

Metode Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Paminggir

Khairatonnisa¹, Bahrul Ilmi², Muthmainnaah³
^{1,2,3} Universitas Muhammadiyah Banjarmasin
Email Korespondensi: nisakhain2002@gmail.com

Abstrak

Di Indonesia, keluarga memegang peran sentral dan menjadi tulang punggung utama dalam perawatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Meskipun sistem layanan kesehatan modern terus berkembang, tanggung jawab ini sering kali diemban oleh keluarga dengan menanggung beban emosional dan fisik yang berat. Keterbatasan sumber daya, stigma masyarakat, dan kurangnya pemahaman yang mendalam tentang kondisi pasien menjadi tantangan besar. Studi pendahuluan menunjukkan bahwa pengalaman keluarga dalam menghadapi situasi ini sangatlah kompleks dan membutuhkan perhatian serius dari tenaga kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk menggali secara mendalam pengalaman subjektif keluarga dalam menjalani proses perawatan anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Fokusnya adalah memahami bagaimana keluarga memaknai, menghadapi, dan beradaptasi dengan kondisi ini dari waktu ke waktu, serta mengidentifikasi tantangan dan strategi koping yang mereka gunakan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain fenomenologi deskriptif. Partisipan berjumlah tujuh orang yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan catatan lapangan (field notes) untuk menangkap nuansa pengalaman partisipan secara utuh. Analisis data dilakukan menggunakan metode Colaizzi yang terdiri dari tujuh tahapan, dimulai dari transkripsi wawancara hingga identifikasi tema-tema yang esensial. Berdasarkan analisis, ditemukan enam tema utama. 1) Beban psikologis merawat keluarga gangguan jiwa, 2) Tantangan merawat keluarga dengan gangguan jiwa, 3) Dukungan sosial keluarga dalam perawatan, 4) stigma masyarakat, 5) Keterampilan keluarga merawat keluarga gangguan jiwa 6) Makna merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Temuan ini menegaskan perlunya integrasi perspektif holistik dalam praktik keperawatan, dengan mengedepankan pendekatan yang berpusat pada keluarga. Hasil penelitian ini juga menjadi landasan untuk mengembangkan intervensi yang berfokus pada keluarga, meningkatkan pemahaman tenaga kesehatan terhadap kebutuhan keluarga, dan memperkuat kolaborasi antara tenaga kesehatan dengan keluarga dalam sistem pelayanan yang lebih inklusif dan suportif.

Kata Kunci: Fenomenologi, Gangguan Jiwa, Keluarga, Pengalaman, Perawatan Keluarga

Abstract

In Indonesia, the family played a central role and served as the main backbone for the care of family members with mental disorders. Although the modern health service system continued to develop, this responsibility was often borne by the family, carrying heavy emotional and physical burdens. Limited resources, societal stigma, and a lack of in-depth understanding of the patient's condition became major challenges. A preliminary study indicated that the family's experience in facing this situation was highly complex and required serious attention from healthcare professionals. This research aimed to deeply explore the subjective experiences of families throughout the process of caring for a family member with a mental disorder. The focus was on understanding how families made meaning of, dealt with, and adapted to this condition over time, as well as identifying the challenges and coping strategies they employed. The study used a qualitative approach with a descriptive phenomenology design. Seven participants were selected using a purposive sampling technique. Data collection was carried out through in-depth interviews and field notes to fully capture the nuances of the participants' experiences. Data analysis was conducted using the Colaizzi method, which consisted of seven stages, starting from interview transcription to the identification of essential themes. Based on the analysis, six main themes were found: 1) The psychological burden of caring for a family member with a mental disorder, 2) Challenges in caring for a family member with a mental disorder, 3) Family social support in care, 4) Societal stigma, 5) Family skills in caring for a family member with a mental disorder, and 6) The meaning of caring for a family member with a mental disorder. These findings confirmed the need to integrate a holistic perspective in nursing practice, by prioritizing a family-centered approach. The results of this study also became a foundation for developing family-focused interventions, increasing healthcare professionals' understanding of family needs, and strengthening collaboration between healthcare professionals and families within a more inclusive and supportive service system.

