakit umum, rumah sakit jiwa maupun dokter pratik perseorangan. Anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia dibawa ke sarana pelayanan kesehatan merupakan pengobatan modern berbasis ilmiah. Pengobatan modern adalah pengobatan yang dilakukan secara ilmiah (Syamsunjaya, 2007). Menurut undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif. Berobat ke selain pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh anggota keluarga adalah berobat ke dukun, ke orang tua, ke kyai, dan ke ustad. Anggota keluarga di masyarakat Jawa masih memiliki upaya berobat ke dukun apabila ada anggota keluarganya sakit jiwa. Beberapa budaya masyarakat masih mengaitkan penyebab gangguan jiwa diakibatkan oleh kekuatan ghoib. Persepsi tersebut menyebabkan mereka baru mendatangi pelayanan kesehatan atau kesehatan jiwa jika gangguan jiwa yang dialami sudah berat atau bahkan mengganggu orang lain (Depkes, 2006). Menurut Effendy (1998 dalam Fitri, 2012) pada keluarga tertentu bila ada anggota keluarga yang sakit jarang dibawa ke puskesmas tapi ke mantri atau dukun. Anggota keluarga yang mengobati anaknya ke kyai dan ke ustad adalah untuk meminta do'a bagi anaknya yang sakit. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh *American Psychological Association* (2001) terdapat peningkatan hubungan yang positif antara

rasa sakit dan penggunaan do'a untuk menyelesaikan masalah kesehatan dari waktu ke waktu. Tindakan lainnya adalah upaya individu seperti memberi motivasi, menyamakan, memenuhi kebutuhan anak yang sakit Peran keluarga dalam memberikan motivasi sangat diperlukan untuk kesembuhan anak skizofrenia. Dukungan keluarga yaitu berupa dorongan dan motivasi yang diberikan keluarga kepada anak skizofrenia (Cohen, Mc Kay,1984). Menurut Nurdiana dkk (2007) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa dukungan keluarga yang tinggi dapat disebabkan oleh karena keluarga telah banyak memperoleh informasi mengenai penyakit Skizofrenia melalui media informasi (koran, televisi, radio) dan orang lain (teman, kerabat).Tindakan individu lainnya adalah penelantaran anak. Penelantaran anak adalah tindakan tidak menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal maupun kasih sayang yang cukup bagi seorang anak (Ann, 2006).Tindakan yang dilakukan oleh anggota keluarga akan memunculkan adanya perubahan.

Tema Perubahan selama Merawat

Tema keempat adalah perubahan selama merawat teridentifikasi dua sub tema yaitu perubahan pada kesehatan dan perubahan ekonomi.



Gambar 4. Tema 4

Tema ini merupakan perubahan setelah partisipan melakukan tindakan merawat baik tindakan konstruktif maupun tindakan destruktif. Perubahan pada psikologis sebagaimana disampaikan partisipan berikut ini.

“...tapi kami masih merasakan khawatir kalau-kalau ada orang yang akhirnya tahu anak itu sakit...”(P7).

“...ya malu siii kan dia marah-marah, teriak-teriak mengganggu tetangga” (P6).

Selain perubahan pada psikologis juga terdapat perubahan pada fisiologis. Partisipan memaparkan perubahan pada kondisi fisiknya sebagai berikut:

“... setelah anak saya sering marah-marah saya menjadi sering sakit termasuk tekanan darah saya naik...”(P4).

Adapun perubahan ekonomi pada pemasukan keuangan berkurang partisipan menceritakan:

“... dampak pada ekonominya pastinya, saya jadi tidak bisa ngapa-ngapain (maksudnya mengerjakan sesuatu) karena dia tidak bisa ditinggal”(6).

Sedangkan perubahan ekonomi pada pengeluaran bertambah diungkapkan partisipan berikut ini.

