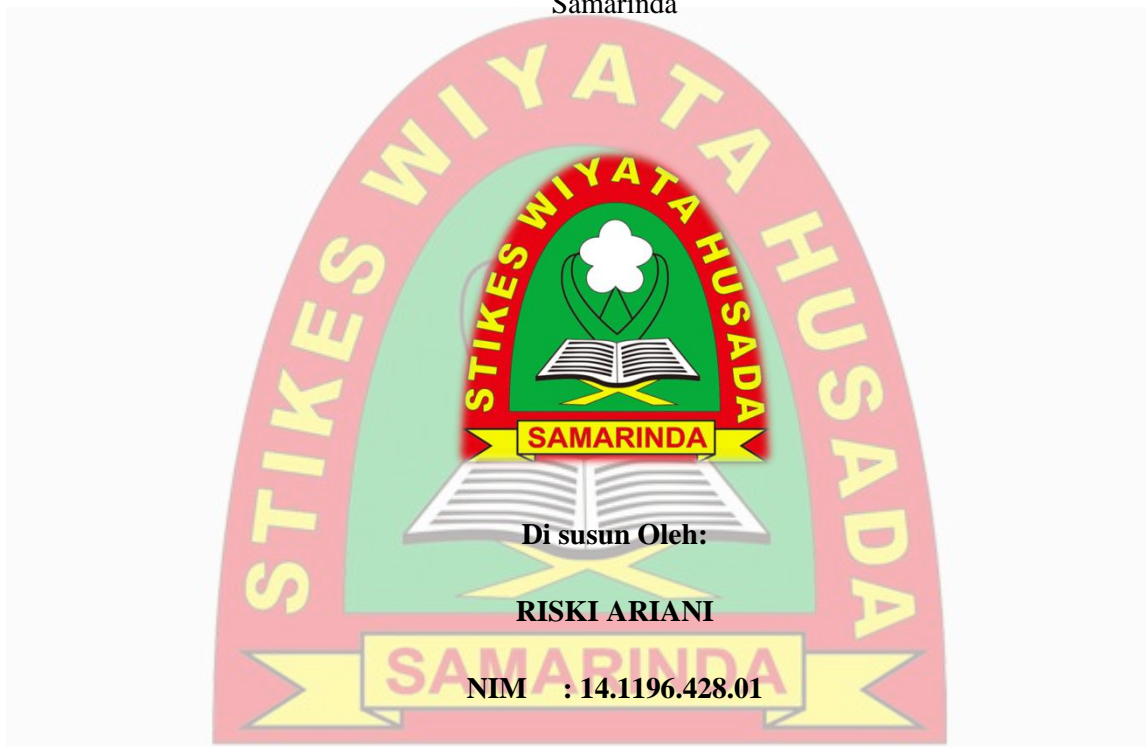


**PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAawat PASIEN DENGAN
GANGGUAN JIWA DI KELURAHAN DESA GUNUNG MULIA KECAMATAN
BABULU DARAT KABUPATEN PENAJAM PASER UTARA**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Syarat Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep) Pada
Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stikes Wiyata Husada

Samarinda



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2018



LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

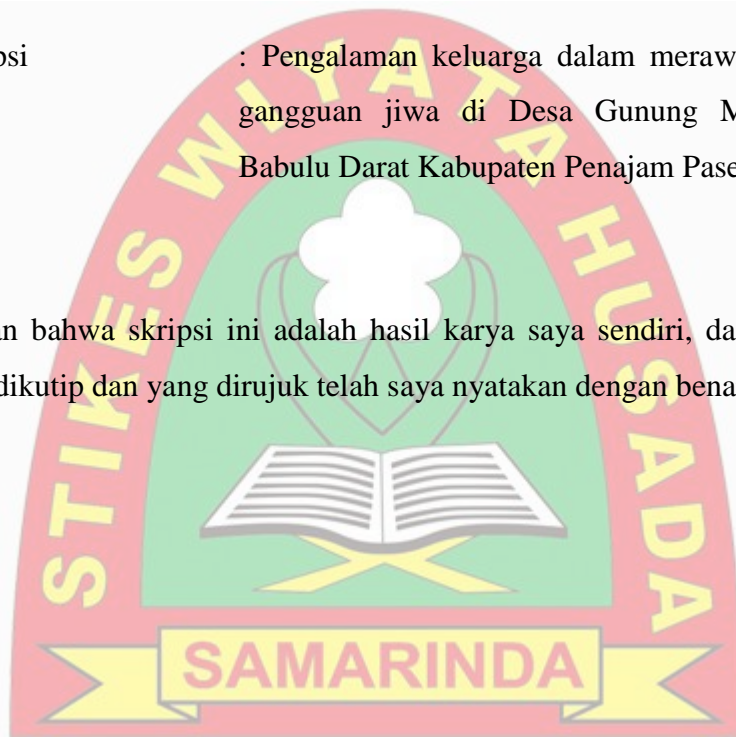
Nama : Riski Ariani

NIM : 14119642801

Program Studi : S.1 Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara.

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip dan yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 17 April 2018

Yang membuat pernyataan,

Riski Ariani

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas semua berkat dan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul **“Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Dengan Gangguan Jiwa Di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara ”**, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Progam Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda tahun akademik 2018 dengan tepat waktu.

Dalam penyusunan skripsi ini , peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan dan pengalaman yang peneliti miliki. Namun berkat bimbingan , pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak , maka pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak H.Mujito Hadi S.pd,MM selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Bapak Ns. Edy Mulyono., S.Kep., M.Kep., S.Pd ., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Ns. Rusdi., S.Kep., M.Kep ., selaku Ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda dan Pembimbing 2 Saya. Terimakasih atas masukan, ilmu dan motivasi yang tidak ada hentinya yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan .
4. Bapak Shlichin, S.Kep.M.Kep, selaku penguji saya. Terimakasih atas masukan, bimbingan dan ilmu yang telah diberikan kepada peneliti, sehingga skripsi ini menjadi jauh lebih baik.
5. Ibu Ns. Novial Dwi Linda. S.Kep., M.Kep., Sp. Jiwa., selaku pembimbing 1. Terima kasih atas bimbingan dan ilmu yang diberikan kepada peneliti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.

6. Klien dan keluarga, yang telah bersedia dan berpartisipasi dalam pelaksanaan penelitian dan studi pendahuluan .
7. Kedua Orangtua Ayahanda (Habiyanto) dan Ibunda (Supartinah) saya ucapkan banyak terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada beliau yang selalu mendoakan dan memberikan tenaga ,biaya dan dukungan sehingga terselesaikannya skripsi ini.
8. Terimakasih kepada bapak dan ibu beserta staf dosen yang ada di lingkungan STIKES Wiyata Husada Samarinda yang telah banyak memberikan tambahan ilmu serta dukungan selama proses pembelajaran .
9. Terimakasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan khususnya angkatan 2014 STIKES Wiyata Husada Samarinda yang selalu bersama-sama selama menempuh pendidikan dan insyaallah sampai akhir memakai toga juga bersama-sama.

Semoga Allah membalas kebaikan dan melimpahkan karunia serta rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu dan mendukung dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan sehingga memerlukan banyak perbaikan dan penyempurnaan baik dalam bentuk saran dan kritik yang bersifat membangun. Penulis berharap laporan skripsi ini dapat di terima sebagai syarat untuk menyelesaikan program studi ilmu keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Samarinda , 17 April 2018

Peneliti

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang betanda tangan dibawah ini :

Nama : Riski Ariani
NIM : 14.1196.428.01
Program Studi : S.I Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Dengan Gangguan Jiwa Di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pengkalan data (database), merawat dan mempublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 17 April 2018

Yang menyatakan

(Riski Ariani)

ABSTRACT

The Experiences of Family in Taking Care of Patients with Mental Disorders in Gunung Mulia Village, Babulu Darat Sub-district, Penajam Paser Utara District

Riski Ariani¹, Linda Dwi Novial², Rusdi³

Background: *Mental Disorder is a collection of abnormal conditions, both related to physical and mental conditions. Family is a social environment which is very close to the patients. One of the jobs that a family needs to do is taking care of the family member who is suffering from a particular disease.* **Objective:** *To find out the experiences of family in taking care of patients with mental disorder in Gunung Mulia Village.* **Method:** *This research used phenomenology approach, conducted in March 2018 with the total respondents of 5 people which were selected using purposive sampling technique.* **Findings:** *There were three main themes found in this research, namely: 1) the knowledge of the family in taking care of patients with mental disorders; 2) the sources of family support; 3) the function of family support.* **Conclusion:** *The family took care of their family members who suffered from mental disorders by bathing them and providing them with meals. The supports also came from other families by giving information.*

Keywords: Experiences of Family, Mental Disorder

¹ Student of Nursing Science Study Program of STIKES Wiyata Husada, Samarinda

² Practitioner of Atma Husada Mahakam Mental Hospital, East Kalimantan Province

³ Lecturer of Nursing Science Study Program of STIKES Wiyata Husada, Samarinda.

ABSTRAK

Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Dengan Gangguan Jiwa Di Kelurahan Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara

Riski Ariani¹ , Linda Dwi Novial² , Rusdi³

Latar Belakang : Gangguan jiwa merupakan kumpulan keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun dengan mental. Keluarga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan pasien, salah satu tugas keluarga dalam kesehatan yaitu merawat anggota keluarga mereka yang sedang sakit. **Tujuan :** untuk mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di Desa Gunung Mulia. **Metode :** penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi , yang dilakukan pada bulan Maret 2018 dengan jumlah partisipan sebanyak 5 orang yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. **Hasil :** ada 3 tema utama yang dihasilkan dari penelitian ini yaitu 1) pengetahuan keluarga dalam perawatan klien dengan gangguan jiwa, 2) sumber dukungan keluarga, 3) fungsi dukungan keluarga. **Kesimpulan :** keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa melakukan perawatan dengan cara memandikan dan selalu menyediakan makanan, dukunganpun selalu datang dari keluarga yang lain dukungan tersebut berupa informasi .

Kata Kunci : Pengalam Keluarga, Gangguan Jiwa

¹ Mahasiswa program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

² Praktisi, RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur

³ Dosen program studi ilmu keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
E. Penelitian Terkait	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Telaah Pustaka	8
1. Konsep Gangguan Jiwa	8
a. Pengertian Gangguan Jiwa	8
b. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa	9
c. Penyebab Terjadinya Gangguan Jiwa.....	11
d. Sumber Penyebab Gangguan Jiwa	12
e. Klasifikasi Gangguan Jiwa	13
2. Keluarga.....	16
a. Pengertian Keluarga.....	16
b. Ciri-ciri Keluarga.....	18
c. Tipe Keluarga	18
d. Struktur Keluarga.....	21
e. Bentuk-bentuk Keluarga.....	21
f. Macam-macam Keluarga.....	22
g. Fungsi Keluarga.....	23
h. Tugas Keluarga dalam Kesehatan	25
i. Peran Keluarga.....	26
j. Sumber dan Manfaat Dukungan Keluarga	28
k. Fungsi Dukungan Keluarga	28
l. Faktor Pengetahuan	30
B. Kerangka Teori Penelitian.....	33
C. Pernyataan Penelitian	34
BAB III METODE PENELITIAN	35
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	35
B. Lokasi Penelitian	35

C. Subjek Penelitian dan Objektif Penelitian.....	36
D. Pemilihan Subjek Penelitian.....	36
E. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	37
F. Teknik Pengumpulan Data.....	39
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	41
H. Analisis Data.....	42
I. Keabsahan Data.....	43
J. Etik Penelitian.....	44
K. Alur Penelitian.....	45
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	46
A. Hasil Penelitian.....	46
B. Gambaran Lokasi Penelitian.....	46
C. Gambaran Karakteristik Partisipan.....	47
D. Profil Partisipan.....	47
E. Tema Hasil Analisis Penelitian.....	51
BAB V PEMBAHASAN.....	62
A. Pembahasan.....	62
1. Pengetahuan Keluarga Dalam Perawatan.....	62
2. Sumber Dukungan Keluarga.....	64
3. Fungsi Dukungan.....	66
B. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian.....	69
1. Kesulitan Penelitian.....	69
2. Kelemahan Penelitian.....	70
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	71
A. Kesimpulan.....	71
B. Saran.....	72

Daftar Pustaka

Daftar Lampiran

Riwayat Hidup

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	33
Gambar 3.2 Alur Penelitian.....	45
Gambar 4.2 Tema Hasil Penelitian	52



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Inform Consent
Lampiran 2	Pedoman Wawancara



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 (Karakteristik Partisipan di Desa Gunung Mulia).....47



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan jiwa yaitu suatu sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berhubungan dengan distress atau penderita dan menimbulkan gangguan pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Keliat, 2011)

Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami penurunan yang sangat signifikan, dimana pada tahun 2013 WHO menjelaskan bahwa prevalensi gangguan jiwa di dunia mencapai angka 450 juta orang. Penurunan ini dapat terlihat berdasarkan data dari WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2016 bahwa terdapat 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia.

Gangguan jiwa merupakan kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut di bagi ke dalam dua golongan yaitu : Gangguan jiwa (*neurosa*) dan sakit jiwa (*psikosa*). Keabnormalan terlihat dalam berbagai macam gejala yang terpenting diantaranya adalah : ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, kejang-kejang yang terpaksa (*convulsive*), histeria, rasa lemah, dan tidak mampu mencapai tujuan, takut, dan pikiran-pikiran buruk (Yosep, 2014).

Peran dan keterlibatan keluarga dalam proses penyembuhan dan perawatan pasien dengan gangguan jiwa sangat penting, karena peran keluarga sangat mendukung dalam proses pemulihan penderita gangguan jiwa. Keluarga dapat mempengaruhi nilai, kepercayaan, sikap dan perilaku anggota keluarga. Di samping itu, keluarga mempunyai fungsi dasar seperti memberi kasih sayang, rasa aman, rasa memiliki, dan menyiapkan peran dewasa individu di masyarakat. Keluarga merupakan suatu sistem, maka jika terdapat gangguan jiwa pada salah

satu anggota keluarga maka dapat menyebabkan gangguan jiwa pada anggota keluarga yang lain (Nasir & Muhith, 2011)

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam peranya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010)

Beban yang ditanggung oleh keluarga yang hidup bersama penderita gangguan jiwa berat meliputi beberapa faktor, baik secara ekonomi maupun sosial. Selain itu, beban yang ditanggung keluarga berupa beban subjektif dan objektif, pengalaman stress seumur hidup, sehingga membuat coping tidak efektif (Yusuf, 2012). Kurangnya pengetahuan tentang gangguan jiwa serta motivasi keluarga untuk melakukan perawatan yang tepat pada klien gangguan jiwa menjadikan beban keluarga semakin kompleks.

Sebuah keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami skizofrenia atau yang oleh masyarakat awam dikenal dengan istilah gila, maka keluarga tersebut secara drastis dapat menjadi terasing dari lingkungannya, diremehkan dan menjadi bahan pergunjungan dimasyarakat yang pada akhirnya sikap masyarakat terhadap keluarga tersebut akan berdampak pada status social ekonomi keluarga, sehingga terkadang ODS dikucilkan oleh keluarganya sendiri karena dianggap sebagai pembawa petaka (Saseno dalam Nurhayati,2008).

McDonell (dalam Nuraenah, 2012) menemukan bahwa beban keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan skizofrenia atau gangguan jiwa berhubungan dengan perawatan termasuk biaya pengobatan, tanggung jawab untuk mengawasi kondisi mental ODS, stigma sehubungan dengan mental ODS yang muncul dari interaksi dengan masyarakat, serta distress emosional akibat dari simtom skizofrenia .

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Dewi (2016), tentang pengalaman keluarga dalam merawat pasien skizofrenia tak terorganisir di rumah sakit jiwa daerah Surakarta menggunakan metode penelitian kualitatif dengan

strategi pendekatan *interpretative phenomenological analysis* (IPA) jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan 6 orang partisipan dan di dapatkan hasil bahwa selama perawatan keluarga mengalami perubahan pada fisik, psikologis spiritual dan ekonomi, dan selama perawatan keluarga telah memberikan perawatan secara optimal pada penderita.

Penderita gangguan jiwa berat dengan usia 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat. Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa 11,6% penduduk Indonesia mengalami masalah mental emosional (Riskesdas, 2007). Sedangkan pada tahun 2013 jumlah penderita gangguan jiwa mencapai 1,7 juta (Riskesdes, 2013).

Prevalensi gangguan jiwa berat atau istilah medis disebut psikosis/skizofrenia di daerah pedesaan ternyata lebih tinggi dari pada daerah perkotaan. Di daerah pedesaan, proporsi rumah tangga dengan minimal salah satu anggota rumah tangga mengalami gangguan jiwa berat dan pernah dipasung mencapai 18,2 %. Sementara di daerah perkotaan, proporsinya hanya mencapai 10,7 %. Nampaknya, hal ini memberikan konfirmasi bahwa tekanan hidup yang dialami penduduk pedesaan lebih berat dibanding penduduk perkotaan, dan sangat mudah sekali untuk diduga, salah satu bentuk tekanan hidup itu, meski tidak selalu adalah kesulitan ekonomi (Riskesdes, 2013).

Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur 15 tahun ke atas (berdasarkan Self Reporting Questionnaire-20) menurut Karakteristik (kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, tipe daerah, tingkat pengeluaran perkapita) di Provinsi Kalimantan Timur (Riskesdas, 2007) di dapatkan hasil bahwa prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan pertambahan usia. Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (33,3%). Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (8,3%), kelompok yang memiliki pendidikan rendah (paling tinggi pada kelompok tidak sekolah,

yaitu (19,4%), kelompok yang tidak bekerja (14,9 %), tinggal di perdesaan (7,3 %), serta kelompok tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga kuintil (8,3 %).

Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun di Kaltim adalah 6,9%. Prevalensi ini bervariasi antar kabupaten. Prevalensi tertinggi di duduki oleh Kabupaten Malinau dengan jumlah presentase sebesar (23,6%) dan yang terendah terdapat di Kabupaten Bulungan dengan jumlah presentase (3,6%). Hasil SKRT yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan bahwa 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional. SKRT 1995 juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur. Berdasarkan data tersebut didapatkan data bahwa Kabupaten Penajam Paser Utara menduduki urutan ke 4 dengan presentasi 8,1 % sama dengan Kabupaten Tarakan 8,1 % (Riskesmas Kalimantan Timur, 2007).

Desa Gunung Mulia merupakan salah satu desa yang terletak di Kabupaten Penajam Paser Utara Provinsi Kalimantan Timur, Desa Gunung Mulia ini masih dalam tahap pemekaran, dengan itu desa gunung mulia hanya memiliki 1 Puskesmas Pembantu yang dibuka pada bulan Juli tahun 2017, dengan itu puskesmas pembantu yang ada di desa gunung mulia tidak memiliki data yang akurat terkait data penderita gangguan jiwa. Rumah sakit jiwa di Kalimantan Timur ini hanya ada 1 yaitu terletak di Kota Samarinda yang merupakan ibu kota provinsi Kalimantan Timur, dengan itu jarak yang sangat jauh antara kota samarinda dengan desa gunung mulia yang menghabiskan waktu sekitar 8-9 jam sekali perjalanan yang menyebabkan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa tidak dapat mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa yang semestinya di dapatkan.

Berdasarkan studi pendahuluan, yang dilakukan oleh peneliti secara langsung pada tanggal 2 Desember 2017, di wilayah Desa Gunung Mulia, peneliti mendapat informasi dari salah satu warga yang ada di desa tersebut bahwa ternyata di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat yang terdiri dari 18 RT masih memiliki 8 orang yang mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan

keterangan yang diberikan salah satu warga kepada peneliti , di Desa Gunung Mulia tidak pernah dilakukan pendataan tentang warga yang mengalami gangguan jiwa, kebanyakan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa hanya merawat anggota keluarganya tersebut dirumah saja, karena mereka masih menganggap gangguan jiwa bukanlah suatu penyakit, dan beberapa dari keluarga tersebut mengatakan bahwa mereka merasa sulit untuk menghadapi anggota keluarga dengan gangguan jiwa dirumah, keluarga merasa sulit untuk memenuhi semua keinginan yang di inginkan pasien, keluarga merasa kesulitan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien seperti memandikan dan makan, keluarga merasa takut apabila pasien sering keluar rumah karena takut pasien disakiti atau menyakiti orang lain, untuk mengetahui lebih lanjut dari hal tersebut peneliti belum menjelaskan karena peneliti belum melakukan wawancara mendalam kepada keluarga yang memiliki anggota dengan gangguan jiwa.

Berdasarkan fenomena ini adalah sebuah fakta social yang harus segera ditangani sesegera mungkin karena dapat berakibat buruk kepada pasien dengan gangguan jiwa jika terus menerus hanya dirawat dirumah saja, tanpa pendampingan dari tenaga kesehatan . Hal ini menjadi menarik di teliti lebih mendalam tentang pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dapat disimpulkan rumusan masalah yaitu “Bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di Desa Gunung Mulia “.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di Desa Gunung Mulia.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini yaitu untuk :

- a. Untuk mendeskripsikan dan mengeksplorasi tentang pengetahuan keluarga dalam perawatan klien dengan gangguan jiwa.
- b. Untuk mendeskripsikan dan mengeksplorasi sumber dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa.
- c. Untuk mendeskripsikan dan mengeksplorasi fungsi dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Secara teoritis, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi saran atau masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan terutama keperawatan jiwa.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Keluarga

Bagi keluarga dapat dijadikan masukan untuk membantu dalam proses melakukan perawatan dan untuk memberikan dukungan yang tepat.

b. Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan berupa sumbangan pemikiran ilmu pengetahuan pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa

c. Bagi Peneliti Lain

Sebagai bahan dasar untuk peneliti yang sama pada waktu yang akan datang dan menjadi referensi peneliti selanjutnya.

E. Penelitian Terkait.

Penelitian terkait yang telah dilakukan peneliti-peneliti sebelumnya yang berkaitan dengan pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa antara lain :

1. Maghfiroh *et al* (2015) meneliti tentang “*Peran Keluarga Dalam Peningkatan Kemampuan Interaksi Sosial Bermasyarakat Klien Skozofrenia*”

Pasca Perawatan Di Rumah Sakit” Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu dengan metode *simple random sampling*. Hasil penelitian peran keluarga didapatkan hasil cukup, sebanyak 12 responden (42,8%). Tingkat interaksi social klien Skizofrenia di dapatkan hasil cukup sebanyak 14 respnden (50%). Hasil uji statistic didapatkan bahwa $p < 0,05 = 0.10 < 0,05$ maka H_0 ditolak.

2. Purnama *et al* (2016) meneliti tentang “*Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa Di RW 09 Desa Sumedang*” . Penelitian ini menggunakan desain penelitian *deskriptif kuantitatif* dengan teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *stratified random sampling*. Hasil penelitian ini menunjukkan domain otoriterisme mediannya 34 dengan IQR 2, selanjutnya adalah komponen berdasarkan domain kebajikan dengan nilai skor 33 dengan IQR 2, kemudian domain ideologi komunitas kesehatan mental dengan skor 33 dengan IQR 4 dan yang paling rendah domain pembatas social dengan nilai 27 dengan IQR 7.
3. Berhimpong *et al* (2016) meneliti tentang “*Pengaruh Latihan Keterampilan Sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Social Di RSJ Prof.Dr.V.I., Ratumbuang Manado*”. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *pra eksperimen one group pre test post test* dengan teknik pengambilan sampel *total sampling*. Hasil penelitian ini dengan menggunakan uji Wilcoxon signed rank test dengan nilai signifikansi adalah 0,000 atau lebih kecil dari nilai signifikansi 0,05 ($0,00 < 0,05$).

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian diatas adalah penggunaan variabel penelitian, metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling*, serta lokasi penelitian ini dilakukan di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat. Penelitian ini lebih berfokus pada pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Gangguan Jiwa

a. Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologis, perilaku, biologic, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2002 ; Meramis, 2010).

Gangguan jiwa adalah suatu keabnormalan yang terbagi dalam dua golongan, yakni gangguan jiwa *neurosa* dan gangguan jiwa *psikosa*. Orang yang terkena *neurosa* masih mengetahui dan merasakan kesukarannya, serta kepribadiannya tidak jauh dari realitas dan masih hidup dalam alam kenyataan pada umumnya, sedangkan orang yang terkena *psikosa* tidak memahami kesukaran-kesukarannya, kepribadiannya (dari segi tanggapan, perasaan/emosi, dan dorongan motivasinya sangat terganggu). Tidak ada intergritas dan hidup jauh dari alam kenyataan (Yosep, 2014)

Menurut Kaplan dan sadock (1994 dalam Baihaqi,et al , 2005) gangguan jiwa merupakan penyimpangan dari keadaan ideal ke suatu kesehatan mental yang merupakan indikasi adanya gangguan jiwa. Dimana penyimpangan ini mencakup atas penyimpangan pada pikiran, perasaan, dan tindakan. Penderita gangguan jiwa tidak sanggup menilai dengan baik kenyataan, tidak dapat lagi menguasai dirinya untuk mencegah mengganggu orang lain atau menyakiti dirinya sendiri.

Misalnya, takut yang tidak beralasan, waham dan halusinasi penderita skizofrenia, tingkah laku antisosial pada orang-orang yang menderita kepribadian sosiopatis.

b. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

1. Gejala Kognisi

Kognisi adalah kegiatan-kegiatan mental yang dibutuhkan dalam memperoleh, menyimpan, mendapat kembali, dan menggunakan pengetahuan. Secara garis besar kognisi meliputi proses-proses mental, seperti mempersepsikan, belajar, mengingat, menggunakan bahasa dan berfikir (Semion, 2006)

Bentuk-bentuk gangguan sensasi dan persepsi menurut Yosep (2014) adalah sebagai berikut :

1) Gangguan Sensasi

Bentuk dari gangguan sensasi diantaranya adalah *hiperestesia, anesthesia, parastesia, sinestesia, hiperosmia, anosmia, hiperkenestesia* dan *hipokenestesia*.

2) Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi diantaranya adalah ilusi dan halusinasi. Ada beberapa jenis halusinasi, yaitu : Halusinasi pendengaran, penglihatan, penciuman, pengecapan, raba dan seksual, kinestetik, visceral.

3) Gangguan Depersonalisasi

4) Gangguan Derealisasi

2. Gangguan Perhatian

Perhatian adalah memusatkan kesadaran pada stimulus-stimulus tertentu (Senium, 2006). Beberapa bentuk gangguan perhatian menurut Yosep (2014), diantaranya adalah *distraktibiliti, aproseksia, hiperproseksia*.

3. Gangguan Ingatan

Beberapa bentuk gangguan ingatan menurut Yosep (2014), diantaranya adlah amnesia, hipernesia, dan paramnesia (pemalsuan ingatan) dalam bentuk *konfabulasi*, pemalsuan retrospektif, *dejavu* dan *de jamains vu*.

4. Gangguan Asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang menyebabkan suatu kesan indra atau gambaran ingatan cenderung mengingat kembali gambaran atau konsep lain yang sebelumnya ada hubungan denganya (Semiun, 2006).

5. Gangguan Pertimbangan atau Penilaian

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu prosesn mental untuk membandingkan atau menilai pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas (Yosep, 2014)

6. Gangguan Pikiran

Semiun (2006) menyebutkan tipe-tipe utama dari gangguan pikiran adalah pikiran autis, *konfabulasi*, pikiran *obsesif*, *fobia* dan *hipokandria*.

7. Gangguan Kesadaran

Yosep (2014) mengatakan bahwa kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri. Bila kesadaran baik, maka terjadi orientasi (waktu, tempat, dan orang) dan sebaliknya.

8. Gangguan Kemampuan

Bentuk gangguan kemampuan menurut Yosep (2014) diantaranya yakni, *abulia*, *negativism*, *rigiditas*, *kompulsi*.

9. Gangguan Emosional

Bentuk-bentuk gangguan emosional dan afek yakni *euforia*, *elasi*, *ekslasi* (disertai dengan waham kebesaran), kegairahan, emosi labil, cemas dan depresi.

10. Gangguan Psikomotor

Semiun (2006) mengelompokan gangguan motor menjadi tiga kategori yaitu *hiperaktiv*, *hipoaktiv*, dan gangguan aktivitas.

c. Penyebab Terjadinya Gangguan Jiwa.

Walaupun gejala utama atau gejala yang menonjol itu terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin di badan (somatogenik), dilingkungan social (sosiogenik) atau di psike (psikogenik). Biasanya tidak terdapat penyebab tunggal, akan tetapi beberapa penyebab sekaligus dari berbagai unsur yang saling mempengaruhi atau terjadi bersamaan, lalu timbullah gangguan badan atau gangguan jiwa. Misalnya, seseorang yang mengalami penyakit kronik yang tidak sembuh-sembuh maka daya tahan psikologinya pun menurun sehingga mungkin mengalami depresi (Marimis, 1994).

Menurut Coleman, Butcher, dan Carson (1980 dalam Baihaqi, *et al*, 2008) beberapa penyebab gangguan jiwa, yaitu :

1) Penyebab Primer (primary cause)

Kondisi yang secara langsung terjadinya gangguan jiwa, atau kondisi yang tanpa kehadirannya suatu gangguan jiwa tidak akan muncul. Misalnya, infeksi sifilis yang menyerang sistem syaraf, yaitu psikosis yang disertai paralisis atau kelumpuhan yang bersifat progresif atau berkembang secara bertahap sampai akhirnya penderita mengalami kelumpuhan tital. Tanpa infeksi sifilis, gangguan ini tidak mungkin terjadi.

2) Penyebab yang Menyiapkan (predisposing cause)

Menyebabkan seseorang rentan terhadap salah satu bentuk gangguan jiwa. Misalnya, anak yang ditolak oleh orang tuanya menjadi lebih rentan terhadap tekanan hidup sesudah dewasa dibandingkan orang-orang yang memiliki dasar rasa aman yang lebih baik.

3) Penyebab Pencetus (precipating cause).

Ketegangan-ketegangan atau kejadian-kejadian traumatic yang langsung dapat menyebabkan gangguan jiwa atau mencetuskan gejala gangguan jiwa. Misalnya, kehilangan harta benda yang berharga, menghadapi kematian anggota keluarga, menghadapi masalah sekolah, mengalami kecelakaan hingga cacat, kehilangan pekerjaan, perceraian, atau menderita penyakit berat.

4) Penyebab yang Menguatkan (reinforcing cause)

Kondisi yang cenderung mempertahankan atau memperteguh tingkah laku maladaptive yang sudah terjadi. Misalnya, perhatian yang berlebih pada seseorang wanita yang sedang dirawat dapat menyebabkan yang bersangkutan kurang bertanggung jawab atas dirinya dan menunda kesembuhan.

5) Sirkulasi faktor-faktor Penyebab.

Serangkaian faktor penyebab yang kompleks serta saling mempengaruhi. Dalam kenyataannya, suatu gangguan jiwa jarang disebabkan oleh satu penyebab tunggal, bukan sebagai hubungan sebab akibat, melainkan saling mempengaruhi antara satu faktor penyebab dengan faktor penyebab yang lain

d. Sumber Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia bereaksi secara keseluruhan-somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010)

- 1) Faktor somatic (somatogenik), yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
- 2) Faktor psikologis (Psikogenik), yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antar saudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan .
- 3) Faktor social budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan

e. Klasifikasi Gangguan Jiwa

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. Pada tahun 1960an, World Health Organization (WHO) memulai menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum pada International Classification Of Disease (ICD). Asosiasi dokter psikiatri Amerika juga telah mengembangkan sistem klasifikasi berdasarkan diagnosis dan manual statistik dari gangguan jiwa (Diagnostic and Statistical Annual of Mental Disorder-DSM).

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (uniaksis), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindrom, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat

ditegakkan (Katona, 2012). Multiaksis tersebut meliputi hal sebagai berikut :

- 1) Aksis 1 : Sindrom klinis dan kondisi lain yang mungkin Menjadi fokus perhatian
- 2) Aksis 2 : Gangguan kepribadian retardasi mental.
- 3) Aksis 3 : Kondisi edis secara umum.
- 4) Aksis 4 : Masalah lingkungan dan psikososial.
- 5) Aksis 5 : Penilaian fungsi secara global

Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia (PPDGJ) pada awalnya disuse berdasarkan berbagai klasifikasi pada DSM, tetapi pada PPDGJ III ini disusun berdasarkan ICD X. Secara singkat, klasifikasi PPDGJ III meliputi hal berikut :

- 1) F00 – 09 :Gangguan mental organik (termasuk gangguan mental Simtomatik)
- 2) F10 – F19 :Gangga mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
- 3) F20 – F29 :Skizoenia, gangguan skizoipal, dan gangguan waham.
- 4) F30 – F39 :Gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
- 5) F40 – F48 :Gangguan neurotic, gangguan somatoform, dan ganggaun terkait stress
- 6) F50 – F59 :Sindrom perilaku yang berhubungan dengan ganggun fisiologis dan faktor fisik.
- 7) F60 – F69 :Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
- 8) F70 – F79 :Retardasi mental.
- 9) F80 – F89 :Gangguan perkembangan psikologis.
- 10) F90 – F98 :Gangguan perilaku dan emosional dengan onset biaya pada anak dan remaja.

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada pasien dengan gangguan jiwa dapat ditegakkan berdasarkan kriteria NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ataupun NIC (Nursing Intervention Classification) NOC (Nursing Outcome Criteria). Untuk di Indonesia menggunakan hasil penelitian terhadap berbagai masalah keperawatan yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa. Pada penelitian tahun 2000, didapatkan tujuh masalah keperawatan utama yang paling sering terjadi di rumah sakit jiwa di Indonesia, yaitu :

- 1) Perilaku kekesaran.
- 2) Halusinasi.
- 3) Menarik diri.
- 4) Waham.
- 5) Bunuh diri.
- 6) Defisit perawatan diri
- 7) Harga diri rendah.

Hasil penelitian terakhir, yaitu tahun 2005, didapatkan sepuluh diagnosis keperawatan terbanyak yang paling sering ditemukan di rumah sakit jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut :

- 1) Perilaku kekerasan.
- 2) Resiko perilaku kekerasan.
- 3) Gangguan persepsi sensori : halusinasi (pendengaran, penglihatan, pengecap, peraba, penciuman).
- 4) Gangguan proses pikir.
- 5) Kerusakan komunikasi verbal.
- 6) Resiko bunuh diri.
- 7) Isolasi social.
- 8) Kerusakan interaksi social.
- 9) Defisit perawatan diri (mandi, berhias, makan, eliminasi).

10) Harga diri rendah kronis.

Dari seluruh klasifikasi diagnosis keperawatan yang paling sering ditemukan dirumah sakit jiwa ini, telah dibuat standar rencana tindakan yang dapat digunakan acuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan jiwa.

2. Keluarga

a. Pengertian Keluarga

Pengertian keluarga akan berbeda satu dengan yang lainnya. Hal ini bergantung kepada orientasi dan cara pandang yang digunakan seseorang dalam mendefinisikan. Ada beberapa pengertian keluarga yang perlu diketahui oleh mahasiswa antara lain (Harnilawati, 2013)

1) Bussard dan Ball (1996)

Keluarga merupakan lingkungan social yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang. Di keluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain, dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran dan kebiasaannya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya(Harnilawati, 2013).