Keywords: Phenomenology, Mental Disorder, Family, Experience, Family Care

1. PENDAHULUAN

Kesehatan mental bagi ODGJ dapat dicapai dengan dukungan keluarga. Pendampingan keluarga sangat penting untuk menunjang proses penyembuhan penderita gangguan jiwa (Titania, 2022). Menurut WHO (2023), Secara umum, keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menghadapi beberapa akibat yang signifikan. Pertama-tama, tingginya beban ekonomi menjadi salah satu dampak utama, karena perawatan dan pengobatan pasien memerlukan biaya yang cukup besar. Selain itu, keluarga juga mengalami beban emosional yang tinggi, terutama karena kesulitan dalam menghadapi gejala dan tantangan yang muncul seiring dengan kondisi kesehatan mental anggota keluarga.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan angka kejadian gangguan jiwa depresi di tahun 2022 mengalami peningkatan dari 338 jiwa di tahun 2021 menjadi 390 jiwa dipertengahan tahun 2022. Di Kabupaten Hulu Sungai Utara di Tahun 2024 ada 453 jiwa. Stres pada pihak keluarga timbul karena perilaku pasien yang terganggu, seperti perubahan mood dan kebutuhan perawatan yang intensif. Gangguan dalam menjalankan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan dalam aktivitas sosial juga menjadi kendala utama yang dihadapi oleh keluarga. Di samping itu, pandangan masyarakat yang masih menganggap gangguan jiwa sebagai aib dapat memberikan tekanan tambahan pada pasien dan keluarganya, sementara keluarga juga merasa memiliki tanggung jawab untuk merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, menciptakan tantangan tambahan dalam dinamika keluarga sehari-hari (Norlita & Solekhati, 2022). Mahalnya biaya pengobatan dan pemulihan pada layanan kesehatan jiwa, serta jarak yang jauh juga mengakibatkan keluarga harus menyediakan waktu, tenaga, dan biaya untuk menjalani pengobatan (Nurisa, 2021).

Setiap keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa akan merasakan pengalaman yang berbeda antara satu keluarga dengan keluarga yang lain (Niman, 2021). Peran dan fungsi keluarga dalam teori sistem salah satunya sebagai pemberi perawatan (caregiver) pada anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa (Rosyanti & Hadi, 2021). Dukungan dari keluarga besar dan kerabat terdekat memegang peran krusial dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat. Dukungan ini sangat membantu dalam beberapa aspek, termasuk pengawasan penggunaan obat secara teratur oleh anggota keluarga yang memerlukan perawatan rutin, serta membantu dalam mengatasi masalah yang muncul seiring dengan kondisi kesehatan mental tersebut (Utami & Natalia, 2020). Bantuan yang diberikan keluarga dalam hal mengambil obat dari rumah sakit merupakan bentuk dukungan praktis yang sangat berarti bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat. Kondisi kesehatan yang membatasi kemampuan pasien untuk pergi sendiri ke pelayanan kesehatan membuat bantuan ini sangat diperlukan. Meluangkan waktu dan tenaga untuk menjemput obat di rumah sakit merupakan wujud dari perhatian dan komitmen keluarga dalam membantu anggota keluarga yang memerlukan perawatan kesehatan secara rutin.

Pengalaman dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat membawa keluarga untuk mengenali gejala penyimpangan sejak dini, memahami perlunya segera mencari bantuan profesional, dan menciptakan lingkungan keluarga yang mendukung kesehatan mental. Hal-hal ini merupakan langkah-langkah penting yang diambil oleh keluarga guna memberikan dukungan penuh terhadap anggota keluarga yang memerlukan perawatan kesehatan mental (Barokah et al., 2023). Kehadiran keluarga dengan gangguan jiwa berat berdampak pada pengalaman anggota keluarga dalam beberapa hal yakni, mengganggu fungsi keluarga, mempengaruhi fungsi pekerjaan dan sosial, dan hal yang sama telah dilaporkan secara luas dalam literatur sebagai beban perawatan. dikaitkan dengan tingkat beban yang cukup besar yang dirasakan oleh pengasuh (Pati, 2022). Sehingga pengalaman keluarga yang berbeda-beda dalam merawat orang dengan gangguan jiwa menjadi urgensi dalam penelitian ini.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Harkomah, 2019) Pengalaman keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dapat menjadi beban psikologis yang signifikan. Beban ini mencakup perasaan kecewa karena klien tidak mau minum obat, yang dapat menyulitkan proses pengobatan. Putus asa muncul karena kondisi yang dialami klien yang mungkin sulit dipahami dan diatasi. Rasa marah dan takut terhadap perilaku klien dapat menciptakan ketegangan dan kecemasan di dalam keluarga. Selain itu, adanya perasaan malu terhadap tetangga sekitar mungkin timbul akibat stigma sosial terkait gangguan jiwa. Dalam konteks ini, keberhasilan terapi gangguan jiwa tidak hanya bergantung pada obat (Jayanti et al., 2021). Hingga saat ini, harapan setiap keluarga menginginkan anggota keluarga yang normal, baik secara fisik maupun spiritual. Namun, dalam realitasnya, tidak semua harapan tersebut dapat terpenuhi. Bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, menghadapi kenyataan bahwa kondisi tersebut mungkin tidak sesuai dengan harapan bisa menjadi tantangan yang sangat berat. Proses ini sering kali memerlukan waktu untuk menerima dan memahami bahwa kondisi tersebut adalah bagian dari dinamika keluarga. Mendukung dan memahami bahwa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa masih membutuhkan perhatian, dukungan, dan cinta tanpa henti adalah langkah penting dalam menghadapi realitas yang tidak sesuai dengan harapan semula. (Barokah et al., 2023).