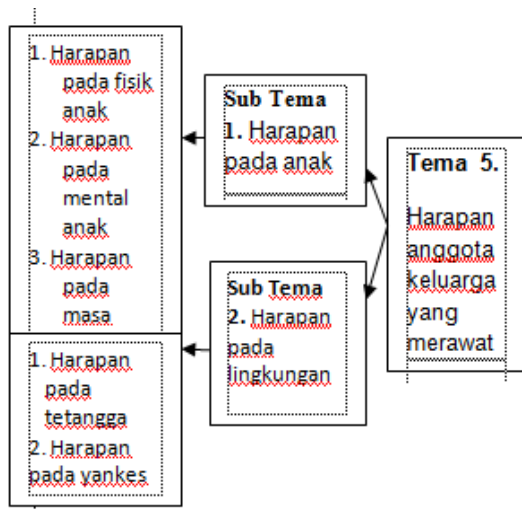
“Ya ... bapak, dari anuu...yaa uang hasil kerjanya bapaknya yang dipakai berobat”(P6).

Perubahan selama merawat ditemukan adanya perubahan pada kesehatan dan perubahan pada ekonomi. Perubahan pada kesehatan mempengaruhi psikologis dan fisiologis individu. Sedangkan perubahan pada ekonomi adalah perubahan pada pemasukan keuangan dan perubahan pada pengeluaran keuangan. Menurut WHO (2008) menyatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama

yang menanggung beban subjektif dan objektif dalam merawat anak skizofrenia. Orang dengan skizofrenia dapat mengalami gangguan yang cukup besar dalam kehidupan mereka. Keluarga dan teman juga bisa sangat terpengaruh akibat penderitaan melihat efek dari kondisi dan permasalahan dalam mendukung pasien. Hal ini bisa jadi masalah yang pelik bagi anggota keluarga, khususnya ketika mereka mengingat bagaimana seseorang itu sebelum mereka menjadi sakit (Stockman, 2015). Sumber keuangan yang menipis akibat sakitnya salah satu anggota keluarga akan menjadi suatu masalah yang berat. Masalah lain juga muncul dalam perubahan interpersonal dimana ada perubahan dalam waktu luang (Leventhal & Van Nguyen dalam Safarino, 2006). Perubahan yang terjadi ini memunculkan harapan bagi anggota keluarga yang merawat.

Tema Harapan Anggota Keluarga

Tema kelima adalah harapan anggota keluarga yang merawat teridentifikasi dua sub tema yaitu harapan pada anak dan harapan pada lingkungan.



Gambar 5. Tema 5

Tema ini merupakan harapan anggota keluarga yang merawat setelah terdapat perubahan dari hasil merawat.

Harapan pada fisik anak diungkapkan oleh partisipan berikut ini.

“Harapannya tidak muluk-muluk, agar dia dapat merawat dirinya sendiri seperti mau mencuci sendiri, mau melaksanakan sholat sendiri” (P1).

Pada harapan terkait mental anak partisipan menceritakan sebagai berikut:

“Harapannya itu ya cepat sembuh, meskipun tidak sekolah seperti temn-teman lainnya” (P5).

Sedangkan harapan pada lingkungan yaitu harapan pada tetangga. Sebagaimana diungkapkan partisipan berikut ini.

“Tetangga berkata yang baik kepada anak saya sehingga anak saya tidak marah-marah...” (P4).

Harapan pada lingkungan yang lain yaitu harapan pada fasilitas pelayanan kesehatan. Partisipan menceritakan harapannya sebagai berikut:

“... ya minta bantuan untuk strategi memberikan pelayanan yang mudah. Sistemnya supaya memudahkan dalam melakukan pelayanan ...” (P7).

Harapan atau asa adalah bentuk dasar dari kepercayaan akan sesuatu yang diinginkan akan didapatkan (KBBI, 2014). Anggota keluarga yang merawat pada penelitian ini memiliki harapan pada anak dan harapan pada lingkungan. Harapan pada anak terdiri dari harapan pada fisik anak yaitu dapat merawat diri, kepingin baik kembali, dapat memenuhi kebutuhan; sedangkan harapan pada mental anak yaitu segera sembuh, sekolah bisa mandiri, supaya tidak takut, dan cepat sembuh; dan harapan pada masa depan anak yaitu segera sembuh, ikut kursus ketrampilan, mendapatkan jodoh, dapat dinikahkan, cita-citanya tercapai, dapat bersosialisasi, dan dapat sekolah

kembali. Harapan pada lingkungan terdiri dari harapan pada tetangga dan harapan pada pelayanan kesehatan. Harapan pada tetangga yaitu anak ditolong, tetangga berkata baik, tetangga berbuat baik, anak-anak berbuat baik, dan tetangga membantu. Sedangkan harapan pada pelayanan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan mudah, mengembalikan konsentrasi, petugas kesehatan baik, dan obat yang membuat cepat sembuh.