2) WHO (1996)

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan (Harnilawati, 2013).

3) Duval (1972)

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan social di tiap anggota keluarga (Harnilawati, 2013).

4) Helvie (1981)

Keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat (Harnilawati, 2013)

5) Depkes RI (1988).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang berkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Harnilawati, 2013).

6) Bailon dan Maglaya (1989)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan dan adopsi, dalam satu rumah tangga berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan satu budaya (Harnilawati, 2013).

7) UU No. 10 tahun 1992

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami, istri dan anaknya atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya (Harnilawati, 2013).

8) Sayekti (1994)

Keluarga adalah satu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga (Harnilawati, 2013)

Dari beberapa pengertian diatas maka dapat disimpulkan secara umum bahwa keluarga itu terjadi jikalau adada :

- Ikatan atau persekutuan (perkawinan / kesepakatan)
- Hubungan (darah/ adopsi/ kesepakatan)
- Tinggal bersama dalam satu atap.
- Ada peran masing-masing anggota keluarga.

- Ikatan emosional

b. Ciri-Ciri Keluarga

1. Menurut Robert Maclver dan Charles Horton.
 - a) Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
 - b) Keluarga berbentuk satu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.
 - c) Keluarga merupakan suatu system tata nama (nomenclature) termasuk perhitungan garis keturunana.
 - d) Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak.
 - e) Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.
2. Ciri keluarga Indonesia
 - a) Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong.
 - b) Dijiwai oleh nilai kebudayaan keturunan.
 - c) Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemutusan dilakukan secara musyawarah.

c. Tipe Keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan (Harnilawati, 2013)

1) Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga di kelompokkan menjadi 2 yaitu :

- a) Keluarga inti (Nuclear Famil) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anaknya yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau keduanya.

- b) Keluarga besar (Extended Family) adalah keluarga inti ditambahkan anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi)
- 2) Secara Modern (berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka pengelompokan tipe keluarga selain diatas adalah :
- a) Tradisional Nuclear
Keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- b) Reconstituted Nuclear
Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali istri/suami, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- c) Middle age/ Aging Couple.
Suami sebagai pencari uang, istri di rumah kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karier.
- d) Dyadic Nuclear
Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di rumah.
- e) Single Parent
Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.
- f) Dual Carrier
Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak.

g) Commuter Married.

Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.

h) Single Adult.

Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendir dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

i) Three Generation

Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.

j) Institusional

Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam satu panti-panti.

k) Communal

Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang menogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

l) Group Marriage.

Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.

m) Unmarried Parent and Child.

Yaitu ibu dan anak di mana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi.

n) Cohibing Couple

Yaitu dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa perkawinan.

o) Gay and Lesbian Family

Yaitu keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama .

d. Struktur Keluarga.

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi, keluarga di masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam di antaranya adalah (Harnilawati, 2013)

1) Patrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2) Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3) Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4) Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

5) Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

e. Bentuk - Bentuk Keluarga

Menurut Nasrul Effendy (dalam Harnilawati, 2013) bentuk atau tipe keluarga terdiri dari beberapa unsur di bawah ini:

1) Keluarga Inti, keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak.

2) Keluarga Besar, keluarga inti ditambah dengan sanak saudara misalnya, nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.

- 3) Keluarga Berantai, keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan satu keluarga inti.
- 4) Keluarga berkomposisi, keluarga yang perkawinannya berpoligami dan hidup secara bersama.
- 5) Keluarga duda/janda, keluarga yang terjadi karena perceraian atau kematian.
- 6) Keluarga Kabitas, dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk suatu keluarga

Dari beberapa penjelasan di atas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa Keluarga adalah kehidupan dari dua orang atau lebih yang diikat hubungan darah, perkawinan atau adopsi, serta keluarga kabitas yaitu dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk suatu ikatan keluarga.

f. Macam-Macam Keluarga .

1. Keluarga Inti

Keluarga merupakan suatu terkecil yang terbentuk dari ikatan pernikahan. Biasanya keluarga inti ini terdiri dari ayah, ibu dan anak (yang belum nikah). Menurut koentjaraningrat, keluarga inti atau nuclear family memiliki dua bentuk yaitu

- a) Keluarga inti bentuk sederhana, yaitu bentuk keluarga inti yang terdiri dari ikatan pernikahan. Biasanya keluarga inti yang terdiri dari seorang suami, seorang istri, dan anak-anak yang belum menikah.
 - b) Keluarga inti bentuk kompleks, yaitu keluarga inti yang memiliki lebih dari seorang suami atau istri.
- ##### **2. Keluarga Campuran**

Keluarga campuran adalah kelompok kekerabatan yang merupakan suatu kesatuan keluarga erat yang terdiri dari mertua, beberapa orang saudara ibu atau ayah, keponakan, sepupu yang

kehidupan ekonominya masih tergantung pada kepala keluarga. Hal demikian masih banyak terdapat dimasyarakat kita terutama masyarakat yang menetap didaerah pedesaan. Salah satu jargon yang dipegang adalah “mangan gak mangan ngumpul” (makan atau tidak, yang penting berkumpul). Keluarga campuran ini disebut juga dengan istilah *extended family*.

Dari penjelasan di atas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa Keluarga merupakan suatu unit terkecil yang terbentuk dari ikatan pernikahan. Biasanya keluarga inti ini terdiri dari ayah, ibu dan anak (yang belum menikah) dan Keluarga campuran adalah kelompok kekerabatan yang merupakan suatu kesatuan keluarga erat yang terdiri dari mertua, beberapa orang saudara ibu atau ayah, keponakan, sepupu yang kehidupan ekonominya masih tergantung pada kepala keluarga.

g. Fungsi Keluarga .

Fungsi keluarga menurut Friedman (dalam Harnilawati, 2013) disebutkan dalam beberapa hal, diantaranya:

a. Fungsi Afektif dan Koping.

Keluarga memberikan kenyamanan emosional anggota membantu anggota dalam membentuk identitas dan mempertahankan saat terjadi stress.

b. Fungsi Sosialisasi

Keluarga sebagai guru, menanamkan kepercayaan, nilai, sikap, dan mekanisme koping, memberikan feedback, dan memberikan petunjuk dalam pemecahan masalah.

c. Fungsi Reproduksi

Keluarga melahirkan anak, menumbuh-kembangkan anak dan meneruskan keturunan.

d. Fungsi Ekonomi.

Keluarga memberikan finansial untuk anggota keluarganya dan kepentingan di masyarakat.

e. Fungsi Fisik

Keluarga memberikan keamanan, kenyamanan lingkungan yang dibutuhkan untuk pertumbuhan, perkembangan dan istirahat termasuk untuk penyembuhan dari sakit.

Sedangkan fungsi keluarga menurut Allender, adalah sejumlah hal di bawah ini:

1. Affection
 - a. Menciptakan suasana persaudaraan/menjaga perasaan.
 - b. Mengembangkan kehidupan seksual dan kebutuhan seksual
 - c. Menambah anggota baru.
2. Security and Acceptance
 - a. Mempertahankan kebutuhan fisik.
 - b. Menerima individu sebagai anggota.
3. Identity and Satisfaction
 - a. Mempertahankan motivasi.
 - b. Mengembangkan peran dan self image.
 - c. Mengidentifikasi tingkat sosial dan kepuasan aktivitas.
4. Affiliation and Companionship
 - a. Mengembangkan pola komunikasi.
 - b. Mempertahankan hubungan yang harmonis
5. Socialization
 - a. Mengenal kultur (nilai dan perilaku).
 - b. Aturan/pedoman hubungan internal dan eksternal.
 - c. Melepas anggota.
6. Controls
 - a. Mempertahankan kontrol sosial.
 - b. Adanya pembagian kerja.

c. Penempatan dan menggunakan sumber daya yang ada.

Dari beberapa pedapat di atas, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu persekutuan hidup yang diikat oleh perkawinan, hubungan darah atau adopsi, yang didalamnya terdapat ayah, ibu dan beberapa anak (keluarga inti) serta ditambah dengan sanak saudara misalnya, nenek, kakek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi, dan sebagainya (keluarga diperbesar). serta keluarga kabitas yaitu dua orang menjadi satu tanpa pernikahan tapi membentuk suatu ikatankeluarga. Sementara pengertian peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan.

h. Tugas Keluarga dalam Kesehatan

Keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan (Friedman,2010) yang meliputi :

1. Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengetahui masalah kesehatan keluarga klien dengan perilaku kekerasan , keluarga perlu mengetahui penyebab tanda-tanda klien kambuh dan perilaku maladafifnya meliputi keluarga perlu mengetahui perilaku kekerasan , tanda dan gejalanya , cara mengontrol perilaku kekerasan dengan minum obat dan cara spiritual .
2. Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan keperawatan yang tepat dalam mengatasi anggota keluarga dengan prilaku kekerasan , menanyakan kepada orang yang lebih tahu, misalnya membawa ke pelayanan kesehatan atau membawa untuk dirawat ke rumah sakit jiwa .
3. Mengetahui sejauh mana kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang perlu dikaji pengetahuan tentang akibat lanjut perilaku kekerasab ayng dilakukan , pemahaman keluarga tentang cara merawat anggota keluarga dengan riwayat prilaku kekerasan yang perlu dilakukan oleh keluarga ,

pengetahuan keluarga tentang alat-alat yang membahayakan bagi anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan , pengetahuan keluarga tentang sumber yang dimiliki keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan ,bagaimana keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan yang membutuhkan bantuan .

4. Mengetahui kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan, yang perlu dikaji : pengetahuan keluarga tentang sumber-sumber yang dimiliki keluarga dalam memodifikasi lingkungan khususnya dalam merawat anggota keluarga dengan riwayat perilaku kekerasan, kemampuan keluarga dalam memanfaatkan lingkungan yang asertif .
5. Mengetahu kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di masyarakat, yang perlu dikaji pengetahuan keluarga tentang fasilitas keberadaan pelayanan kesehatan dalam mengatasi perilaku kekerasannya. Pemahaman keluarga tentang manfaat fasilitas pelayanan yang berada di masyarakat, tingkat kepercayaan keluarga terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga mempunyai pengalaman yang kurang tentang fasilitas pelayanan kesehatan, apakah keluarga dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat .

i. Peran Keluarga Dalam Perawatan Pasien Dengan Gangguan Jiwa

Peran keluarga menurut beberapa sumber antara lain adalah sebagai berikut :

1. Keluarga perlu memperlakukan penderita gangguan jiwa dengan sikap yang bisa membubuhkan dan mendukung tumbuhnya harapan dan optimism. Harapan dan optimism akan menjadi motor penggerak pemulihan dari gangguan jiwa, dilain pihak kata menghina memandang rendah dan membubuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pemulihan. Harapan merupakan pendorong

proses pemulihan, salah satu faktor penting dalam pemulihan adalah adanya keluarga, saudara dan teman yang percaya bahwa seorang penderita gangguan jiwa bisa pulih dan kembali hidup produktif di masyarakat. Mereka bisa memberikan harapan, semangat dan dukungan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan. Memulai dukungan yang terciptanya lewat jaringan persaudaraan dan pertemanan, maka penderita gangguan jiwa bisa mengubah hidupnya, dari keadaan kurang sehat dan tidak sejahtera menjadi kehidupan yang lebih sejahtera dan mempunyai peranan di masyarakat. Hal tersebut akan mendorong kemampuan penderita gangguan jiwa mampu hidup mandiri, mempunyai peranan dan berpartisipasi di masyarakat. Harapan dan optimism akan menjadi motor penggerak pemulihan dari gangguan jiwa. Dilain pihak, kata-kata yang menghina, memandang rendah dan menumbuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pemulihan (Setiadi,2014).

2. Peran keluarga diharapkan dalam perawatan klien gangguan jiwa adalah dalam pemberian obat, pengawasan minum obat dan meminimalkan ekspresi keluarga. Keluarga merupakan unit paling dekat dengan klien dan merupakan “ perawat utama” bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan klien, kebersihan perawatan di rumah sakit akan sia-sia jika kemudian mengakibatkan klien harus dirawat kembali di rumah sakit (Keliat 1996, dalam Made Ruspawan *et al*, 2011).
3. Peran keluarga mengontrol ekspresi emosi keluarga, seperti mengkritik, bermusuhan dapat mengakibatkan tekanan pada klien Andri(2008), pendapat serupa juga diungkapkan David (2003), yang menyatakan bahwa kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan (Made Ruspawan *et al*, 2011)

4. Peran keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan, kepedulian ini diwujudkan cara meningkatkan fungsi afektif yang dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, memberikan kesempatan rekreasi, memberikan tanggung jawab dan kewajiban peran dari keluarga sebagai pemberi asuhan (Wuryaningsih *et al*, 201

j. Sumber dan Manfaat Dukungan Keluarga

Friedman (1988) dikutip dalam suwardiman (2011) menyatakan bahwa sumber dukungan keluarga, dimana dukungan keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi keluarga memandang orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Sumber dukungan tersebut dapat berupa perhatian, penghargaan, informasi dan nasehat.

Manfaat dukungan keluarga menurut Friedman (1988) dalam Suwardiman (2011), adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda namun demikian keluarga mampu berfungsi dalam kepandaian dan akal sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi dalam kehidupan.

Ryan dan Austin dalam Friedman (1988) dikutip oleh Suwardiman (2011), menyatakan secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya moralitas, lebih mudah sembuh, dan pemulihan fungsi kognitif, fisik, serta kesehatan emosi.

k. Fungsi Dukungan Keluarga

House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan keluarga, diantaranya:

1. Dukunga Emosional

Aspek – aspek dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung serta menghargai kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional.

Dukungan emosional memberikan individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi. Untuk itu keluarga dapat membantu dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga (L.Andriani, 2014)

2. Dukungan Informasi

Aspek – aspek dalam dukungan informasi meliputi nasehat, usulan, saran, petunjuk, dan pemberian informasi

3. Dukungan Intrumental

Dukungan intrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

Fungsi ekonomi keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga. Sedangkan fungsi perawatan kesehatan merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarganya, diantaranya merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan untuk memerikasakan kesehatanya.

4. Dukungan Penilaian

Keluarga bertindak sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian. Dukungan penilaian mempunyai fungsi afektif. Dengan adanya support, penghargaan dan perhatian ini pasien menjadi termotivasi, pasien merasa dihargai dan merasa masih ada yang memperhatikannya.

1. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan pasien dengan gangguan jiwa (Ryandini et al, 2011). Keluarga adalah *cargiver* untuk pasien dengan ganggua jiwa di rumah. Perannya menggantikan peran perawat saat di rumah sakit. Pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan keluarga. Hal ini memperlihatkan pentingnya pengetahuan keluarga untuk proses penyembuhan pasien (Yuspinah, 2012). Berdasarkan uraian diatas maka harus kita ketahui bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang, diantaranya adalah (Notoatmojo, 2003) :

1. Pendidikan

Pendidikan merupakan suatu usaha mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun media massa. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan, dengan pendidikan tinggi diharapkan akan semakin luas pengetahuannya.

2. Informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya

teknologi berimbas pada banyaknya media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

3. Sosial budaya dan ekonomi

Budaya yang dianut seseorang mempengaruhi pengetahuan. Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang seringkali tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

5. Pengalaman

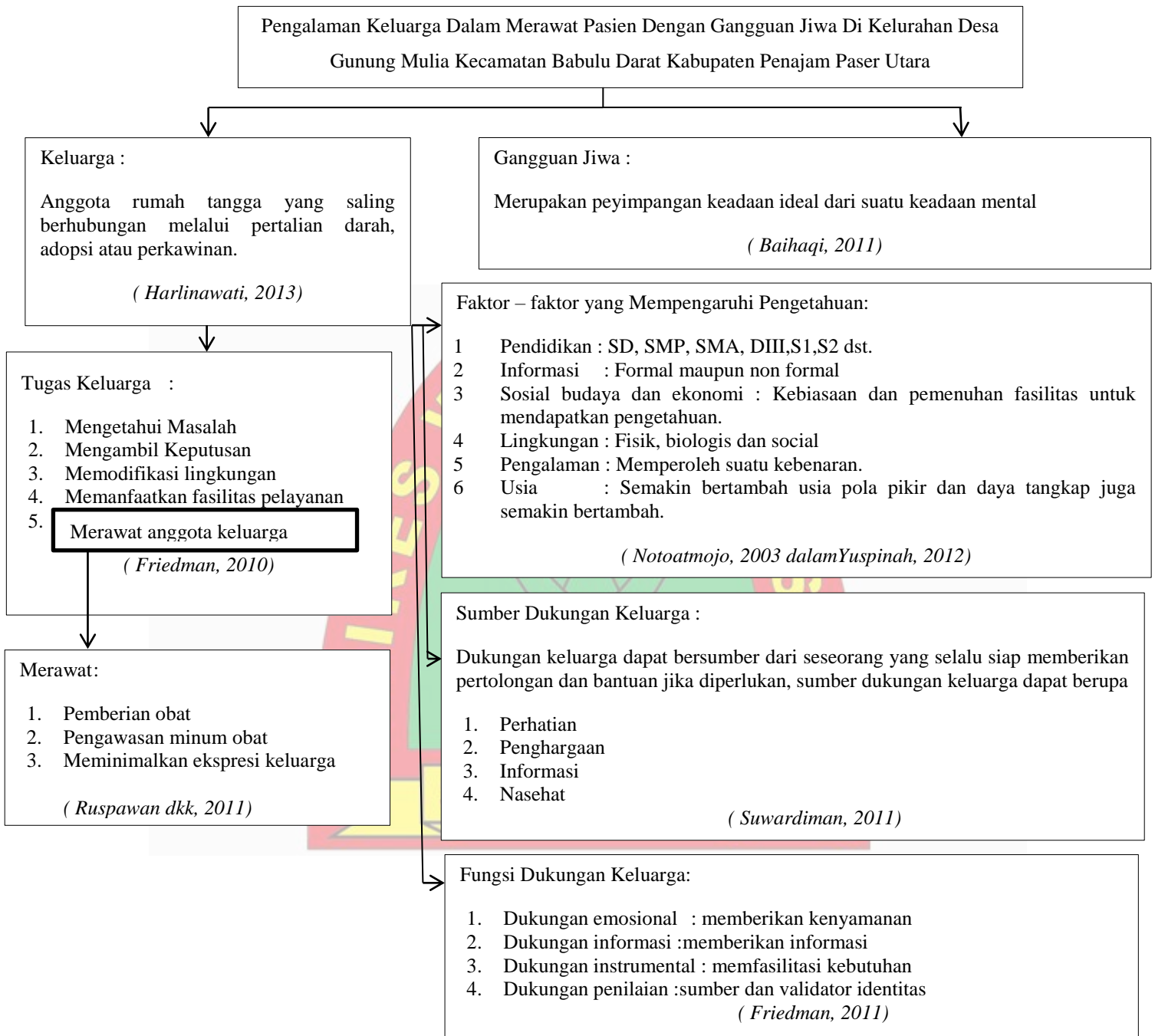
Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi di masa lalu. Pengalaman dapat diperoleh dari diri sendiri maupun orang lain. Pengalaman yang diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seringnya anggota keluarga dirawat menjadikan keluarga sering menerima informasi sehingga dapat menambah pengetahuan mereka.