Keluarga mengatakan bahwa meskipun klien masih sakit, mereka dapat berbicara dengannya dan membantu pekerjaan rumah tangga, seperti mencuci dan berkebun. Masalah klien dalam hal komunikasi, fokus, kecemasan, iritasi, dan orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang menjadi kendala bagi keluarga dalam membantunya memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi, makan, minum, dan berganti pakaian. Keluarga mengatakan bahwa jadwal mereka yang padat membuat mereka sulit untuk meluangkan waktu bersama klien, dan terkadang sulit bagi mereka untuk menghadapi perilaku klien yang aneh dan seringkali menjengkelkan, seperti yang ditunjukkan oleh wawancara awal dengan para informan.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 7 Juni 2025 terhadap partisipan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa didapatkan bahwa keluarga mengatakan bahwa meskipun klien masih sakit, mereka dapat berbicara dengannya dan membantu pekerjaan rumah tangga, seperti mencuci dan berkebun. Masalah klien dalam hal komunikasi, fokus, kecemasan, iritasi dan orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang menjadi kendala bagi keluarga dalam membantunya memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti mandi, makan, minum, dan berganti pakaian. Keluarga mengatakan bahwa jadwal mereka yang padat membuat mereka sulit untuk meluangkan waktu bersama klien, dan terkadang sulit bagi mereka untuk menghadapi perilaku klien yang aneh dan seringkali menjengkelkan, seperti yang ditunjukkan oleh wawancara awal dengan para informan.

Kemudian hal ini juga didukung oleh pernyataan partisipan lainnya bahwa pendapatan keluarga hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, yang membuat mereka mempertimbangkan kembali keputusan untuk membawa klien ke Sambang Lihum. Keluarga sangat menginginkan layanan kesehatan mental di Kecamatan Paminggir, terutama yang berfokus pada perawatan kesehatan mental, untuk membantu mereka menemukan jawaban atas masalah mereka. Keluarga mengatakan mereka tidak punya waktu atau uang untuk mendapatkan bantuan profesional bagi anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan mental, sehingga mereka memutuskan untuk merawatnya di rumah. Sayangnya, belum ada studi yang cukup untuk memberikan gambaran lengkap tentang pengalaman keluarga di Kecamatan Paminggir. Berdasarkan latar belakang dan studi pendahuluan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa urgensi penelitian ini untuk memahami betapa pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawatan klien dengan gangguan mental, terutama karena belum banyaknya sumber daya layanan kesehatan mental, seperti psikiater yang berkualifikasi dan perawat profesional dalam keperawatan kesehatan mental. Keluarga berperan penting dalam memberikan perawatan kepada klien, yang mencakup komponen biologis, psikologis, sosial,

dan spiritual. Penelitian ini penting untuk memastikan bahwa perawat di daerah pedesaan menghargai nilai dukungan keluarga dan siap untuk melaksanakan intervensi yang melibatkan keluarga dan masyarakat. Intervensi yang berfokus pada unit keluarga penting karena tidak semua keluarga siap untuk merawat seseorang atau melibatkan anggota keluarga lainnya. Penelitian ini juga dilakukan dengan studi kualitatif ini bertujuan untuk menjelaskan pengalaman keluarga yang merawat individu dengan masalah mental di Kecamatan Paminggir, dengan menggunakan kerangka fenomenologis.

Berdasarkan gambaran permasalahan diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian ini yaitu mengetahui pengalaman keluarga merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa di Kecamatan Paminggir”.

Tujuan pada penelitian ini adalah untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan fokus pada fenomena yang dialami oleh partisipan secara mendalam. Desain penelitian yang digunakan adalah studi fenomenologi deskriptif interpretatif.

Partisipan dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa karena sifatnya yang kualitatif, populasi tidak dibatasi secara geografis, melainkan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sehingga jumlah partisipan. Sampel penelitian akan dipilih secara *purposive sampling* dan *snowball sampling*.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Desember 2024-Agustus 2025. Penelitian ini bertempat di Puskesmas Paminggir.

Kelayakan etik dalam penelitian ini diberikan oleh Komisi Etik Penelitian Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dengan No. 512/UMB/KE/VII/2025 dalam dikeluarkan pada tanggal 25 Agustus 2025.

Pengumpulan data akan dilakukan melalui wawancara mendalam (*in depth interview*). Wawancara akan dilakukan secara tatap muka di lingkungan yang nyaman dan aman bagi partisipan, sesuai dengan persetujuan mereka.

Instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti itu sendiri (*human instrument*). Peneliti akan bertindak sebagai pengumpul data dan penganalisis data, yang berarti sensitivitas, kemampuan interpersonal, dan pemahaman peneliti tentang fenomena yang diteliti sangat krusial. Selain itu, peneliti akan menggunakan alat bantu berupa:

- 1) Pedoman wawancara semi-terstruktur: Pedoman ini berisi daftar pertanyaan terbuka yang memandu peneliti selama wawancara, namun tetap memberikan keleluasaan bagi partisipan untuk mengeksplorasi pengalaman mereka secara mendalam dan spontan. Contoh pertanyaan meliputi: "Bagaimana awalnya Anda menyadari anggota keluarga Anda memiliki gangguan jiwa?", "Bagaimana perasaan Anda saat pertama kali mengetahui diagnosis tersebut?", "Apa tantangan terbesar yang Anda hadapi dalam merawatnya sehari-hari?", "Dukungan apa yang Anda harapkan atau butuhkan?", dan "Bagaimana pengalaman ini memengaruhi hidup Anda dan keluarga secara keseluruhan?".
- 2) Alat perekam suara (*voice recorder*): Digunakan untuk merekam seluruh proses wawancara secara akurat, sehingga peneliti dapat fokus pada interaksi dan ekspresi non-verbal partisipan.
- 3) Catatan lapangan (*field notes*): Digunakan untuk mencatat observasi non-verbal, kesan umum, konteks wawancara, dan refleksi peneliti selama dan setelah wawancara.

Analisis data akan dilakukan secara bersamaan dengan proses pengumpulan data (bersifat iteratif) menggunakan pendekatan analisis tematik dari Braun dan Clarke (2006). Langkah-langkah analisis data meliputi:

- 1) Familiarisasi Data: Peneliti akan membaca berulang kali seluruh transkripsi wawancara dan catatan lapangan untuk mendapatkan pemahaman menyeluruh dan mendalam tentang data.
- 2) Pembuatan Kode Awal (*Initial Coding*): Peneliti akan mengidentifikasi ide-ide menarik atau fitur-fitur penting dalam data dan memberikan kode awal (label) pada setiap segmen data yang relevan. Proses ini dapat dilakukan secara manual atau dengan bantuan perangkat lunak kualitatif (jika tersedia).
- 3) Pencarian Tema (*Searching for Themes*): Kode-kode yang telah dibuat kemudian dikelompokkan ke dalam tema-tema potensial yang lebih luas berdasarkan kesamaan makna atau konsep.
- 4) Review Tema (*Reviewing Themes*): Tema-tema yang telah diidentifikasi akan ditinjau ulang untuk memastikan bahwa tema tersebut koheren, relevan dengan data, dan saling terpisah (tidak tumpang tindih). Peneliti juga akan memastikan bahwa tema mencerminkan esensi dari data asli.
- 5) Pendefinisian dan Penamaan Tema (*Defining and Naming Themes*): Setiap tema akan didefinisikan secara jelas, diberi nama yang deskriptif, dan dijelaskan esensinya, termasuk bagaimana tema tersebut berhubungan dengan pertanyaan penelitian. Peneliti akan menggambarkan isi setiap tema dan sub-tema.
- 6) Penulisan Laporan (*Producing the Report*): Berdasarkan tema-tema yang telah dianalisis, peneliti akan menyusun laporan temuan penelitian, didukung dengan kutipan langsung dari partisipan untuk memperkuat dan mengilustrasikan tema yang ditemukan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian yang telah dilaksanakan mengeksplorasi pengalaman keluarga merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa di wilayah Puskesmas Paminggir yang pada bab ini dipaparkan menjadi dua bagian, yaitu: 1) Informasi umum tentang karakteristik partisipan sesuai dengan data demografi partisipan, 2) Deskripsi hasil penelitian yang menyajikan tema-tema yang muncul dari penelitian yang didapatkan dari sudut pandang partisipan tentang pengalamannya dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa di wilayah Puskesmas Paminggir.

1) Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah tujuh orang keluarga yang menjadi perawat utama bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Mereka berasal dari latar belakang pekerjaan yang beragam, seperti nelayan, Aparatur Sipil Negara (ASN), dan pedagang, yang mencerminkan heterogenitas sosial-ekonomi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Paminggir. Semua partisipan tinggal di daerah yang memiliki keterbatasan akses layanan kesehatan jiwa, sehingga mereka menghadapi tantangan ganda: merawat anggota keluarga dengan kondisi khusus sambil berjuang memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Keberagaman profesi dan pengalaman ini memberikan gambaran yang kaya dan mendalam tentang realitas keluarga perawat ODGJ di daerah terpencil.

Partisipan 1 (P1) adalah seorang nelayan yang harus berhenti bekerja demi merawat anaknya yang mengalami gangguan jiwa. Sebelumnya, ia adalah tulang punggung keluarga yang menghidupi istri dan anak melalui hasil melaut. Kini, kehidupan ekonominya terpuruk karena penghasilan hilang dan biaya pengobatan yang tinggi. Ia menggambarkan dirinya sebagai orang yang sabar dan penuh kasih, meski harus menghadapi rasa bersalah karena merasa kurang memperhatikan anaknya sebelum kondisinya memburuk.

Partisipan 2 (P2) adalah nelayan yang harus membagi waktu antara mencari nafkah dan merawat istrinya yang sering mencoba kabur atau berperilaku agresif. Ia kerap tidak tidur

semalaman demi menjaga keselamatan istrinya. Kehidupannya dipenuhi kecemasan dan kelelahan fisik, tetapi ia tetap berusaha menghadapi situasi dengan ketegaran dan komitmen sebagai suami.