Sedangkan harapan pada pelayanan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan mudah, mengembalikan konsentrasi, petugas kesehatan baik, dan obat yang membuat cepat sembuh. Penelitian Setyawati (2009 dalam Trarintya, 2011) menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan pasien. Kualitas pelayanan berpengaruh positif dan signifikan terhadap WOM dan kepuasan pasien berpengaruh positif dan signifikan terhadap WOM. Hasil penelitian dikuatkan oleh penelitian Wiyono dan Wahyudin (2005 dalam trarintya, 2011) yang menunjukkan bahwa semua variabel kualitas pelayanan secara signifikan memiliki pengaruh terhadap kepuasan konsumen. Uraian diatas menggambarkan strategi mekanisme koping yang dilakukan.

Tema Strategi Koping

Tema keenam adalah strategi koping teridentifikasi dua sub tema yaitu *problem focused coping* dan *emotional focused coping*.

Tema ini merupakan strategi koping yang dilakukan anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia. Pada *problem focused coping* tindakan partisipan yang konstruktif adalah berobat ke pelayanan kesehatan. Partisipan menceritakan tindakannya sebagai berikut:



Gambar 6. Tema 6

“ ... sejak sakit dapat tiga minggu sampai sekarang berobat terus ke rumah sakit ... ya sekarang Alhamdulillah sudah banyak perubahan”(P5).

Tindakan berfokus pada masalah yang in efektif dikisahkan partisipan berikut ini.

“ ... perut atas sini juga turut sakit ... ”(P4).

Adapun tindakan berfokus pada masalah yang disfungsiional diungkapkan oleh partisipan berikut ini.

“ ... berobat ke dukun ... kalau itu udaah ... sering ... dulu waktu baru sakit sekarang sudah tidak pernah lagi”(P6).

Pada *emotional focused coping* dengan kontrol diri, dinyatakan partisipan sebagai berikut:

“Perasaanmaksudnyayawissabar dan sadar, sabarnya ya dikembalikan pada Allah sudah diberi anak seperti itu ya kita terima...”(P1).

Pemecahan masalah berfokus pada emosi dengan pola piker positif

seperti yang dilakukan partisipan 6 berikut ungkapannya:

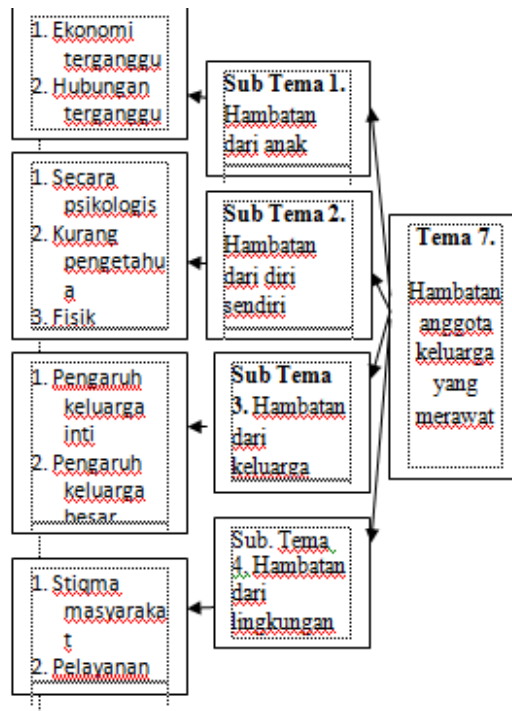
“Kalau sebelum sakit ya biasa aja kayak orang sembuh gitu, kalau waktu sakit ya bingung semua ... rasanya gak tenaang, kok kayak gini ...”(P6).