6. Usia

Usia mempengaruhi pengetahuan terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan menambah.



B. Kerangka Teori Penelitian



(Gambar 2.1 Kerangka teori penelitian

Sumber : Dari berbagai sumber (diolah peneliti 2018)

(Harlinaati, 2013, Baihaqi, 2011, Friedman, 2010, Notoatmojo, 2003 dalam Yuspinah, 2010,

Ruspawan dkk, 2011, suwardiman, 2010, Friedman, 2011)

C. Pernyataan Penelitian.

1. Mendeskripsikan pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien dengan gangguan jiwa.
2. Mendeskripsikan sumber dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa.
3. Mendeskripsikan fungsi dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang di alami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain secara holistic dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Iskandar, 2008).

Rancangan pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Fenomenologi merupakan suatu pendekatan riset dan filosofi Eropa yang diperkenalkan pertama kali pada abad ke-20 oleh Edmund Husserl tepatnya pada tahun 1859-1938. Pendapat Husserl tentang perspektif fenomenologi adalah memberikan deskripsi, refleksi, interpretasi, dan modus riset yang menyampaikan intisari dari pengalaman kehidupan individu yang diteliti. Fenomenologi berkontribusi mendalam pemahaman tentang berbagai perilaku, tindakan, dan gagasan masing-masing individu terhadap dunia kehidupannya melalui sudut pandangnya yang diketahui dan diterima secara benar. Van Manen (2007) menjelaskan yang dimaksud pengalaman individu berdasarkan pendekatan fenomenologi adalah berbagai persepsi individu tentang keberadaanya di dunia, kepercayaan dan nilai-nilai yang dimiliki tentang sesuatu dari sudut pandangnya (Afiyanti, 2014)

B. Lokasi dan Waktu Penelitian.

1. Lokasi

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Gunung Mulia RT 05,06 dan 07 Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara.

2. Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari – Maret 2018.

C. Subjek Penelitian dan Objek Penelitian

1. Subjek Penelitian.

Subjek penelitian atau informan adalah orang yang diminta untuk memberikan keterangan tentang suatu fakta atau pendapat. Subjek penelitian adalah subjek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti dan subjek penelitian merupakan sumber informasi yang digali untuk mengungkapkan fakta-fakta di lapangan (Arikunto, 2007). Penentuan subjek penelitian dalam penelitian ini digunakan untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan secara jelas dan mendalam. Adapun subjek dalam penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang berjumlah 5 keluarga.

2. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian adalah satuan tertentu yang diperhitungkan sebagai subjek penelitian. Dalam pengertian yang lain, Objek penelitian diartikan sebagai sesuatu yang berkaitan dengan focus atau komponen yang diteliti. Adapun objek dalam penelitian ini adalah pasien gangguan jiwa itu sendiri yang berjumlah 5 pasien, karena pasien masih berkaitan dengan fokus penelitian yaitu keluarga yang merawat.

D. Pemilihan Subjek Penelitian.

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan *purposif sampling* untuk memperluas subjek penelitian. Metode ini merupakan salah satu bentuk judgment sampling. Dienes (1984 dalam Creswell, 1998) merekomendasikan jumlah partisipan dalam penelitian fenomenologi adalah 3-10 orang, sedangkan Riemen (1986, dalam (creswell 1998)) merekomendasikan 6-10 orang atau tergantung pada tercapainya saturasi data. Jika belum tercapai saturasi data maka jumlah partisipan dapat ditambah sampai terjadi pengulangan informasi oleh partisipan. Jumlah partisipan dapat diakhiri berdasarkan informasi yang didapatkan mencapai saturasi, jumlah partisipan bisa mencapai 10 orang atau

kurang dari 10 partisipan (Hungler, 2001). Cara pengambilan sampel dengan teknik ini dilakukan dengan arah menetapkan terlebih dahulu kriteria partisipan yang telah ditetapkan sebelumnya (Afiyanti, 2014). Adapun kriteria informan dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut.

1. Keluarga yang pernah memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
2. Keluarga yang pernah mengalami merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
3. Keluarga yang pernah memiliki dan mengalami merawat pasien dengan gangguan jiwa baik pasien itu saat ini sudah sembuh ataupun masih mengalami gangguan jiwa.
4. Laki-laki atau perempuan
5. Keluarga yang bersedia menjadi informan.

E. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.

1. Sumber Data

Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumentasi dan lainnya (Lofland dalam Meleong, 2005). Sumber data dalam penelitian ini yaitu keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2. Instrumen Penelitian.

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri sehingga peneliti harus divalidasi. Validasi terhadap penelitian kualitatif, meliputi : pemahaman metode kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akademik maupun logikanya (Sugiono, 2009).

Penelitian kualitatif sebagai human instrument berfungsi menetapkan focus penelitian, memiliki informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya (Sugiono, 2009). Dalam penelitian ini,

peneliti menggunakan 5 pertanyaan pokok wawancara mendalam dengan sistem wawancara semi standar (*Semistandardized interview*). Wawancara semi standar merupakan kombinasi wawancara terpimpin dan tidak terpimpin yang menggunakan beberapa inti pokok pertanyaan yang akan diajukan, yaitu interview membuat garis besar pokok pembicaraan, namun dalam melaksanakan interview mengajukan pertanyaan secara bebas, pokok-pokok pertanyaan dirumuskan tidak perlu dipertanyakan secara berurutan dan pemilihan kata-katanya juga tidak baku tetapi dimodifikasi pada saat wawancara berdasarkan situasinya.

Munurut Sugiono (2009) peneliti sebagai instrument atau alat penelitian kerana mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

1. Peneliti sebagai alat peka dan dapat bereaksi terhadap segala stimulus dari lingkungan yang harus diperkirakannya bermakna atau tidak bagi penelitian.
2. Peneliti sebagai alat dapat menyesuaikan diri terhadap semua aspek keadaan dan dapat mengumpulkan aneka ragam data sekaligus.
3. Setiap situasi merupakan keseluruhan artinya tidak ada suatu instrument berupa teks atau angker yang dapat menangkap keseluruhan situasi kecuali manusia.
4. Suatu situasi yang melibatkan interaksi manusia tidak dapat dipahami dengan pengetahuan semata dan untuk memahaminya, kita perlu sering merasakannya, menyelaminya berdasarkan pengetahuan kita.
5. Peneliti sebagai instrument dapat segera menganalisis data yang diperoleh. Peneliti dapat menafsirkannya, melahirkan hipotesis dengan segera untuk menentukan arah pengamatan, untuk mengetes hipotesis yang timbul seketika.
6. Hanya manusia sebagai instrument dapat mengambil kesimpulan berdasarkan data yang dikumpulkan pada suatu saat dan menggunakan segera sebagai balikan untuk memperoleh penegasan, perubahan, perbaikan atau perlakuan.

Peneliti juga tidak lupa melengkapi diri dengan :

- a. Aplikasi rekam *Handphone* yang berfungsi merekam hasil wawancara antara peneliti dan informan.
- b. Camera digital untuk memotret keadaan yang dilapangan.
- c. Daftar pertanyaan sebagai pedoman wawancara dilapangan.
- d. Catatan lapangan sebagai pedoman observasi untuk mencatat informasi tambahan yang merupakan hasil observasi lapangan.

F. Teknik Pengumpulan Data.

Pengumpulan data merupakan kegiatan yang paling penting bagi kegiatan penelitian, karena pengumpulan data tersebut akan menentukan hasil suatu penelitian. Sehingga dalam penelitian teknik pengumpulan data harus cermat.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan mengajukan pertanyaan langsung oleh peneliti kepada partisipan, jawaban-jawaban responden dicatat atau direkam (Hasan, 2002). Terdapat tujuh langkah dalam melakukan metode wawancara (Kvale, 2011). Langkah-langkah tersebut perlu dilakukan peneliti dalam melakukan wawancara. Berikut langkah-langkah tersebut :

- 1) Peneliti menentukan partisipan terlebih dahulu sebelum melakukan wawancara.
- 2) Melakukan wawancara sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dibuat secara sistematis. Waktu yang diperlukan peneliti dalam tiap wawancara sekitar 10-15 menit dengan menggunakan alat bantu untuk merekam dan memvideo berupa *handphone*.
- 3) Setelah melakukan wawancara peneliti kemudian langsung mentranskrip hasil wawancara tersebut.
- 4) Setelah transkrip sudah selesai peneliti kemudian menganalisis hasil transkrip tersebut untuk dapat membuat kategori.

- 5) Setelah hasil transkrip sudah selesai dan sudah dianalisis kemudian peneliti melakukan validasi data dengan mendatangi partisipan dan mengkonfirmasi kembali hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti dengan partisipan.
- 6) Membuat laporan hasil wawancara.

2. Observasi

Menurut (Sugiono, 2013), observasi adalah teknik pengumpulan data dengan melakukan pengamatan terhadap suatu objek yang diteliti baik secara langsung maupun tidak langsung untuk memperoleh data yang harus dikumpulkan dalam penelitian. Melalui observasi, peneliti bisa mengobservasi pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa melalui mendatangi Desa Gunung Mulia dan melakukan wawancara singkat kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk mengetahui sekilas tentang pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Melalui observasi ini baik observasi tempat dan melakukan wawancara secara singkat kepada warga yang ada di sekitar rumah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa ini sangat membantu peneliti untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian.

Adapun hasil observasi dalam penelitian ini adalah keadaan Desa Gunung Mulia yang sekarang ini sedang dalam kondisi panen padi yang melimpah jadi hampir setiap rumah di depannya ada yang sedang menjemur padi, peneliti juga mendapatkan pemandangan yang berbeda yaitu keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang ada di Desa Gunung Mulia tersebut memperlakukan anggota keluarga mereka yang menderita gangguan jiwa ini dengan sangat baik bahkan mereka dengan sangat telaten untuk memandikan dan memberi makan anggota mereka yang mengalami gangguan jiwa walaupun mereka hidup dengan balutan kesederhanaan.

3. Dokumentasi.

Dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu (Sugiyono, 2009). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini berupa foto atau gambar dan hasil rekaman selama wawancara berlangsung. Adapun dokumentasi dalam penelitian ini yaitu berupa gambar, video serta foto peneliti pada saat melakukan wawancara dan sesudah melakukan wawancara. Hasil penelitian dari wawancara dan observasi akan semakin sah dan dapat dipercaya apa bila didukung dengan hasil dokumentasi.

G. Prosedur Pengumpulan Data.

1. Tahap Persiapan

Pengumpulan data dimulai dengan kontak awal dilakukan peneliti dengan salah satu warga yang ada di Desa Gunung Mulia guna mendapatkan data terkait jumlah partisipan. Kemudian peneliti mengunjingi partisipan untuk membina hubungan saling percaya. Peneliti menjelaskan tentang tujuan dan menanyakan ketersediaan partisipan untuk mengikuti penelitian ini, kontrak waktu serta menyampaikan informend consent.

2. Tahap Pelaksanaan.

Pada tahap ini peneliti melakukan wawancara mendalam dengan tiga fase, yaitu :

a) Fase Orientasi

Pada fase orientasi dalam penelitian ini, peneliti memulai dengan melakukan inform consent dengan partisipan, setelah partisipan menandatangani inform consent tersebut peneliti membuat suasana di rumah partisipan menjadi nyaman dan tidak lupa peneliti mempersiapkan aplikasi rekaman handphone serta camera untuk memvideo dan alat tulis untuk mencatat apa yang perlu peneliti catat.

b) Fase Kerja

Pada fase kerja dalam penelitian ini, peneliti langsung saja memulai wawancara dengan memberikan pertanyaan semi standard an dalam

bentuk pertanyaan terbuka, guna untuk memberi kebebasan partisipan untuk menjawab sesuai dengan apa yang telah dialami partisipan. Peneliti menggunakan pedoman wawancara untuk memandu peneliti dalam mengajukan pertanyaan. Setiap selesai wawancara dilakukan analisis hasil wawancara, yang kemudian dibuat dalam bentuk transkrip.

c) Fase Terminasi

Pada fase terminasi dalam penelitian ini dilakukan setelah semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih atas kerjasamanya dalam penelitian yang sedang dilakukan. Peneliti kemudian membuat kontrak kembali dengan partisipan untuk pertemuan selanjutnya, yaitu untuk melakukan validasi data penelitian.

H. Analisis Data

1. Coding

Proses koding adalah proses memberi definisi tentang apa atau seperti apa data yang sedang dipelajari peneliti (Charmaz, 2009). Proses ini dilakukan peneliti dengan cara mereduksi data ke dalam segmen-segmen khusus yang memiliki arti dan memberi nama atau label dari segmen-segmen tersebut, mengkombinasikan atau membuat hubungan di antara segmen-segmen data yang sudah diberi label/ nama menjadi suatu kategori atau tema, kemudian menampilkannya dan membuat perbandingan dalam bentuk gambar, tabel, atau grafik. Coding yang dilakukan peneliti dalam penelitian ini yaitu seperti nama partisipan dan tema penelitian, contohnya partisipan ¹ dan untuk tema seperti¹

2. Membuat tema atau kategori

Tema atau kategori adalah hasil akhir dari proses koding, hasil kategorisasi data, dan hasil refleksi analitik data yang telah dilakukan melalui proses koding. Tema atau kategori adalah unit data atau informasi yang luas yang terdiri dari gabungan beberapa kode/label yang telah dikelompokkan

membuat suatu ide yang bersifat umum. Pembuatan tema atau kategori merupakan tahap terakhir dari melakukan abstraksi pada data yang telah dihasilkan. Selama proses membuat tema atau kategori, peneliti diwajibkan menulis memo. Adapun tema yang di hasilkan dalam penelitian ini yaitu terdapat 3 tema utama.

3. Penulisan memo

Menulis memo pada kode-kode yang telah ditemukan mulai dari awal proses analisis, akan membantu peneliti melakukan klarifikasi tentang apa yang terjadi pada lokasi penelitian. Aktifitas menulis memo dilakukan secara terus menerus selama proses analisis data untuk membantu peneliti menentukan kategori inti. Adapun kategori yang di hasilkan peneliti selama melakukan penelitian yaitu ada 6 kategori.

I. Keabsahan data

Dalam penelitian kualitatif, uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji kredibilitas (kepercayaan), transferebilitas (keteralihan), dan dependibilitas(ketergantungan) (Afiyanti, 2014).

1. Uji Kredibilitas

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan.

2. Uji Transferabilitas

Seberapa mampu suatu hasil penelitian kualitatif dapat diaplikasikan dan dialihkan pada keadaan atau konteks lain atau kelompok atau partisipan lainnya merupakan pertanyaan untuk menilai kualitas tingkat keteralihan atau transferabilitas.

3. Uji Dependabilitas

Pertanyaan dasar untuk memperoleh nilai dependibiliatas atau reliabilitas dari studi kualitatif adalah bagaimana studi yang sama dapat diulang atau

direplikasi pada saat yang berbeda dengan menggunakan metode yang sama, partisipan yang sama, dan dalam konteks yang sama .

J. Etik Penelitian

Etik dalam penelitian merupakan hal yang sangat penting dalam pelaksanaan sebuah penelitian mengingat penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam kegiatan penelitian.

1. Informed consent

Merupakan cara persetujuan antara peneliti dengan informan dengan memberikan lembar persetujuan (Informed consent). Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi informan. Tujuan informed consent adalah agar informan mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika informan bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika informan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak.