Partisipan 3 (P3) adalah nelayan yang merawat kakaknya yang menunjukkan perilaku agresif dan berpotensi membahayakan. Ia harus berjaga malam dan memasang pengaman tambahan di rumah. Meski lelah secara fisik dan mental, ia merasa punya tanggung jawab moral untuk menjaga saudaranya. Latar belakangnya sebagai nelayan membuatnya terbiasa dengan kerja keras, namun beban ganda ini nyaris melampaui kemampuannya.

Partisipan 4 (P4) adalah seorang Aparatur Sipil Negara (ASN) yang merawat anaknya yang pernah mencoba bunuh diri akibat perundungan. Ia merasa bersalah karena terlalu sibuk bekerja hingga tidak menyadari tekanan yang dialami anaknya. Sebagai ibu yang juga bekerja, ia harus membagi waktu antara tanggung jawab kantor dan mendampingi anaknya dalam terapi. Latar belakang pendidikannya yang lebih tinggi membuatnya lebih aware terhadap pentingnya dukungan psikologis dan medis.

Partisipan 5 (P5) adalah ASN yang merawat adiknya yang mengalami gangguan jiwa setelah kecelakaan. Ia menyalahkan diri sendiri karena adiknya menggunakan motornya saat kejadian. Pengalaman adiknya yang pernah mengamuk di kantornya membuatnya merasa malu dan menjadi bahan gunjingan rekan kerja. Meski demikian, ia berusaha keras untuk mendukung adiknya dengan penuh kesabaran dan empati.

Partisipan 6 (P6) adalah seorang pedagang yang merawat ibunya yang mengalami gangguan jiwa akibat duka mendalam setelah ditinggal suaminya meninggal. Ia sering meninggalkan tokonya untuk menjaga ibunya, sehingga pendapatannya menurun drastis. Ia adalah anak yang sangat penyayang dan religius, meyakini bahwa merawat orang tua adalah bagian dari ibadah dan ujian hidup.

Partisipan 7 (P7) adalah pedagang yang merawat kakaknya yang sering mengamuk dan mengganggu aktivitas tokonya. Perilaku kakaknya menyebabkan pelanggan menjauh dan usahanya hampir bangkrut. Meski stres secara ekonomi dan emosional, ia tetap berusaha mencari cara untuk menenangkan kakaknya, termasuk dengan mengajaknya jalan-jalan atau mendengarkan musik. Ia adalah contoh dari pengusaha kecil yang harus menanggung beban ganda: menjaga keluarga dan mempertahankan usaha.

Karakteristik partisipan menunjukkan keragaman profesi, jenis kelamin, dan hubungan dengan pasien, namun memiliki benang merah yang sama: mereka semua adalah orang-orang yang tangguh, penuh pengorbanan, dan menghadapi beban multidimensional emosional, fisik, ekonomi, dan sosial dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Keberagaman ini memperkaya temuan penelitian dan memberikan sudut pandang yang holistik tentang pengalaman keluarga perawat ODGJ di daerah terpencil.

2) Hasil Analisis Tematik

Berdasarkan hasil uraian tema dari penelitian ini menggunakan analisis tematik dari Braun dan Clarke (2006), dengan tahapan yaitu transkrip verbatim, membaca secara berulang ulang untuk memahami isi maupun makna dari data yang didapat, penemuan kata kunci, kategori, sampai tema. Hasil analisis data dalam penelitian kualitatif ini diperoleh melalui wawancara mendalam dari 7 (tujuh) partisipan. Tema tersebut meliputi (1) beban psikologis keluarga gangguan jiwa, (2) tantangan fisik merawat keluarga gangguan jiwa, (3) tantangan

ekonomi merawat keluarga gangguan jiwa, (4) dukungan sosial (5) stigma masyarakat keluarga gangguan jiwa, (6) strategi keluarga merawat keluarga gangguan jiwa, dan (7) penerimaan merawat keluarga gangguan jiwa dan (8) merawat keluarga gangguan jiwa. Tema-tema yang dihasilkan dari penelitian ini dibahas terpisah untuk menguraikan bagaimana pengalaman keluarga merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa di wilayah Puskesmas Paminggir. Tema yang muncul saling berhubungan satu sama lain dan akan diuraikan kembali per kategori untuk memperoleh pemahaman bagaimana kelima tema tersebut terbentuk berdasarkan persepsi ke 7 (tujuh) partisipan.

Tema 1: Beban Psikologis Keluarga

Tema ini mengungkap bahwa hampir seluruh keluarga mengalami tekanan emosional dan psikologis yang berat sejak pertama kali mengetahui bahwa anggota keluarga mereka mengalami gangguan jiwa. Perasaan terpukul, sedih, bersalah, trauma, hingga stres berat menjadi pengalaman yang paling dominan dan berulang diungkapkan oleh para partisipan.