Strategi mekanisme koping pada penelitian ini ditemukan koping yang berfokus pada emosional (*emotion focused coping*) dan koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*). Koping yang berfokus pada masalah ditemukan kontrol diri positif, pola pikir positif, pola pikir negatif, dan pendekatan spiritual. Adapun koping yang berfokus pada masalah ditemukan pemecahan masalah yang konstruktif, pemecahan masalah in efektif, pemecahan masalah disfungsional dan ditinggalkan saja. Lazarus (1991) menyebutkan bahwa kemampuan koping ini bukan merupakan kemampuan dalam menyelesaikan secara aktual, tetapi dititik beratkan bagaimana individu tersebut dapat berevaluasi untuk mengalami perubahan, merubah atau menjaga hubungan antara individu dan lingkungannya. Dengan adanya strategi koping ini diharapkan dapat mengurangi yang terjadi dan masalah yang ada dapat terselesaikan dengan baik. yang berbeda-beda akan membutuhkan strategi yang berbeda-beda pula (Gholamzadeh, Sharif, Rad. 2011; Seaward, 2006). Sedangkan pada *problem focused coping*, Individu akan menggunakan strategi ini dengan anggapan bahwa kondisi atau situasi yang dihadapi dapat dikendalikannya sehingga kondisi atau situasi tersebut dapat diubah (Lazarus, 1991). Perbedaan pemilihan strategi koping ini juga dapat diukur dari kesehatan psikologisnya. Individu yang memiliki kesehatan psikologis yang baik, maka strategi yang dipilih cenderung pada *problem focused coping*. Namun sebaliknya, ketika kondisi kesehatan psikologisnya buruk, individu tersebut

lebih memilih menggunakan strategi *emotional focused coping* (Folkman and Lazarus (1986) dalam Schreuder, Roelen, Grothoff, Klink, MageRoy, Pallesen, Bjorvatn, Moen, 2012; Panley, Tomaka, Wiebe, 2002).

Tema Hambatan Anggota Keluarga yang Merawat

Tema ketujuh adalah hambatan anggota keluarga yang merawat teridentifikasi empat sub tema yaitu hambatan dari anak, hambatan dari diri sendiri, hambatan dari keluarga dan hambatan dari lingkungan.



Gambar 7. Tema 7

Hambatan dari anak pada ekonomi diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“...biasanya itu bekerja dapat 5 sarung sekarang hanya menjadi dapat 2 sarung per bulan”(P5).

Selain ekonomi terganggu hambatan dari anak yang lain adalah hubungan terganggu yang dikisahkan partisipan sebagai berikut:

“...adik-adik yang dulu hubungan dan komunikasinya baik sekarang hubungan dengan kakaknya menjadi jauh”(P1).

Sedangkan hambatan dari diri sendiri secara psikologis partisipan memaparkan hambatan yang dialami.

“Saya sering merasa jenuh bu sudah 3 tahun lebih berobatnya kok perubahannya sedikit sekali, tidak sembuh-sembuh” (P2).

Kurangnya pengetahuan termasuk hambatan diri sendiri, seperti dikisahkan partisipan.

“... maksud pakar keluarga memberi dukungan itu yang bagaimana?” (P2).

Hambatan dari diri sendiri yang lain adalah fisik terganggu. Partisipan mengungkapkan pengalamannya.

“... perut sebelah atas memang terasa nyeri akhir-akhir ini ...”(P7).

Hambatan selanjutnya adalah dari keluarga inti. Partisipan menceritakan hambatan yang dirasakan dalam keluarga inti.

“... kalau kakaknya (anak skizofrenia) mendekati, adiknya tidak mau ...”(P2).

Keluarga besar juga dapat memberikan hambatan seperti yang diceritakan partisipan berikut ini.

“...mertuanya sering memarahi keluarga ini...”

Selain hambatan yang telah disebutkan diatas masih terdapat hambatan yang lain yaitu adanya stigma masyarakat.

“... partisipan menirukan perkataan tetangganya dengan pertanyaan “Iva ngak sekolah to bu Daar?”(P2).

Hambatan terakhir dari pelayanan kesehatan yang diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“... setelah mau minum Baygon periksanya dirujuk ke Menur Surabaya, lebih jauh dari pada ke RSU Gresik”(P1).