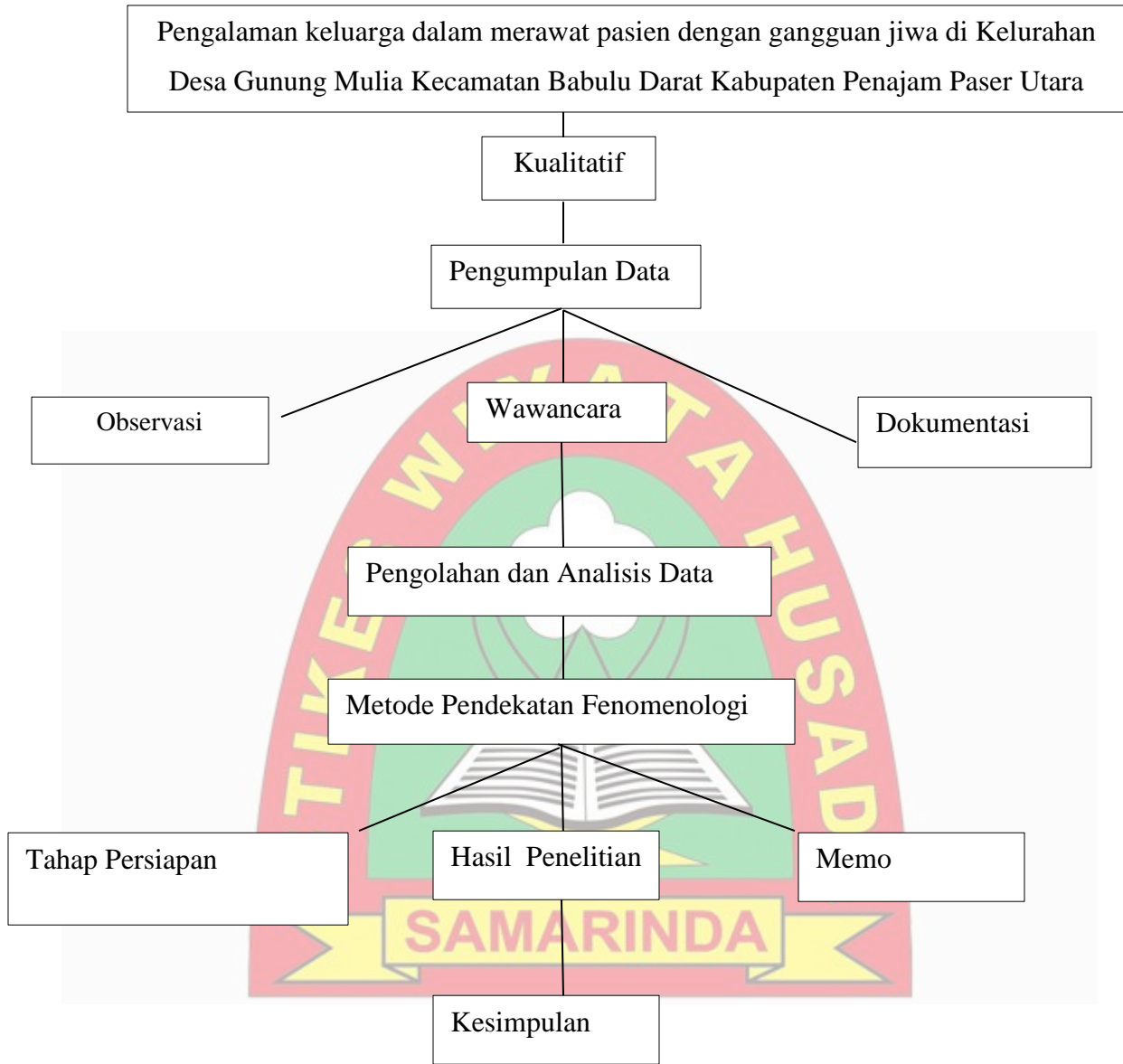
2. Anonimity

Merupakan etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama informan pada lembar penelitian dan hanya menulis inisial/kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

3. Confidentiality (Kerahasiaan).

Merupakan etika dalam penelitian untuk menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya, semua informan yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaanya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian.

K. Alur Penelitian.



(Gambar 2.2 : Alur Penelitian)

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti untuk menjawab pertanyaan penelitian “ Bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara. Hasil penelitian ini dibagi menjadi 2 bagian yaitu bagian pertama menceritakan secara singkat tentang gambaran lokasi penelitian dan gambaran karakteristik partisipan serta pada bagian kedua akan membahas tentang tema-tema yang dihasilkan pada penelitian ini

B. Gambaran Lokasi Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini dilaksanakan di Desa Gunung Mulia yang berada di Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara. Desa Gunung Mulia merupakan sebuah Desa yang terkenal dengan Desa yang mayoritas penduduk nya bekerja sebagai petani serta merupakan sebuah Desa yang masih dalam tahap pemekaran, di Desa Gunung Mulia terdapat 2 Taman Kanak-Kanak, 1 Sekolah Dasar, 1 Sekolah Menengah Pertama dan 1 Puskesmas Pembantu yang baru diresmikan kurang lebih 1 tahun belakangan ini, di puskesmas pembantu itu hanya terdapat 2 tenaga kesehatan yaitu 1 bidan dan 1 perawat, peralatan di puskesmas pembantu itu sendiri belum terlalu lengkap. Jika kita memasuki Desa Gunung Mulia pada bulan ini dan 3 bulan kedepan pastilah pemandangan yang akan kita dapatkan yaitu di depan rumah-rumah warga serta di pinggir-pinggir jalan pasti banyak sekali orang-orang yang sedang mejemur padi karena di Desa Gunung Mulia pada saat ini sedang ada panen padi. Desa Gunung Mulia merupakan desa yang sangat asri dengan pemandangan ratusan hektar

sawah yang membentang luas di warnai tumbuhan padi yang sangat hijau dan apa pula tumbuhan padi yang mulai menunduk dan menguning .

C. Gambaran Karakteristik Partisipan

Gambaran karakteristik partisipan dalam penelitian adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa dan melaukan perawatan, yang bertempat tinggal di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara. Adapun karakteristik partisipan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan di Desa Gunung Mulia Kecamatan Babulu Darat Kabupaten Penajam Paser Utara

No	Partisipan	Usia	JK	TB	BB	Suku	Agama	Wajah	Pendidikam
1	1	56 Thn	Lk	170 Cm	65 Kg	Jawa	Islam	Lonjong	SD
2	2	38 Thn	Pr	165 Cm	70 Kg	Jawa	Islam	Oval	SMP
3	3	57 Thn	Lk	160 Cm	65 Kg	Jawa	Islam	Bulat	SD
4	4	54 Thn	Pr	165 Cm	70 Kg	Jawa	Islam	Bulat	SD
5	5	42 Thn	Pr	170 Cm	70 Kg	Jawa	Islam	Lonjong	SMP

D. Profil Partisipan

1. Partisipan ¹

Partisipan sehari-hari bekerja sebagai petani dan pengambil rumput untuk makanan sapi. Partisipan sudah lama tinggal di Desa Gunung Mulia semenjak masih tran dulu, partisipan merasa nyaman tinggal di Desa Gunung Mulia karena menurut partisipan mencari uang di Kalimantan lebih mudah di bandingkan mencari uang di Jawa. Partisipan juga mengungkapkan bahwa dia tidak memiliki keinginan untuk pulang ke Jawa, mungkin pulang ke jawa hanya menengok keluarga saja.

Hari Kamis tanggal 1 Maret 2018 pukul 11.00 pagi hari, peneliti dan partisipan bertemu di rumah partisipan yang berkediaman di RT 05 Desa Gunung Mulia untuk melakukan wawancara. Partisipan menyambut peneliti dengan sangat baik dan ramah tidak ada raut tidak senang sama sekali dari wajah partisipan dan keluarga ketika peneliti datang dan tidak lupa istri partisipan pun juga membuatkan secangkir teh hangat untuk peneliti. Sebelum wawancara dimulai, peneliti menjelaskan secara singkat tujuan, maksud serta kesiapan diri partisipan dalam wawancara ini dan partisipan memahami semua penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti, tak lupa peneliti menyampaikan kepada partisipan bahwa semua pertanyaan tersebut harus di jawab sesuai dengan apa yang benar-benar dialami oleh partisipan itu sendiri. Partisipan sudah siap memberi jawaban terhadap setiap pertanyaan yang diajukan oleh peneliti, sehingga wawancara berjalan lancar dan dalam suasana yang cukup hening karena partisipan tinggal di daerah perkampungan yang lumayan jauh dengan keramaian kendaraan yang terdengar hanyalah suara ayam peliharaan partisipan.

2. Partisipan ²

Partisipan sehari-hari bekerja sebagai buruh polibet dengan upah 1 polibet 300 rupiah. Partisipan menceritakan bahwa dulu dia hanyalah perantau dari Jawa ke Kalimantan, akhirnya setelah di Kalimantan partisipan mendapatkan jodoh orang Kalimantan, merasa bahwa mencari uang di Kalimantan tidak sesulit mencari uang di Jawa akhirnya partisipan menetap di Kalimantan dan tidak memiliki keinginan untuk kembali ke kampung halamannya yaitu ke Jawa.

Hari Jumat tanggal 2 Maret 2018 pukul 18.00 tepatnya mendekati adzan magrib peneliti bertemu dengan partisipan di rumah partisipan yang tepatnya berada di RT 05 Desa Gunung Mulia untuk melakukan wawancara. Partisipan sangat menyambut kedatangan peneliti dengan sangat baik walaupun tampaknya partisipan sangat capek karena baru saja pulang dari sawah. Sebelum wawancara dimulai, peneliti menjelaskan secara singkat

maksud serta tujuan dari dilakukannya wawancara tersebut. Partisipan sangat memahami penjelasan yang telah diberikan oleh peneliti. Setelah partisipan siap, wawancarapun segera dimulai dan berjalan cukup lancar dengan suasana yang sepi tetapi terdengar suara adzan di tengah-tengah wawancara karena peneliti mendatangi kediaman partisipan sudah mendekati adzan magrib.

3. Partisipan ³

Partisipan sehari-hari bekerja di sawah sebagai seorang petani dan terkadang juga partisipan menjadi seorang buruh apa pun itu tergantung disuruh apa dengan tetangganya. Partisipan memiliki banyak peliharaan ternak yang sedikit banyak dapat membantu perekonomian keluarga partisipan. Partisipan tinggal di Desa Gunung Mulia sudah cukup lama semenjak dirinya masih kecil dan sampai sekarang tetap betah tinggal di Kalimantan tepatnya di Desa Gunung Mulia tersebut karena partisipan merasa nyaman dan kedua orang tuanya pun juga sudah menutup usia di Kalimantan ini.

Hari Sabtu tanggal 3 Maret 2018 pada pukul 10.00 pagi hari, peneliti mendatangi rumah partisipan yang berada tepatnya di RT 06 Desa Gunung Mulia untuk melakukan wawancara secara langsung dengan partisipan. Partisipan menyambungkan kedatangan peneliti dengan cukup baik dan langsung saja mengajak peneliti masuk kedalam rumah partisipan. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan sedikit tentang maksud dan tujuan peneliti datang ke rumah partisipan kembali. Peneliti juga menanyakan kesiapan diri partisipan untuk menjawab setiap pertanyaan dari peneliti pada saat wawancara berlangsung. Partisipan pun mengaku sudah memahami semua penjelasan yang telah diberikan peneliti. Setelah partisipan sudah mengerti dan memahami wawancara pun siap untuk dimulai, wawancara berjalan cukup lancar dengan suasana yang hening dan jauh dari suara bising kendaraan yang melintas.

4. Partisipan ⁴

Partisipan sehari-hari bekerja sebagai petani di sawah, terkadang untuk mencukupi kehidupan sehari-harinya partisipan memiliki kerjaan sampingan sebagai seorang buruh, buruh apa saja yang penting dapat menghasilkan rupiah. Partisipan sudah sangat lama tinggal di Desa Gunung Mulia, partisipan juga menuturkan bahwa beliau sudah tidak memiliki keinginan untuk kembali ke kampung halamnya, karena menurut beliau untuk makan saja susah apa lagi untuk pulang ke kampung halaman.

Hari minggu 4 Maret 2018 pada pukul 19.00 malam hari, peneliti mendatangi rumah partisipan yang berada di RT 06 Desa Gunung Mulia untuk melakukan wawancara. Partisipan yang sedang memasak di dapur menyambut kedatangan peneliti dengan sangat baik dan mempersilahkan peneliti masuk ke dalam dapur rumahnya yang di dapur tersebut masih ada tungku dari tanah liat untuk memasak, sungguh suasana yang sangat sederhana, tetapi tidak ada raut penyesalahan dan kesedihan yang terpancar dari wajah partisipan, beliau masih saja terlihat sangat tegar. Sebelum melakukan wawancara peneliti menjelaskan terlebih dahulu maksud serta tujuan dari wawancara tersebut, setelah menjelaskan peneliti menanyakan kepada partisipan apakah partisipan mengerti atau tidak, dan akhirnya dengan wajah meyakinkan partisipan pun mengatakan bahwa beliau mengerti semua penjelasan yang telah di sampaikan oleh peneliti. Setelah partisipan mengerti dan siap untuk menjawab semua pertanyaan dari peneliti wawancara pun segera dimulai, wawancara berjalan dengan keadaan sepi karena peneliti dan partisipan melakukan wawancara setelah adzan magrib.

5. Partisipan ⁵

Partisipan setiap hari bekerja sebagai seorang petani untuk membantu suaminya memperbaiki perekonomian keluarga mereka. Partisipan sudah cukup lama tinggal di Desa Gunung Mulia, partisipan juga bukanlah orang Kalimantan asli tetapi partisipan juga seorang pendatang dari Jawa.

Hari senin tanggal 5 Maret 2018 pada pukul 20.00 malam hari, peneliti mendatangi rumah partisipan yang berada di RT 06 Desa Gunung Mulia. Partisipan menyambut kedatangan peneliti dengan sangat baik dan ramah. Partisipan tampak tidak sama sekali merasa keberatan dengan kedatangan peneliti. Sebelum wawancara dimulai peneliti menjelaskan terlebih dahulu kepada partisipan tentang maksud dan tujuan dari dilakukannya wawancara pada malam hari ini. Setelah partisipan mengerti semua penjelasan yang telah diberikan peneliti dan peneliti sudah memastikan bahwa partisipan sudah siap untuk menjawab semua pertanyaan yang akan diberikan oleh peneliti kepada partisipan maka wawancara pun dapat di mulai. Wawancara berjalan dengan baik dan dengan keadaan yang hening karena wawancara dilakukan pada malam hari di rumah partisipan yang jauh dari keramaian.

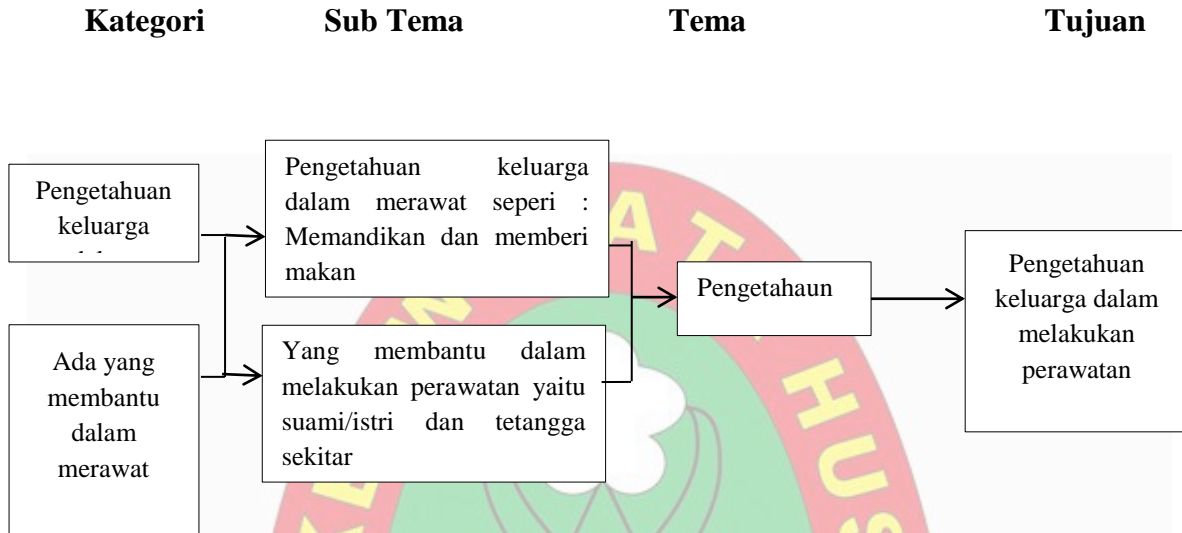
E. Tema Hasil Analisis Penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk berdasarkan jawaban partisipan terhadap pertanyaan-pertanyaan yang mengacu pada tujuan khusus penelitian. Tiga tujuan khusus penelitian terjawab dalam tiga tema hasil analisis penelitian, sehingga narasi penjelasan sesuai tujuan khusus yang diuraikan dalam urutan penomoran mulai tema pertama sampai tema ke tiga. Adapun ketiga tema dapat digambarkan dalam keseluruhan tema hasil analisis penelitian sebagai berikut:

1. Tema 1 : Pengetahuan Keluarga Dalam Perawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa

Pengetahuan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa adalah memberi makan, menyiapkan makanan dan terkadang juga memandikan serta memotong rambut pasien. Hampir semua partisipan mengatakan bahwa perawatan yang dilakukan keluarga yaitu memberi makan dan menyiapkan makanan.

Sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan kepada 5 partisipan pengetahuan tentang perawatan pasien dengan gangguan jiwa, diketahui semua partisipan memahami bahwa melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa itu seperti memandikan dan memberi makan. Peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dari partisipan seperti di bawah ini :



a. Memberi makan

Keluarga selalu menyediakan makanan untuk pasien dengan gangguan jiwa karena permasalahan jika pasien dengan gangguan jiwa tidak di sediakan makanannya ada yang bisa mengamuk, ada yang tidak mau makanannya telat, ada yang memang pasiennya hanya berdiam diri saja di kamar, ada juga keluarga yang merasa bahwa apabila dia tidak menyediakan makanan untuk pasien dia merasa bahwa pasien itu tidak terawat, dari hasil wawancara didapatkan jawaban partisipan sebagai berikut :

Kata kunci terkait memberi makan dan memandikan :

“ Pengalaman kulo mbak niki geh kulo niki wong mboten duwe tani mawon niku pengalaman kulo geh pripon geh nek ajeng teng ngalas ajeng ngaret wongten geh ndadak ngedusi dadak ngekei sarapan geh malah dee niku geh sok-sok niku bengok-bengok jalok di sumetke rokok ngonten mbak (dalam bahasa jawa)”(1’)

“Pengalaman saya mbak ini ya orang saya ini orang gak punya, tami aja itu pengalamannya saya ya gimana ya kalok mau ke sawah, mau motong rumput kayak gitu harus mandiin, harus ngasih sarapan ya malah kadang-kadang itu teriak-teriak minta dinyalakan rokok kayak gitu mbak(artinya dalam bahasa Indonesia)” (1¹)

(Hasil observasi : Dalam menjawab ini partisipan terlihat sangat tenang tetapi hanya menunduk saja)

“ Ya pengalaman saya cuman ini aja mbak, kalok pagi saya ngasih masak baru ngasih makan dia untuk sarapan” (1²)

(Hasil observasi : Dalam menjawab ini partisipan tampak sesekali mengalihkan pandangannya ke horden)

“ Ya kalok misalnya dia gak terlalu parah ya dia bisa makan sendiri tapi kadang kala yang jelas saya sebagai orang tua yang bertanggung jawab makan mandi itu saya, kalok gak di mandiin gak di kasih makan yang jelas dia tidak akan kopen(terawat)” (1³)

(Hasil observasi : Partisipan tampak dengan tegak menjawab)

“ Merawatnya tu mbahnya ini kan sakit jiwa ngerawatnya ini ya ngasih makan ngasih minum mandiin ya bikin kopi “ (1⁴)

(Hasil observasi : Partisipan hanya tunduk saja)

“ Ya namanya ngerawat ibaratnya orang stress ya harus sabar seandainya minta makan harus sabar, ya kalok ada rejeki ya di kasih uang ya gitu aja bu, ya cuman nyapin makan yang penting makannan itu gak telat “ (1⁵)

(Hasil observasi : Partisipan saat menjawab hanya tunduk saja dan tidak mau melihat ke arah peneliti)

b. Ada yang membantu dalam melakukan perawatan

Di dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa di rumah semua partisipan mengatakan bawa mereka melakukan perawatan tidak sendiri, mereka melakukan perawatan selalu di ada yang membantu baik itu pasangan mereka seperti suami atau istri, tetangga bahkan anak mereka juga terkadang ikut dalam membantu partisipan melakukan perawatan karena mereka saling menyadari bahwamereka harus saling membagi waktu antara

pekerjaan dan merawat pasien, dari hasil wawancara dengan partisipan didapat jawaban sebagai berikut :

Kata kunci terkait ada yang membantu merawat :

“ Onten niku geh niku mamak ee niku mbok ee niku geh mbantu sok-sok geh kulo nek kulo nopo makan sapi ngonten dee geh mbantu ngedusi kaleh... (partisipan menghentikan jawabannya) (Jawaban dalam bahasa jawa)” (1¹)

“ Ada, itu ya mamak nya itu ya membantu kadang-kadang, ya saya kalok pas saya lagi kasih makan sapi kayak gitu ya membantu mandiin sama ... (Partisipan menghentikan jawabannya) (artinya dalam bahasa Indonesia) “ (1¹)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab hanya tunduk saja dan dengan wajah yang datar)

“ Enggak kalok misalnya masalah mandi itu masih bisa mbak masih bisa sendiri cuman ya cuman itu mbak harus perlu di suruh. Cuma ya mandinya ya kurang bersih kalok masalah potong rambut, potong kuku itu ya kalok pas rambutnya panjang ya saya yang motong kalok gak bapaknya (suami partisipan) ” (1²)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan tenang tetapi hanya tunduk saja dengan suara yang agak pelan)

“ Ya kadang-kadang kala itu ada sebabnya itukan ada tetangga, mungkin kasihkan dengan saya karena saya repot ada tetangga dekat itu membantu tapi ya hanya orang memabntu ya sekedarnya aja mbak gak sepenuhnya“(1³)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan nada bicara yang lantang, santai dan sambil mengangguk-nganggukkan kepalnya)

“ Ya sendiri sama bapaknya (suami partisipan)(1⁴)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan menundukan kepala saja)

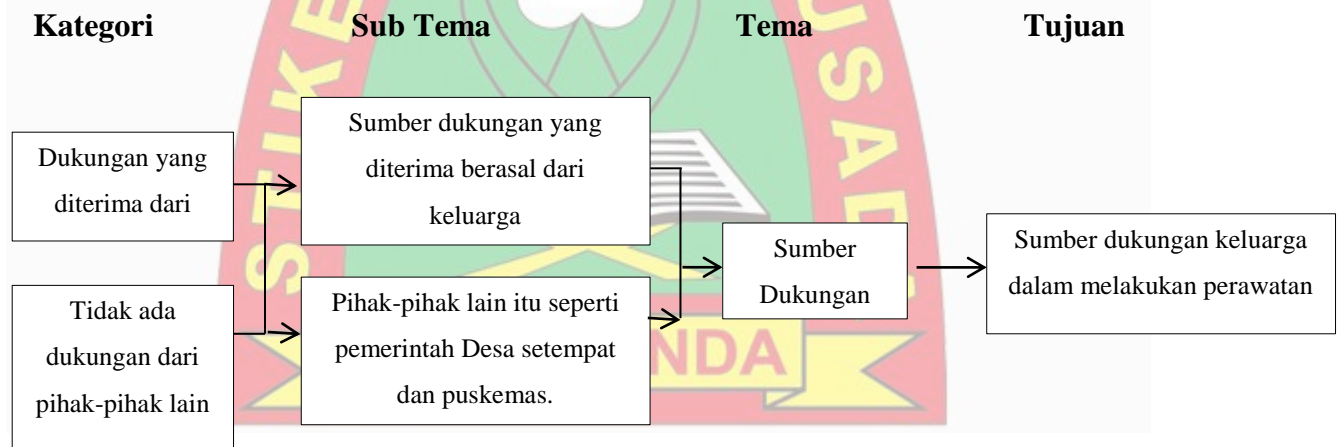
“ Ya kadang-kadang bapaknya (suami partisipan) kadang-kadang ya saya sendiri kadang-kadang juga bisa ngambil sendiri kadang-kadang” (1⁵)

(Hasil observasi : Partisipan tampak santai saja dalam menjawab pertanyaan ini)

2. Tema 2 : Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan sangat di butuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, dukungan yang diterima keluarga berasal dari keluarga dekat dan para tetangga. Partisipan tidak pernah menerima dukungan dari pihak-pihak lain seperti contohnya dari pihak pemerintah desa dan pihak puskesmas setempat.

Sesuai dengan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan 5 partisipan bahwa partisipan menerima dukungan itu dari keluarga dan tetangga serta partisipan juga mengungkapkan bahwa dukungannya itu berupa informasi kalau pasien harus di bawa berobat baik itu berobat ke tempat orang pintar (dukun) ataupun berobat ke Rumah Sakit Jiwa. Peneliti akan menampilkan beberapa hasil wawancara dengan partisipan seperti dibawah ini:



a. Dukungan yang diterima dari keluarga

Selama merawat pasien dengan gangguan jiwa keluarga pasti sangat memerlukan dukungan baik itu dari keluarga atau dari tetangga bahkan bisa juga dari keluarga dan tetangga, dari hasil wawancara didapatkan jawaban partisipan sebagai berikut :

Kata kunci terkait dukungan yang diterima dari keluarga :

“ Sanak sedulur tonggo tepar niku “anu wo mbok di gowo rono neng paranormal ee mbok menowo mari”, kawusono mbak neng geh mong pancet ngonten niku mawon geh pripon (Jawaban dalam bahasa jawa)” (2¹)

“ Sanak saudara, tetangga itu “ anu wo coba di bawa ke sana ke paranormal ee siapa tahu aja sembuh “ kabulkan mbak kalok tapi ya begitu tetap begitu aja ya gimana ya (artinya dalam bahasa Indonesia)” (2¹)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan tuduk saja sambil memegang hambal yang saat itu menjadi alas kami sedang melakukan wawancara)

“ Ya bapaknya itukan 4 bersaudara mbak, jadi adek nya itu yang dua itu ikut suaminya di Kalimantan Tengah jadi kalok masalah dukungan ya dukung ya cuman dukungan omongan aja maksudnya di kasih tau gitu aja, kalok yang lain gak ada “ (2²)

(Hasil Observasi : Partisipan menjawab dengan wajah tertunduk saja)

“ Dari keluarga juga ada dari tetangga juga ada” (2³)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan tegak tetapi tidak memandang ke arah peneliti partisipan hanya tunduk saja)

“ Ya ada tapi cuman dukungan tok “ (2⁴)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan nada pasrah dan tidak memandang wajah peneliti, arah pandangannya hanya tertuju pada kertas-kertas dan kolong meja)

“ Ya dukungan sih dari keluarga ya ada “ (2⁵)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab tetapi tidak mau memandang peneliti hanya memandang ke arah lemari saja)

b. Tidak ada dukungan dari pihak-pihak lain

Dukungan yang diperlukan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa semata-mata bukan hanya dukungan yang bersumber dari keluarga atau tetangga saja melainkan keluarga juga sangat memerlukan dukungan dari pihak-pihak lain seperti pihak pemerintah Desa setempat dan puskesmas agar dapat memberikan edukasi atau pengetahuan yang lebih luas untuk keluarga agar keluarga juga mendapat informasi lebih banyak tentang

bagaimana keluarga dalam melakukan perawatan dan harus kemana keluarga membawa anggota keluarga mereka berobat. Tetapi berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti dengan 5 partisipan semua partisipan mengatakan bahwa mereka tidak pernah mendapat dukungan baik berupa dana atau informasi selama merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa, itu semua dapat dilihat dari hasil wawancara peneliti dengan partisipan sebagai berikut :

Kata kunci terkait tidak ada dukungan dari pihak lain :

“ Alah geh maklum mbak kulo niki mong tani wuton, wong kesehatan teng meriki niki pusban mawon sek niku sek dadi kiro-kiro geh nopo geh sekitarse tunggal tahun mboten enten penyuluhan nopo-nopo sangkeng deso geh mboten sangkeng pusban geh mboten enten(jawaban dalam bahasa jawa)”(2¹)

“ Alah ya maklum mbak saya ini cuman orang tani, orang kesehatan disini ini pusban aja yang itu baru jadi kira-kira gimana ya sekitar satu tahun enggak ada penyuluhan apa-apa gak ada pengertian apa-apa dari desa ya gak ada dari pusban juga gak ada (jawaban dalam bahasa indonesia)” (2¹)

“ (Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan wajah kecewa dan nada sedikit tinggi sambil memainkan tangannya dan menunduk)

“ Gak ada, gak ada selama ini belum ada saya di kasih tahu harus kemana terus saya belum pernah di datangi dan saya gak ngertilah yang jelas itu mbak” (2²)
(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan melihat peneliti sambil memegang jempol kakinya)

“ Iya ni mbak yang menjadi keganjalan kita sebagai orang kampong kan begini, sebenarnya kan namanya orang gila itu kan bagaian dari warga masyarakat, sebenarnya itu kan harus jadi tanggung jawab pemerintah tapikan sampai sekarang kan pemerintah tidak menghiraukan” (2³)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan pandangan ke arah pintu dan sambil menggerak-gerakkan tangannya)

“ Gak pernah, gak pernah di bantu, gak pernah ada bantuan dana juga gak ada, bantuan rumah sakit juga gak ada” (2⁴)

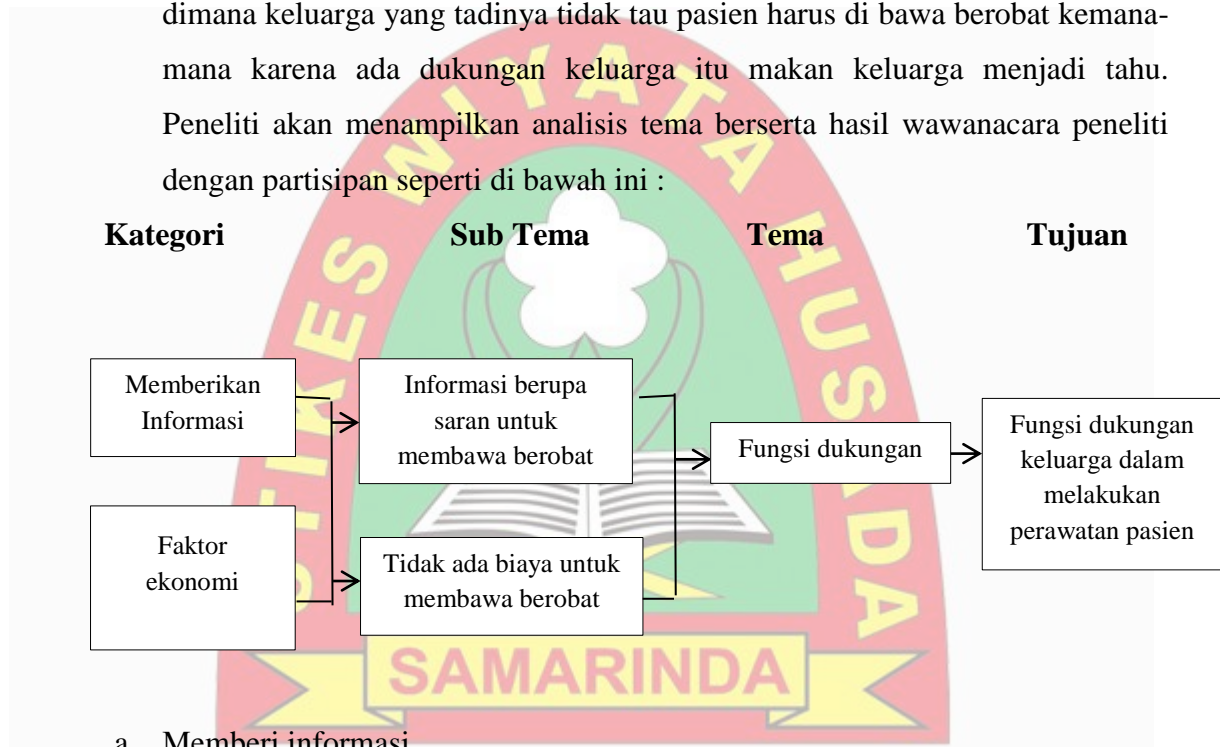
(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan sesekali melihat kea rah peneliti sambil mengelus elus kakinya.

“ Gak ada mbak, selama ini aku belum pernah di kasih” (2⁵)

(Hasil observasi : Partisipan tampak tenang saja tetapi menjawabnya sambil mengalihkan pandangannya)

3. Tema 3 : Fungsi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga sangatlah memiliki fungsi atau manfaat di dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa. Fungsinya adalah dimana keluarga yang tadinya tidak tau pasien harus di bawa berobat kemana-mana karena ada dukungan keluarga itu makan keluarga menjadi tahu. Peneliti akan menampilkan analisis tema berserta hasil wawawancara peneliti dengan partisipan seperti di bawah ini :



a. Memberi informasi

Informasi seperti saran sangatlah di butuhkan keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa, karena dengan informasi keluarga jadi dapat mengetahui apa yang sebelumnya tidak diketahui oleh keluarga dalam melakukan pengobatan, dari hasil wawancara dengan partisipan didapat jawaban :

“ Sanak sedulur tonggo teparo niku anu wo mbok di gowo rono neng paranormal ee mbok menowo mari, kawusono mbak neng geh mong pancet ngonten mawon geh pripon geh (jawaban dalam bahasa jawa)”(3¹)

“ Sanak saudara, tetangga itu “ anu wo coba di bawa kesana ke paramormal ee siapa tau sembuh “ kabulkan mbak kalok sudah tetap begitu ya mau bagaimana lagi (artinya dalam bahasa Indonesia)”(3¹)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan tegas dan sambil memainkan tangan dengan memegang-megang hambal)

“ Ya maksudnya untuk saya kan cerita sama dek saya kalok adek saya yang ini kan begini-begini jadi saya dikasih tau suruh bawa ke tempat orang pintar , ya tetangga-tetangga itu ngasih tau suruh rukiyah ya itu ya gitu-gitu aja maksudnya ngasih tau omongan gitu “(3²)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan tunduk saja)

“ Dukungan itu ya memberi saran atau memberi nasihat tapi kalok hanya aran nasihat itu yang jelas tidak akan menyelesaikan masalah mbak “ (3³)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan sangat lantang dan wajah penuh keyakinan)

“ Ya ada namanya orang kampung yang jelas ee pengetahuannya untuk orang tua, ya sebabnya kalok orang tidak waras itukan banyak kemungkinan to mbak, ada yang mungkin kerasukan dari pihak apa itu dari makhluk halus ada karena kemungkinan stress karna yaitu beban ekonomi atau memang tidak bisa sekolah atau memang karena beli hp gak bisa membelikan itu kan banyak, maka dari semuanya itukan menjadi beban tanggung jawab yang luar biasa maka saran-saran orang atau tetangga itu tetap ada tetapi memang keadaan yang seperti ini semua tumpuannya di saya gitu loh “(3³)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan sangat lantang dan wajah penuh keyakinan serta nada penuh beban)

“ Iya ngasih gini-gini suruh berobatkan, cuman kan kalok untuk berobat apa orang dimakan aja gak ada “(3⁴)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab sambil melihat ke arah peneliti)