Dari hasil wawancara dengan 7 partisipan (nelayan, ASN, pedagang), tema utama yang muncul adalah tekanan emosional dan psikologis yang dirasakan keluarga. Sejak awal mengetahui kondisi anggota keluarga mereka, muncul perasaan terpukul, sedih, trauma, rasa bersalah, hingga stres berat.

Beberapa keluarga menggambarkan rasa terkejut dan kehilangan harapan saat mendengar diagnosis dari dokter. Seorang nelayan (P1) mengatakan, "*Ulun marasa dunia ngini lanyap waktu duktur manyambat anak ulun garing jiwa... ulun sampai harus ba'ampih bagawi gasan manjaga inya.*" (Saya merasa dunia ini runtuh saat dokter bilang anak saya mengalami gangguan jiwa... saya bahkan harus berhenti bekerja untuk menjaganya). Pernyataan ini menunjukkan adanya beban psikologis mendalam yang mengubah peran dan keseharian keluarga.

Selain rasa terpukul, rasa bersalah juga muncul kuat terutama pada keluarga yang merasa tidak mampu mencegah atau mendeteksi lebih awal kondisi tersebut. Seorang ASN (P4) menuturkan, "*Ulun marasa basalah banar... tapi sibuk bagawi sampai kada manyadari anak ulun di-bully wan handak bunuh diri... ulun trauma wan ngalih guring.*" (Saya merasa bersalah sekali... terlalu sibuk bekerja sampai tidak menyadari anak saya di-bully dan mencoba bunuh diri... saya trauma dan sulit tidur). Hal serupa diungkapkan partisipan lain (P5) yang menyalahkan dirinya karena kecelakaan yang menimpa adiknya: "*Ulun masih manyalahkan diri saurang... ading mamakai mutur ulun wayah cilaka... ulun supan wayah inya mangamuk di kantor.*" (Saya masih menyalahkan diri sendiri... adik pakai motor saya waktu kecelakaan... saya malu ketika dia mengamuk di kantor).

Ketakutan dan kecemasan juga menjadi bagian dari beban psikologis. Banyak keluarga harus berjaga malam karena khawatir pasien melukai diri sendiri atau orang lain. Salah satu nelayan (P3) mengaku, "*Kakak ulun rancak agresif... ulun harus bajaga malam karna takutan inya malukai urang.*" (Kakak saya sering agresif... saya harus berjaga malam karena takut dia melukai orang). Pedagang lain (P7) juga menambahkan, "*Satiap hari ulun takutan kakak mangamuk lagi di toko... ulun stres banar karna usaha parak tutup.*" (Setiap hari saya takut kakak mengamuk lagi di toko... saya stres berat karena usaha hampir tutup).

Kesedihan mendalam dialami oleh keluarga yang merawat lansia dengan gangguan jiwa akibat kehilangan pasangan. Pedagang (P6) mengungkapkan "*Malihat uma manangis mencari abah nang sudah maninggal maulah ulun sadih banar... ulun rancak umpat manangis wan marasa kahilangan.*" (Melihat ibu menangis mencari ayah yang sudah meninggal membuat saya sangat sedih... saya sering ikut menangis dan merasa kehilangan).

Dari kutipan-kutipan tersebut, terlihat bahwa beban emosional dan psikologis yang dialami keluarga tidak hanya berasal dari kondisi pasien, tetapi juga dari stigma masyarakat, perasaan bersalah, kehilangan, hingga tekanan ekonomi yang menambah berat beban mental.

Proses merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa bukan hanya fisik, tetapi juga perjuangan mental yang panjang bagi seluruh anggota keluarga.

Tema beban psikologis Keluarga menunjukkan bahwa hampir semua keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa mengalami guncangan mental yang berat sejak awal mengetahui kondisi tersebut hingga dalam proses perawatan.

Banyak partisipan menggambarkan perasaan terpukul dan trauma awal saat menerima kabar bahwa anggota keluarga mereka mengalami gangguan jiwa. Seorang nelayan (P1) menyampaikan, "*Ulun marasa dunia ngini lanyap waktu duktur manyambat anak ulun garing jiwa... ulun sampai ba'ampih bagawi gasan manjaga inya.*" (Saya merasa dunia ini runtuh saat dokter bilang anak saya mengalami gangguan jiwa... saya bahkan berhenti bekerja untuk menjaganya). Hal serupa diungkapkan ASN (P4), "*Ulun trauma wayah tahu anak ulun di-bully sampai handak bunuh diri... ulun kada kawa guring babarapa hari.*" (Saya trauma ketika tahu anak saya di-bully hingga mencoba bunuh diri... saya tidak bisa tidur berhari-hari). Bahkan rasa trauma itu terus membekas bagi ASN lain (P5) yang berkata, "*Ulun masih trauma... satiap malihat bekas luka cilaka ading ulun, ulun marasa basalah wan hancur hati.*" (Saya masih trauma... setiap melihat bekas luka kecelakaan adik saya, saya merasa bersalah dan hancur hati).