Hambatan anggota keluarga yang merawat adalah adanya rintangan untuk merawat anak. Hambatan dalam penelitian ini diperoleh dari hambatan dari anak, hambatan dari diri sendiri, hambatan dari keluarga, dan hambatan dari lingkungan. Berbagai hambatan dan perilaku penderita skizofrenia yang cenderung menyimpang dari perilaku normal menyebabkan lingkungan sosial kurang toleran terhadap penderita skizofrenia (Nevid, Rathus, & Greene, 2003). Penderita skizofrenia dianggap sebagai penghambat dan beban keluarga disebabkan oleh ketidakmampuan mereka berpartisipasi dalam aktivitas keluarga yang penuh arti (Naire, 2003). Amareza AC & Venkatrasubamasian V. (2012) Pasien skizofrenia dapat mempengaruhi emosi keluarga yang berdampak pada kualitas interaksi antara anggota keluarga yang mengasuh dengan pasien dan keluarga lainnya.

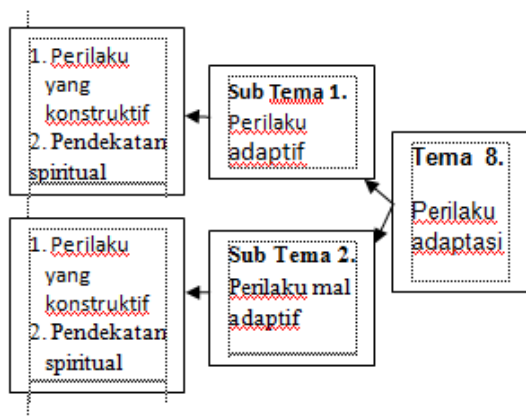
Tema Perilaku Adaptasi

Tema ke delapan adalah perilaku adaptasi teridentifikasi dua sub bab yaitu perilaku adaptif, dan perilaku maladaptif.

Perilaku adaptasi yang adaptif berupa perilaku yang konstruktif dilakukan oleh partisipan, dengan ungkapan sebagai berikut:

“... dibawa ke puskesmas Alun-Alun saya tanya kata petugasnya sakit syaraf...”(P6).

Adaptasi secara adaptif yang lain yaitu dengan pendekatan spiritual. Partisipan mengungkapkan sebagai berikut:



Gambar 8. Tema 8

“...Saya sadar dan sabar menerima apa adanya anak saya, saya berusaha selalu ikhlas...”(P1).

Selain perilaku adaptif terdapat partisipan yang melakukan adaptasi secara maladaptif dengan perilaku disfungsional. Diungkapkan partisipan sebagai berikut:

“ ... ya dibawa kemana-mana ya ke dukun, ke orang pintar, ke orang tua, ke kyai sampai 15 orang tapi sekarang disuruh ke medis saja ...”(P5).

Perilaku maladaptif lainnya yaitu dengan perilaku destruktif. Ungkapan partisipan sebagai berikut:

“... kalau lagi kumat gitu yaa emosi sendiri, ya juga sering sama keluarga ya sering berontak-berontak sendirian gara-gara adiknya itu”(P6).

Perilaku adaptasi diperoleh adanya perilaku adaptif dan perilaku maladaptif. Pada perilaku adaptif didapatkan perilaku konstruktif dan pendekatan spiritual, sedangkan perilaku maladaptif adalah perilaku disfungsional dan perilaku destruktif. Menurut arti bahasa perilaku merupakan tanggapan atau reaksi individu terhadap adanya rangsangan atau lingkungan (KBBI, 2012). Perilaku maladaptif ini dihasilkan karena kesulitan dalam melakukan mekanisme koping dengan baik akibatnya terjadi stres

akibat merawat anak skizofrenia (Paine (1984) dalam Whitehead, Weiss, and Tappen (2007). Akumulasi stres yang berkepanjangan ini dapat disebut sebagai *burnout*. Menurut Poerwandari (2010) *burnout* adalah kondisi seseorang yang terkuras habis dan kehilangan energi psikis maupun fisik. Biasanya *burnout* dialami dalam bentuk kelelahan fisik, mental, dan emosional yang terus menerus. Karena bersifat psikobiologis (beban psikologis berpindah ke tampilan fisik, misalnya mudah pusing, tidak dapat berkonsentrasi, gampang sakit) dan biasanya bersifat kumulatif, maka kadang persoalan tidak demikian mudah diselesaikan. Oleh karena itu perlu reaksi untuk menghadapinya, karena jika tidak maka akan muncul gangguan fisik.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa anggota keluarga yang merawat anak skizofrenia menunjukkan gejala skizofrenia sebagai stresor, efek stresor terhadap perasaan, tindakan dalam merawat, perubahan selama merawat, harapan anggota keluarga yang merawat, strategi koping, hambatan anggota keluarga yang merawat, dan perilaku adaptasi.