“Ya dukunganya ya cuman ngomong aja suruh kesana-kesini suruh ke orang tua suruh ke berobat tapi namanya kita hidup pas-pasan ya kita terima aja dukungan itu tapi ya belum tak laksanakan “(3⁵)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan wajah datar saja)

b. Faktor ekonomi

Faktor ekonomi sangatlah berpengaruh sebagai proses penyembuhan pasien dengan gangguan jiwa . Dukungan keluarga berupa saran atau informasi untuk membawa pasien kesana-kesini tidak akan ada manfaatnya jika tidak ada biaya karena semua jenis pengobatan itu membutuhkan biaya . Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan partisipan di dapatkan jawaban :

“ Onten mbak, onten wong kulo niki ekonomi kulo niku ekonomi lemah ekonomi terbawah niku geh nek kulo nek kurang nopo-nopo niku dadak kulo niku geh buruh teng gene tonggo teparo geh ngonten mbak geh kulo niki (jawaban dalam bahasa jawa)” (3¹)

“ Ada mbak, ada orang saya ini kan orang ekonomi saya itu ekonomi lemah ekonomi terbawah ini ya kalok saya kalok kurang apa-apa itu saya harus buruh di tempat tetangga ya begitu mbak saya ini (artinya dalam bahasa indonesia)” (3¹)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab sambil tunduk kan kadang melihat kea rah dinding triplek itu)

“ Ya kalok mengganggunya cuman pekerjaan yang tadinya saya bisa kerja ke tempat orang full itu gak bisa mbak sekarang saya harus kerjanya ya kayak kerja model borongan kayak ngisi polibet itukan borongan mbak 1 polibetkan 300 rupiah itu kan jalannya tergantung saya mau jam 12 kah mau jam 9 jadi ak harus gaji harian , itu yang saya kerjakan sekang begitu. Kalok dulukan saya kerja full” (3²)

(Hasil Observasi :Partisipan menjawab sambil tunduk saja “

“ Itukan yang jelas semua itu tidak lepas dari dana, kerena ekonomi kita itu jelas ekonomi terganggu, maka ya tergantungnya bisa saran itu aku yang tidak tahu bisa tahu tapikan akhirnya bebannya ke saya karena kan tidak bisa melaksanakan karena tidak ada dana”(3³)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan nada pasrah dan wajah yang menunduk serta tangan yang memainkan jempol kakinya)

“ Iya ngasih gini-gini suruh berobatkan, Cuma kan kalok untuk berobatkan itu apa orang dimakan aja gak ada “(3⁴)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab sambil melihat kea rah peneliti)

“ Ya namanya kita hidup pas-pasan beban itu pasti ada tetapi kita saling menyadari antaranya aku sama bapaknya, kalok sama tetangga sih ya gak ada namnya kita hidup di desa sih ya kalok omongan-omongan itu ya pernah kita dengar tapi kan gak kita hiarukan,

tapi ya namanya kita punya adik begitu kan ya kita harus sadar tetangga juga harus sadar”(3⁵)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan wajah yang hanya mengarah ke lemari)

“ Ya namanya dukungan sebenarnya ya ada, cuman kan ya belum kita laksanakan kan gak ada biaya, kalok manfaatnya pasti ada” (3⁵)

(Hasil observasi : Partisipan menjawab dengan wajah terkadang mengarah ke peneliti)



BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan

1. Pengetahuan Keluarga Dalam Perawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang bersedia menjadi partisipan pada saat penelitian didapatkan hasil bahwa, semua partisipan mengatakan bahwa selama melakukan perawatan yang mereka ketahui yaitu seperti memberikan makan, memandikan pasien dan ada juga partisipan yang mengatakan bahwa mereka juga terkadang jika melihat kuku atau rambut pasien sudah mulai panjang partisipan juga memotongnya.

Peneliti dalam penelitian ini juga mendapatkan hasil bahwa ada pengalaman yang di alami keluarga selama melakukan perawatan seperti berkurangnya waktu mereka dalam bekerja karena mereka sebelum bekerja harus merawat keluarga mereka terlebih dahulu seperti memandikan dan memberi makan. Partisipan dalam penelitian ini juga mengungkapkan bahwa mereka harus berhenti bekerja dan lebih memilih bekerja sebagai buruh serabutan saja agar dapat sewaktu-waktu merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa.

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama, baik negara maju maupun berkembang. Gangguan jiwa tidak hanya dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun juga menimbulkan ketidak mampuan individu untuk berperilaku tidak produktif (Hawari, 2009).

Pengetahuan yang baik dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa memang sangat di butuhkan oleh keluarga, sesuatu yang dapat mempengaruhi tingkat tinggi rendahnya suatu pengetahuan seseorang salah satunya adalah pendidikan, dimana diharapkan semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin tinggi pula tingkat pengetahuan seseorang tersebut. Partisipan dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang sangat minim dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa karena faktor pendidikan partisipan yang masih tergolong rendah yaitu 3 partisipan yang hanya lulusan Sekolah Dasar dan 2 partisipan yang lulusan Sekolah Menengah Pertama.

Dengan demikian dapat kita pastikan bahwa pengetahuan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa sangat di perlukan karena agar mencegah keparahan dari penderita, jika keluarga tidak mengetahui tentang perawatan yang harus diberikan kepada pasien dengan gangguan jiwa maka itu dapat memperparah kondisi pasien, karena pasien akan bertingkah seenak sendiri tanpa ada yang mengontrol dan mengawasi serta pasien akan lebih merasa terpuruk karena mereka akan merasa bahwa sudah tidak ada lagi yang peduli dengan dia.

Pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental merupakan awal usaha memberikan iklim kondusif bagi anggota keluarga. Sebab keluarga adalah orang yang sangat dekat dengan pasien serta dianggap penting banyak memberikan pengaruh pada kehidupan individu pasien. Sehingga keluarga menjadi sangat penting artinya dalam membantu perawatan dan penyembuhan pasien.

Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Etlidawati (2013) tentang hubungan pengetahuan keluarga dalam merawat klien resiko perilaku kekerasan dengan kekambuhan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RS Jiwa Prof. DR. HB. Sa'anin Padang yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga dalam merawat

pasien resiko perilaku kekerasan dengan kekambuhan resiko perilaku kekerasan tersebut ($p= 0,013$).

Pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki keluarga pasien dengan gangguan jiwa bertujuan agar keluarga dapat memperlakukan pasien secara baik dan wajar selama di rumah. Perlakuan-perlakuan keluarga terhadap salah satu anggota keluarga yang memiliki resiko perilaku kekerasan apabila tidak disertai pengetahuan dan sikap yang benar dapat mengakibatkan kekambuhan kembali (Chandra, 2004)

Pengetahuan keluarga yang baik cenderung akan memberikan sikap positif kepada pasien dalam meningkatkan motivasi dan tanggung jawabnya dalam melaksanakan perawatan secara mandiri. Keluarga akan mempunyai sikap menerima pasien, memberikan respon positif kepada pasien, menghargai pasien sebagai anggota keluarga dan menumbuhkan sikap tanggung jawab pada pasien sehingga terciptalah suatu sikap keluarga yang positif. Sikap keluarga merupakan hal yang sangat penting untuk membantu pasien bersosialisasi kembali, menciptakan kondisi lingkungan suportif, menghargai pasien secara pribadi dan membantu pemecahan masalah pasien (Keliat, 2006).

Sebuah pengalaman baru yang saya temukan bahwa tidak semua keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa merasa malu merawat bahkan tinggal bersama. Mereka masih saja merasa sangat nyaman dan merasa sangat menerima tentang apa yang telah mereka alami tidak pernah mereka menyalahkan takdir walaupun mereka hidup dengan balutan kesederhanaan. Semua itu mereka lakukan karena mereka menganggap bahwa memang ini sudah nasib yang harus mereka terima memiliki anggota keluarga yang tidak sama dengan orang semestinya.

Keluarga yang menjadi partisipan selalu menerapkan apa yang mereka ketahui tentang perawatan pasien dengan gangguan jiwa. Seperti yang telah dilakukan oleh semua partisipan mereka memandikan, memberi makan, ada juga partisipan yang memotong rambut dan memotong kuku

anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Mereka bersama dengan keluarga yang tinggal serumah misal seperti suami atau istri selalu bekerja sama untuk merawat anggota keluarga mereka, mereka saling membantu dalam melakukan perawatan, bahkan dari partisipan ada yang saling bergantian dalam melakukan perawatan tersebut.

2. Sumber Dukungan Keluarga

Sumber dukungan keluarga adalah seseorang yang bersifat mendukung dan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Sumber dukungan keluarga tersebut dapat berupa perhatian, penghargaan, informasi dan nasehat (Suwardiman, 2011).

Dukungan keluarga merupakan salah satu dukungan sosial yang terdapat di masyarakat dimana dukungan ini ialah salah satu proses hubungan antara keluarga dengan lingkungan sosialnya (Friedman, 2010), dengan demikian dukungan keluarga sangatlah di butuhkan keluarga selama melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa.

Berdasarkan hasil penelitian terlihat bahwa semua partisipan memang mendapatkan dukungan dalam melakukan perawatan anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa. Dukungan tersebut mereka dapatkan dari sanak saudara serta dari tetangga sekitar rumah mereka. Dalam penelitian ini partisipan juga menjelaskan bahwa mereka tidak pernah mendapatkan dukungan baik dukungan itu berupa informasi atau materi dari pihak pemerintah Desa setempat ataupun pihak-pihak yang berkaitan dengan kesehatan seperti Pusban yang ada di Desa Gunung Mulia Tersebut.

Kurangnya perhatian dari pemerintah desa setempat juga sangatlah berpengaruh terhadap proses pengobatan, karena menurut keterangan yang telah diberikan oleh semua partisipan di Desa tersebut tidak pernah dilakukan penyuluhan ataupun bantuan dana bagi mereka yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang ingin berobat tetapi tidak ada

biaya, karena hal tersebut mereka hanya dapat pasrah dan memilih untuk merawat anggota keluarga mereka di rumah saja. Pemerintah Desa setempat bahkan tidak pernah menjenguk ke rumah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa tersebut, ada satu partisipan yang mengungkapkan bahwa di Desa tersebut hanya ada bantuan untuk orang jompo dan orang yang tidak mampu yang biasa disebut dengan BLT (bantuan langsung tunai). Dengan itu dapat di tarik kesimpulan bahwa keluarga membutuhkan dukungan yang bersumber dari mana pun jadi tidak hanya bersumber dari keluarga mereka sendiri tetapi dari pemerintah Desa ataupun Dinas Kesehatan setempat juga sangat mereka butuhkan.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan Ambari (2010), dengan judul penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan di Rumah Sakit di dapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang sangat signifikan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial. Sumbangan efektif dukungan keluarga terhadap keberfungsian sosial pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit sebesar 69.9 % dan faktor-faktor lain memberi pengaruh sebesar 30.1%.

Dukungan keluarga merupakan bentuk pemberian dukungan terhadap anggota keluarga lain yang mengalami permasalahan, yaitu memberikan dukungan pemeliharaan, emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikososial (Potter & perry, 2009).

Berdasarkan hasil penelitian ini saya mendapatkan pengalaman baru bahwa kekuatan dukungan keluarga dan dukungan dari tetangga sekitar sangatlah penting, dengan adanya dukungan keluarga tersebut membuat partisipan merasa tidak di kucilkan oleh masyarakat ataupun keluarga, mereka selalu menerima takdir dan nasib yang telah menimpa keluarga mereka, serta mereka juga sangat membutuhkan dukungan yang

bersumber dari mana saja, misalnya dari pemerintah Desa setempat ataupun dari Dinas Kesehatan.

3. Fungsi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, dukungan yang diberikan pada setiap siklus perkembangan kehidupan juga berbeda. Dengan adanya dukungan keluarga yang diberikan oleh keluarga membuat anggota keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

Menurut Friedman (2010) dukungan keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

a. Dukungan emosional

Dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk individu dengan skizofrenia.

b. Dukungan informasi

Dukungan informasi sangatlah penting dalam pemberian dukungan keluarga, dukungan informasi dapat berupa saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu permasalahan.

c. Dukungan instrumental

Dukungan instrumental merupakan suatu dukungan penuh dari keluarga dalam bentuk pemberian bantuan tenaga, dana, dan waktu.

d. Dukungan penilaian

Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada anggota keluarga.

Teori di atas menjelaskan dengan sangat jelas bahwa dukungan keluarga memiliki banyak sekali fungsi dalam melakukan perawatan. Berdasarkan hasil penelitian ini peneliti mendapatkan hasil bahwa keluarga mendapatkan dukungan dari keluarga berupa dukungan informasi, dukungan emosional dan dukungan instrumental .

Dukungan informasi menurut partisipan memang memiliki fungsi bagi keluarga karena dimana keluarga yang dulunya tidak tahu akan membawa anggota keluarga mereka berobat kemana sekarang menjadi tahu karena informasi yang telah diberikan keluarga dan tetangga. Dukungan yang mereka terima berupa informasi atau saran dimana keluarga bahkan tetangga sebagai sumber pemberi dukungan tersebut memberikan informasi atau saran untuk membawakan anggota keluarga mereka berobat ke paranormal atau di kampung biasanya sering di sebut dengan orang pintar (dukun).

Kebanyakan dari masyarakat di kampung tidak mengenal akan adanya Rumah Sakit Jiwa sebagai tempat untuk berobat bagi seseorang yang mengalami gangguan mental, mereka hanya mengenal bahwa seseorang yang mengalami gangguan jiwa atau gangguan mental tersebut di bawa berobat ke paranormal atau orang pintar (dukun), karena kebanyakan masyarakat di kampung menganggap bahwa mereka yang mengalami gangguan jiwa atau gangguan mental adalah mereka yang terkena guna-guna atau bahkan mereka yang sedang dalam naungan jin/setan, dengan demikian benar adanya bahwa dukungan baik dari keluarga ataupun dari tetangga dekat sangatlah di butuhkan bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

Tetapi informasi dan saran tersebut tidak memiliki fungsi atau manfaat bagi pasien, karena semua informasi tersebut akan bermanfaat jika dilaksanakan. Semua partisipan tidak dengan rutin melaksanakan informasi berupa tempat untuk pengobatan tersebut karena keterbatasan ekonomi

keluarga mereka. Semua partisipan bekerja sebagai petani dan terkadang jika tidak ada pekerjaan di sawah mereka bekerja sebagai buruh serabutan di tempat tetangga untuk mendapatkan upah sebagai tambahan perekonomian keluarga mereka, jika untuk makan saja mereka pas-pasan bagaimana untuk mengobati keluarga mereka.

Dukungan yang lain yang diterima keluarga yaitu seperti dukungan emosional dan dukungan instrumental dimana dalam dukungan emosional yang telah di rasakan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa yaitu mereka selalu menerima dengan lapang dada takdir yang memang sudah terjadi dalam hidup mereka serta mereka juga memperlakukan keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa dengan sangat layak. Sedangkan dalam dukungan instrumental mereka mengungkapkan bahwa mereka harus bekerja lebih giat karena mereka memiliki tanggung jawab yang besar dengan merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa.

Dengan demikian dapat di tarik kesimpulan bahwa dukungan keluarga tersebut memiliki fungsi yaitu memberi informasi bagi keluarga yang dulunya tidak tahu menjadi tahu, tetapi tidak ada fungsinya bagi pasien karena keluarga tidak melaksanakan informasi tersebut dan mengakibatkan pasien tidak ada perubahan dari proses penyembuhan , partisipan tidak melaksanakan informasi tersebut bukan karena mereka tidak mau tetapi mereka terbentur karena tidak adanya biaya untuk berobat.

B. Kesulitan dan Kelemahan Penelitian

1. Kesulitan Penelitian

- a. Peneliti kesulitan dalam hal tempat penelitian, karena jarak tempun antara tempat penelitian dengan peneliti dalam menuntut ilmu sangatlah jauh yaitu kurang lebih dapat ditempuh dalam waktu 7-8 jam perjalanan.
- b. Peneliti merasa kesulitan dalam penentuan tema di hasil penelitian.

- c. Peneliti merasa kesulitan dalam mengembangkan pembahasan
- d. Peneliti merasa kesulitan dalam mendapatkan data karena pengetahuan partisipan yang sangat minimal.

2. Kelemahan Penelitian

Beberapa kelemahan yang tidak dapat dihindari dalam penelitian ini, antara lain :

- a. Peneliti kurang dapat mengembangkan topik wawancara dalam penelitian.
- b. Peneliti kurang dapat menggali lebih dalam informasi mengenai pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pengalaman keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa seperti dalam penelitian ini yaitu pengalaman partisipan yang harus pintar membagi waktu mereka untuk bekerja dan untuk merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa. Partisipan juga harus merelakan waktu bekerja mereka terpotong untuk terlebih dahulu merawat anggota keluarga mereka, sampai-sampai mereka rela bekerja sebagai buruh serabutan yang waktu bekerjanya tidak terikat dan mereka dapat kapan saja merawat anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa.

Penelitian tentang pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa ini menghasilkan tiga tema utama yang menjawab tujuan penelitian, yaitu 1) pengetahuan keluarga dalam perawatan klien dengan gangguan jiwa, 2) sumber dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa, dan 3) fungsi dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa. Tema tersebut memberikan gambaran yang sama atas pengalaman masing-masing keluarga dalam melakukan perawatan anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan jiwa. Sehingga dapat di tarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa yaitu kesulitan dalam membagi waktu antara waktu bekerja dan waktu melakukan perawatan.
2. Pengetahuan keluarga dalam perawatan klien dengan gangguan jiwa hanya meliputi perawatan dirinya saja seperti memandikan dan memberi makan pasien.