Selain trauma, muncul pula rasa bersalah dan malu yang mendalam. ASN (P4) merasa gagal sebagai orang tua karena terlalu sibuk bekerja hingga tidak menyadari anaknya menjadi korban *bullying*. "*Ulun marasa basalah banar... ulun marasa gagal jadi kuitan,*" (Saya merasa bersalah sekali... saya merasa gagal jadi orang tua) tuturnya. ASN lain (P5) menyalahkan diri sendiri karena kecelakaan yang dialami adiknya terjadi saat memakai motornya, "*Ulun kada kawa ma'ampuni diri saurang... ulun supan wayah inya mangamuk di kantur.*" (Saya tidak bisa memaafkan diri sendiri... saya malu ketika dia mengamuk di kantor). Bahkan nelayan (P1) mengakui ada rasa bersalah karena merasa kurang memperhatikan anak sebelum kondisinya memburuk.

Rasa ketakutan dan kekhawatiran juga terus menghantui keluarga, terutama yang merawat pasien dengan perilaku agresif atau sering kabur. Seorang nelayan (P2) mengungkapkan, "*Ulun takutan bini kabur tengah malam... satiap hari ulun khawatir inya kada bulik atawa cilaka.*" (Saya takut istri kabur tengah malam... setiap hari saya khawatir dia tidak pulang atau terluka). Nelayan lain (P3) menambahkan, "*Kakak ulun rancak agresif... ulun harus bajaga malam karna takutan inya malukai urang atawa mambanam rumah.*" (Kakak saya sering agresif... saya harus berjaga malam karena takut dia melukai orang atau membakar rumah). Pedagang (P7) juga mengalami hal serupa, "*Ulun salalu takutan kakak mangamuk di toko... pelanggan bulik samunyaan... ulun khawatir inya mamukul urang lagi.*" (Saya selalu takut kakak mengamuk di toko... pelanggan lari semua... saya khawatir dia memukul orang lagi).

Di sisi lain, keluarga juga merasakan kesedihan mendalam dan kehilangan, seperti yang dialami pedagang (P6), "*Malihat uma manangis mancaru abah nang sudah maninggal maulah ulun sadih banar... rasanya kaya kahilangan dua urang sakaligus.*" (Melihat ibu menangis mencari ayah yang sudah meninggal membuat saya sangat sedih... rasanya seperti kehilangan dua orang sekaligus). Nelayan (P1) juga merasa kehilangan kedekatan dengan anaknya yang dulu ceria, "*Ulun marasa kahilangan anak ulun nang bahari lacar... wahini inya rancak sarik wan manyakiti diri saurang.*" (Saya merasa kehilangan anak saya yang dulu ceria... sekarang dia sering marah dan menyakiti dirinya sendiri).

Beban psikologis ini diperparah dengan stres dan kelelahan mental karena harus terus berjaga, kurang tidur, dan terbebani masalah ekonomi. Nelayan (P2) berkata, "*Ulun ngalih banar... satiap malam kada kawa guring karna manjaga bini... awak marasa habis tenaga.*" (Saya kewalahan... setiap malam tidak bisa tidur karena menjaga istri... badan rasanya habis tenaga). Nelayan lain (P3) menuturkan, "*Ulun rancak bajaga malam... siang harus bagawi...*"

kapala pusing wan awak uyuh banar.” (Saya sering berjaga malam... siang harus bekerja... kepala pusing dan badan lelah sekali). Pedagang (P7) bahkan menyampaikan, *“Ulun stres banar... usaha parak tutup... ulun kada baisi waktu gasan diri saurang karna tarus manjaga kakak.”* (Saya stres berat... usaha hampir tutup... saya tidak punya waktu untuk diri sendiri karena terus menjaga kakak).

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa beban psikologis yang dirasakan oleh keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa tidak hanya disebabkan oleh kondisi pasien, tetapi juga oleh trauma awal, rasa bersalah dan malu, ketakutan berlebih, kesedihan mendalam, serta stres berkepanjangan. Pengalaman ini secara signifikan memengaruhi kesehatan mental dan kualitas hidup keluarga, menjadikan proses perawatan sebagai ujian berat secara mental bagi seluruh anggota keluarga.

Tema 2: Tantangan Merawat Anggota Keluarga Gangguan Jiwa

Tema ini menggambarkan tekanan ekonomi (kehilangan pekerjaan, menurunnya pendapatan, biaya pengobatan) dan beban fisik (kelelahan, kurang tidur, gangguan kesehatan) yang dialami keluarga selama merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Kondisi ini membuat keluarga harus beradaptasi dan mengorbankan banyak aspek kehidupan mereka. Tantangan ini berdampak langsung pada keberlangsungan usaha dan stabilitas finansial, serta kesehatan fisik perawat keluarga.

Tantangan Ekonomi dan Dampaknya pada Keluarga Seluruh partisipan merasakan tantangan ekonomi yang berat dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Wawancara menunjukkan adanya kerugian finansial yang signifikan seperti kehilangan pekerjaan, pendapatan yang menurun drastis, dan beban biaya pengobatan yang tinggi.