Saran

Hendaknya anggota keluarga merawat anak skizofrenia dengan mekanisme koping yang adaptif sehingga perawatan anak dapat terus berlanjut.

KEPUSTAKAAN

Allgood M.R., (2014) *Nursing Theorists and Their Work. Eighth Edition*. St. Louis, Missouri: Mosby Elseiver.

- Alligood, M.R. and Tomey, A.M. (2006) *Nursing Theorist and Their Work. Sixth edition.* Mosby Elsevier. St Louis Missouri.
- Chang, Eshter, Dally, John, Elliott, Douk (2010) *Schizophrenia.* Elsevier Publisher. Australia.
- Fitrikasari, Kadarman, Woroasih & Sarjana, (2012) The Burden of Schizophrenia Caregiver at the Ambulatory Clinic in Amino Gondohutomo. Regional Mental Hospital Semarang. *Original Article.* Medica Hospitalia. Med Hosp 2012; vol 1 (2): 118-122.
- Friedman, Marilyn M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, Teori dan Praktek.* Jakarta: EGC.
- Glanville, D.N., & Dixon, L. (2008). Caregiver burden family treatment appraisal and service use in families of patient schizophrenia. *The Israel Journal of psychiatry and related sciences.* 42, 15-23
- Hollis, C & Rapoport, J (2013) *Child and adolence Schizophrenia.* Blackweel Publishing.Ltd.DOI: 10.1002/9781444327298
- Lazarus, R.S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future, *Psychosomatic Medicine* 55:234-247.
- Maki, Pirjo et al., (2005) *Predictors of schizophrenia-a review.* *Oxford Journal.* Vol 73-74. <http://bmb.oxfordjournals.org/content/73-74/1/1.full>
- Maramis FW. & Maramis A., (2009) *CatatanBuku Kedokteran Jiwa. Edisi 2.* Surabaya: Airlangga University Press. Hal. 159.
- Nevid J, Rathus S, & Green, Beverly (2003) *Abnormal Psychologi In a Chanenging World.* Seven Edition. Prentice Hall ISBN 978-0135128979.
- Remschmidt H., (2001) *Schizophrenia in Children and Adolescent.* Cambridge University Press. ISBN 0 521 79428 5 paperback.
- Seaward B.L. (2006). *Managing Stress, Principles, and Strategies for Health and Well Being.* Jones and Barlett Publishers. Canada.
- Soewadi E & Pramono D., (2010) Determinan terhadap Timbulnya Skizofrenia pada Pasien Rawat Jalan di RSJ HB. Saanin Padang Sumatera Barat. <http://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article/view/3471>
- Stuart, G.W (2013) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* Elsevier Mosby. St. Louis, Missouri. ISBN:978-0-323-09114-5
- Thoits, Peggy A. (2010) Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51(S). American Sociological Association 2010.DOI: 10.1177/0022146510383499.
- Tousend MC (2014), *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice Sixth Edition.* F. A. Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia. wn
- Trarintya (2011) *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Dan Word Of Mouth (Studi Kasus Pasien Rawat Jalan Di Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar).* Tesis. Program Magister Program Studi Manajemen. Universitas Udayana. Bali.
- Whitehead, Diana K, Weiss Sally A, Tappen, Ruth M (2007) *Essentials of Nursing Leader ship and Managemen. Fifth Etidion.* F.A Davis Company Publisher.

- WHO (2011) *Investing in Mental Health. Departement of Mental Health and Substance Abuse Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization*. Geneva.
- Yusof , MSB., (2010) Stress, Stressors And Coping Strategies Among Secondary School Students In A Malaysian Government Secondary School: Initial Findings ASEAN *Journal of Psychiatry, Vol.11(2)* July – December 2010: XX XX