3. Sumber dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa, dimana keluarga mendapatkan dukungan penuh dari anggota keluarga mereka dan ada juga yang mendapatkan dukungan dari tetangga, tetapi keluarga mengatakan bahwa mereka tidak pernah menerima dukungan apapun yang bersumber dari pihak lain seperti Pemerintah Desa setempat ataupun pihak Pusban di Desa Gunung Mulia.
4. Fungsi dukungan keluarga, menurut hasil penelitian ini fungsi dukungan tersebut yaitu sebagai pemberi informasi untuk keluarga dapat membawa berobat anggota keluarga mereka, tetapi semua itu tidak ada fungsinya bagi pasien, karena keluarga tidak dapat dengan rutin membawa anggota keluarga mereka berobat karena tidak ada biaya.

B. Saran

1. Bagi Instrumen Keperawatan

Instrumen pendidikan keperawatan diharapkan dapat berpartisipasi ikut serta dalam memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada keluarga bagaimana cara melakukan perawatan pasien dengan gangguan jiwa yang benar dan membawa berobat ke tempat medi.

2. Bagi Keluarga

Keluarga diharapkan dapat dengan konsisten dalam merawat pasien dengan ganggaun jiwa ini tidak memiliki rasa bosan dan tidak memiliki pikiran akan membuang bahkan memasing anggota keluarga mereka yang mengalami gangguam jiwa.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya di harapkan dapat memperluas fokus penelitian seperti alasan mengapa masyarakat di Desa memilih melakukan pengobatan orang dengan gangguan jiwa ke paranormal tidak ke medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, y. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT. Rajagrafindo Persada.
- Ambari, P.K.M. (2010). *Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Pasca Perawatan Di Rumah Sakit*.
- Amelia, R.H., (2015). *Motivasi Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Urunggung Sidoarjo*.
- Arikunto, S. (2007). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Baihaqi, et al. (2005). *Psikiatri (Konsep dan Gangguan-gangguan)*. Bandung : Refika Adita
- Berhimpong, E et al. (2016). *Pengaruh Latihan Keterampilan Sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Sosial Di RSJ Prof. Dr.V.I. Ratumbuang Manado*.
- Dewi, E.P. (2016). *Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Tak Terorganisir Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*.
- Depkes. RI. (2010). *Profil Kesehatan Dasar Indonesia*. Jakarta : Depkes RI
- Chandra, L.S. (2004). *Skizofrenia Anonymous, a Better Future*. <http://www.kompas.com>.
- Etildawati. (2013). *Hubungan Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat Klien Prilaku Kekerasan Dengan Kekambuhan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RS Jiwa Prof. DR. HB. Sa'anin Padang*.
- Friedman, M.M., et al. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, & Praktik Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- G.Perry, P.A. (2009). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Halida, N., et al. (2016). *Pengalaman Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri pada Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dengan Pasung di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Sulawesi Selatan: Pustaka AS Salam.

- Hawari. (2009). *Penyalahgunaan Dan Ketergantungan NAPZA*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- _____ (2007). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofreni*. Jakarta: FK-UI.
- Keliat, B.A.,. (1996). *Peran Serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- _____ (2006). *Modul Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa)*. Jakarta: FI UI dan WHO.
- _____ (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Maghfiron.L dan Khamida. (2015). *Peran Keluarga Dalam Peningkatan Kemampuan Interaksi Sosial Bermasyarakat Klien Skizofrenia Pasca Perawatan Di Rumah Sakit*.
- Maramis, W.,. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2*. Jakarta: Albert A.
- Moleong. (2005). *Metodologi Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Nasir, A dan Muhith,A. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nihayati, E.H., et al. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- _____ (2016). *Pengalaman Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa Pasca Pasung*.
- Notoatmodjo,S. (2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraenah. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga dan Beban Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS Jiwa Islam Klender Jakarta Timur*.
- Nurhayati, D., (2008). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Frekuensi Kambuh Penderita Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang*.
- Purnama. G et al. (2016). *Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa Di RW 09 Desa Cileles Sumedang*.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2013*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/Hasil%20Riskesdas%2013.pdf>.

Ruspawan, M., et al. (2011). *Peran Keluarga dengan Frekuensi Kekambuhan Klien Skizofrenia. Jurnal Keperawatan Poltekes Denpasar.*

Sugiono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif.* Bandung: CV.Alfabeta.

Suwardiman, D. (2011). *Hubungan Antara Dukungan dan Beban Keluarga Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik Pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang. .*

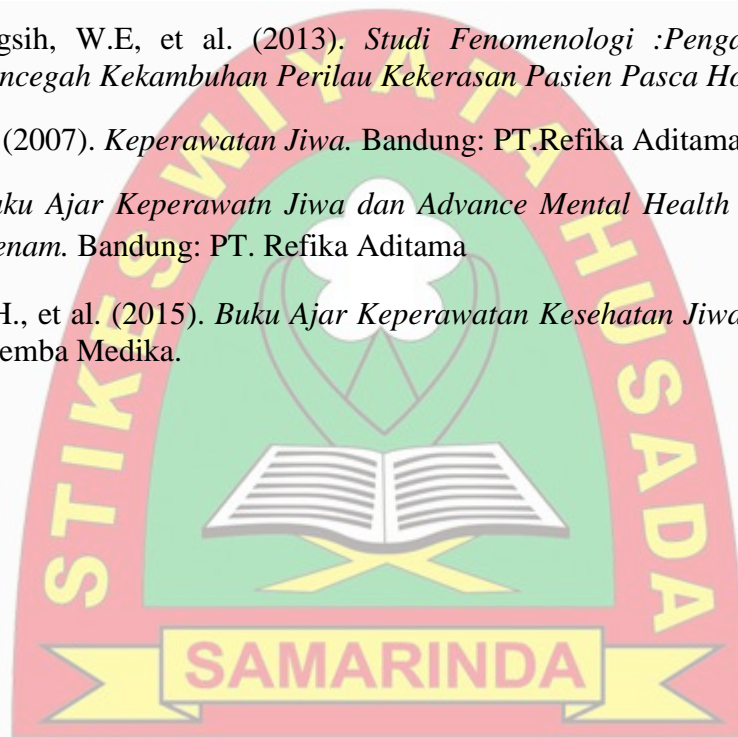
Suwardiman, D.,. (2011). *Hubungan Antara Dukungan dan Beban Keluarga untuk Mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang.*

Wahyuningsih, W.E, et al. (2013). *Studi Fenomenologi :Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku Kekerasan Pasien Pasca Hospital RSJ.*

Yosep, I., (2007). *Keperawatan Jiwa.* Bandung: PT.Refika Aditama.

(2015). *Buku Ajar Keperawatn Jiwa dan Advance Mental Health Nursing Cetakan Keenam.* Bandung: PT. Refika Aditama

Yusuf, A.H., et al. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa.* Jakarta Selatan: Salemba Medika.



Lampiran I

**INFORMED CONSENT
UNTUK PENGUMPULAN DATA KUALITATIF**

Asalamualaikum wr.wb, salam sejahtera untuk kita semua.

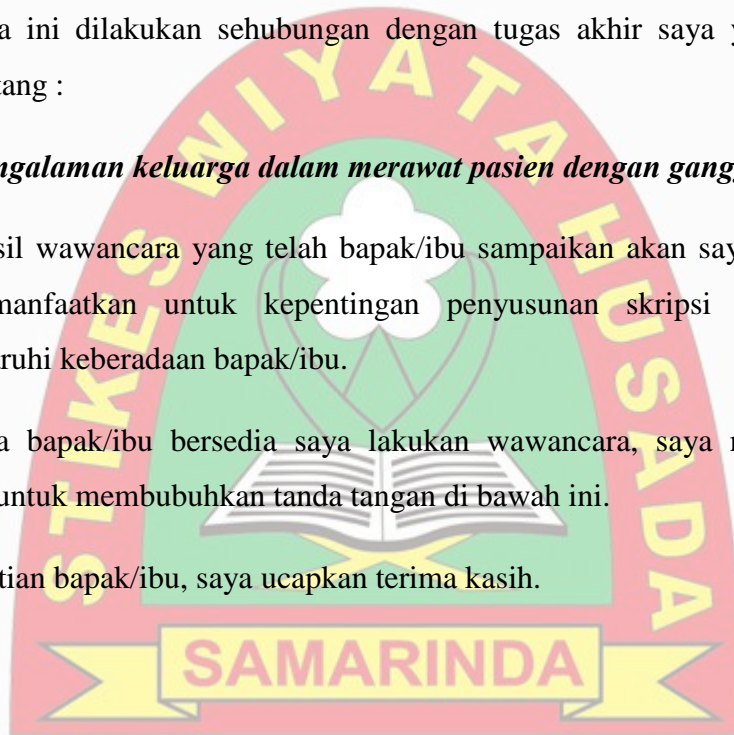
Bapak/ibu yang saya hormati, saya Riski Ariani dari Kampus STIKes Wiyata Husada Samarinda ingin melakukan wawancara mendalam kepada bapak/ibu. Wawancara ini dilakukan sehubungan dengan tugas akhir saya yaitu penyusunan skripsi tentang :

“ Pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa “

Hasil wawancara yang telah bapak/ibu sampaikan akan saya rahasiakan dan hanya dimanfaatkan untuk kepentingan penyusunan skripsi dan tidak akan mempengaruhi keberadaan bapak/ibu.

Bila bapak/ibu bersedia saya lakukan wawancara, saya mohon kesediaan bapak/ibu untuk membubuhkan tanda tangan di bawah ini.

Atas perhatian bapak/ibu, saya ucapkan terima kasih.



Samarinda, Maret 2018

**PEDOMAN PERTANYAAN
WAWANCARA MENDALAM UNTUK KELUARGA
“Pengalaman Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan
Gangguan Jiwa di Kelurahan Desa Gunung Mulia”**

Tujuan :

Untuk mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa

Waktu Pelaksanaan :

Hari/tanggal :

Jam :

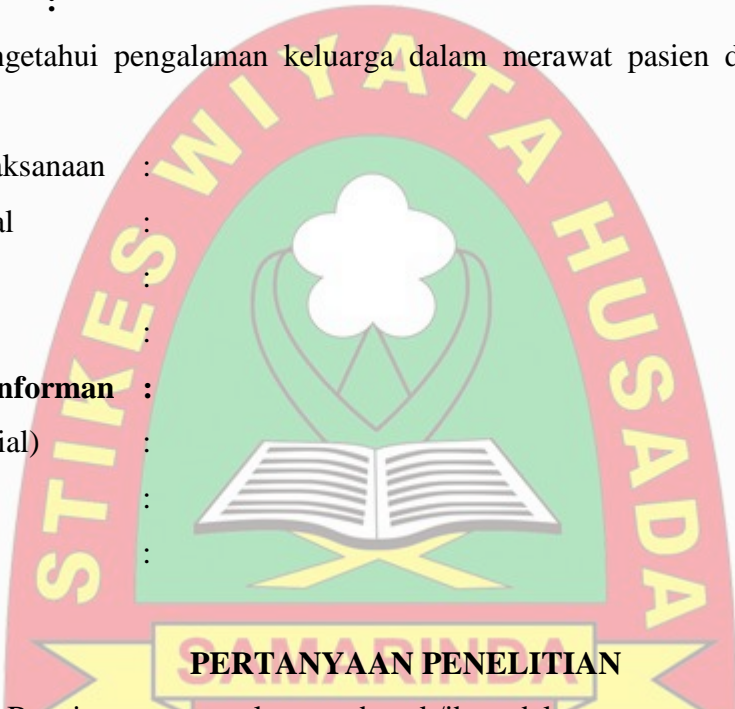
Durasi :

Identitas Informan :

Nama (Inisial) :

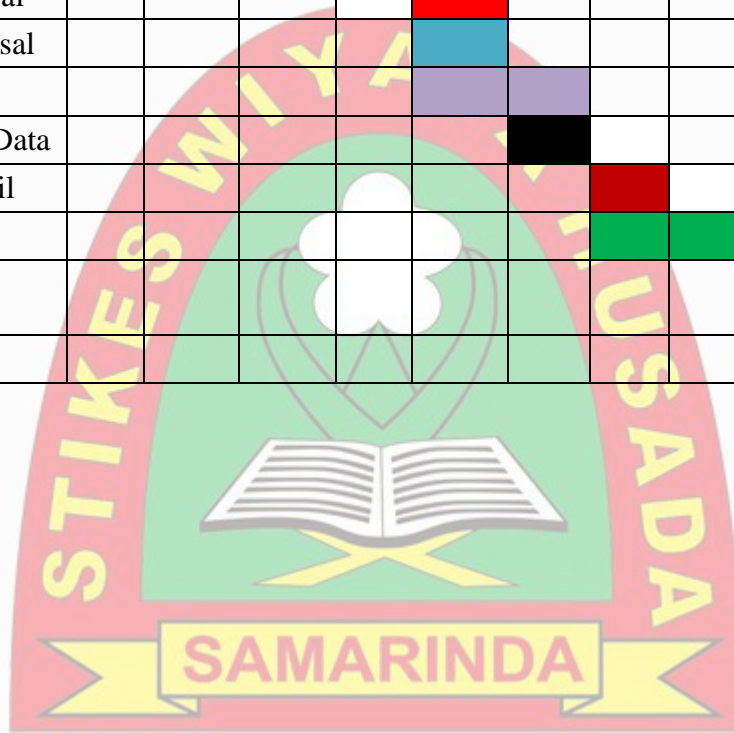
Umur :

Pendidikan :

- 
1. Bagaimana pengalaman bapak/ibu dalam merawat pasien dengan gangguan jiwa ?
 2. Bisa bapak/ibu jelaskan pengalaman yang paling mengganggu hidup bapak/ibu selama melakukan perawatan ?
 3. Bisa bapak/ibu jelaskan sumber dukungan keluarga seperti apa yang bapak/ibu perlukan selama melakukan perawatan ?
 4. Bisa bapak/ibu jelaskan fungsi dukungan keluarga dalam melakukan perawatan ?

JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Bulan Ke											
		Sep	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agus	Sept
1	penemuan topik dan judul	■	■										
2	Pembagian Dosen Pembimbing			■									
3	konsultasi Proposal			■	■								
4	Ujian Proposal					■							
5	Revisi Proposal					■							
6	Penelitian					■	■						
7	Pengolahan Data						■						
8	Seminar Hasil							■					
9	Revisi Hasil							■	■				
10	Persiapan Yudisium									■	■	■	
11	Wisuda												■



DOKUMENTASI PENELITIAN



Keterangan : Foto dengan partisipan 4 yang seorang ibu rumah tangga yang kadang juga bekerja sebagai buruh dan petani.



Keterangan : Foto dengan partisipan 1 yang bekerja sebagai petani dan pencari rumput.



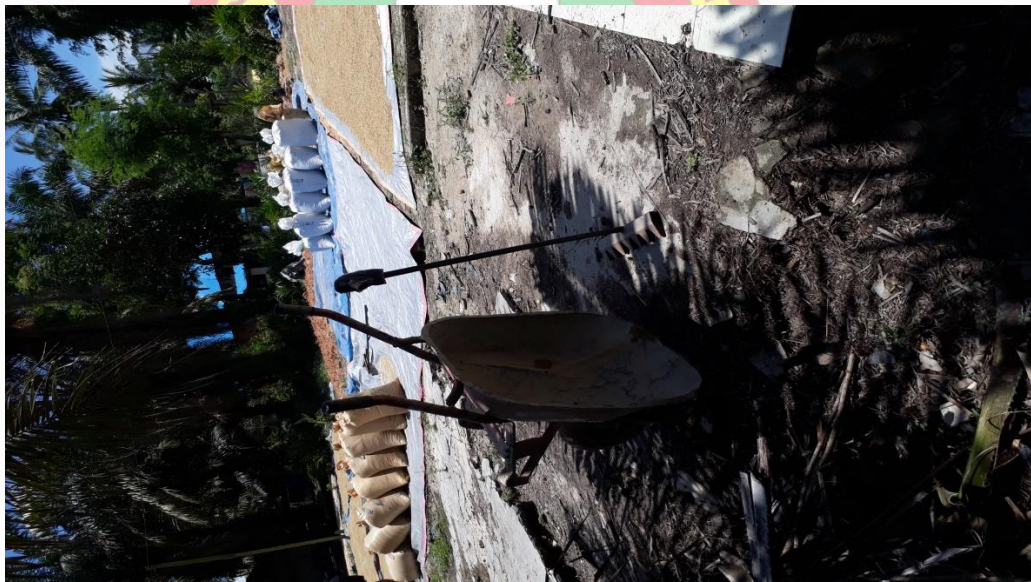
Keterangan : Foto dengan partisipan 3 di rumah partisipan, partisipan bekerja sebagai petani dan terkadang juga menjadi seorang buruh.



Keterangan : Foto dengan partisipan 3 yang bekerja sebagai petani.



Keterangan : Foto dengan partisipan 2 pada saat melakukan wawancara di ruang tamu kediaman partisipan.



Keterangan : Kondisi Desa Gunung Mulia yang mayoritas masyarakatnya bekerja sebagai petani dan saat ini sedang panen.



Keterangan : Suasana Kantor Kelurahan Desa Gunung Mulia



Keterangan : Suasana sawah yang membentang yang ada di Desa Gunung Mulia, biasa di sebut masyarakat sawah Blok B.

RIWAYAT HIDUP



Nama : Riski Ariani

Tempat tanggal lahir : Babulu, 03 Desember 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Desa Gunung Mulia Rt 05,. Kec. Babulu,. Kab. Penajam Paser Utara (PPU)

Nama Orang Tua :

1. Ayah : Habiyanto
2. Ibu : Supartinah

Institusi : STIKes Wiyata Husada Samarinda

Program Studi : S1 Keperawatan

Angkatan : 2014/2015

Riwayat Pendidikan : 1. SDN 004 Babulu. Lulusan Tahun 2008

2. SMP N 3 PPU. Lulusan Tahun 2011

3. SMA N 4 PPU. Lulusan Tahun 2014.