Kehilangan Pekerjaan dan Pendapatan Menurun Banyak keluarga harus meninggalkan pekerjaan atau mengalami penurunan pendapatan karena fokus merawat anggota keluarga yang sakit. Seorang nelayan (P1) mengungkapkan, *“Ulun ampiah haja bagawi supaya kawa manjaga anak... panghasilan keluarga jadi turun banar... kami sampai mainjam duit gasan barubat.”* (Saya berhenti bekerja untuk menjaga anak... penghasilan keluarga turun drastis... kami harus pinjam uang untuk berobat.) Hal serupa dialami seorang pedagang (P6) yang terpaksa sering meninggalkan tokonya untuk merawat sang ibu. Ia menceritakan, *“Panghasilan warung turun... kadang kada baisi duit gasan keperluan sehari-hari.”* (Pendapatan toko turun... kadang saya tidak punya uang untuk kebutuhan sehari-hari.)

Beban Biaya Pengobatan yang Tinggi Biaya untuk pengobatan, terapi, dan obat-obatan menjadi salah satu beban terberat. ASN (P4) menuturkan, *“Biaya terapi anak tu kada sidikit... gaji ulun acap habis gasan obat lawan konsultasi... ulun jarang istirahat karena harus selalu dampingi anak.”* (Biaya terapi anak cukup besar... gaji saya sering habis untuk obat dan konsultasi... saya jarang istirahat karena harus mendampingi anak.) Hal ini diperkuat oleh nelayan (P1) yang sampai harus berutang, *“Ulun harus mainjam duit gasan biaya rumah sakit lawan obat... kada ada lagi tabungan nang tinggal.”* (Saya harus meminjam uang untuk biaya rumah sakit dan obat... tidak ada lagi tabungan yang tersisa.)

Beban Fisik dan Kelelahan yang Dialami Perawat Keluarga Selain tantangan ekonomi, para perawat keluarga juga mengalami kelelahan fisik yang luar biasa. Mereka harus menjalani beban ganda, antara bekerja dan merawat, seringkali tanpa bantuan yang memadai.

Kelelahan Fisik dan Kurang Tidur Banyak partisipan melaporkan kelelahan ekstrem dan gangguan pola tidur. Seorang nelayan (P3) bercerita tentang rutinitasnya, *“Saban malam ulun bajga... siang kada kawa jua ulun harus ka laut... awak rasanya hancur banar.”* (Setiap malam saya berjaga... siangya tetap melaut... tubuh rasanya hancur sekali.) Senada dengan itu, ASN (P4) juga merasakan dampak kurang tidur, *“Ampir saban hari ulun kurang tidur... awak jadi sakit lawan lemah.”* (Hampir setiap hari saya kurang tidur... fisik jadi mudah sakit dan lemah.)

Beban Ganda dalam Bekerja dan Merawat Keluarga menghadapi kesulitan membagi

waktu antara mencari nafkah dan merawat pasien. Nelayan (P2) mengungkapkan, “*Ngalih banar membagi waktu... ulun maka harus balaut tapi bini jua perlu dijaga... kada kawa jua ada yang membantu.*” (Sulit sekali membagi waktu... saya harus melaut tapi istri perlu dijaga... tidak ada yang membantu.) Sementara pedagang (P7) juga merasa sangat kelelahan menghadapi kondisi kakaknya yang mengganggu bisnis, “*Ulun jua kada tahan lagi... badan lawan pikiran lapah... kaka rancak beamuk di warung... bausaha ini sedikit lagi gulung tikar.*” (Saya juga capek fisik dan pikiran... kakak sering mengamuk di toko... usaha hampir bangkrut.)

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa beban fisik dan ekonomi yang dirasakan oleh keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa saling berkaitan dan memperburuk kondisi satu sama lain. Kehilangan pekerjaan dan biaya pengobatan yang tinggi menciptakan tekanan finansial, sementara tugas merawat yang intensif menyebabkan kelelahan fisik yang berujung pada masalah kesehatan. Keseluruhan pengalaman ini menunjukkan bahwa proses perawatan tidak hanya menuntut pengorbanan emosional, tetapi juga memengaruhi secara fundamental kondisi finansial dan kesehatan fisik keluarga.

Tema ini menggambarkan beban fisik yang dialami keluarga selama merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, seperti kelelahan, gangguan kesehatan, kurang tidur, serta beban ganda antara bekerja serta merawat. Kondisi ini berdampak langsung pada kesehatan fisik perawat keluarga dan kemampuan mereka menjalankan aktivitas sehari-hari.

Seluruh partisipan merasakan kelelahan fisik dalam merawat anggota keluarga. Dalam wawancara, para keluarga menggambarkan beratnya beban fisik yang mereka alami sehari-hari. Seorang nelayan (P3) bercerita:

“*Saban malam ulun manyadap... siang kada kawa jua ulun harus manyaruntung ka laut... awak rasanya hancur banar.*” (Setiap malam saya berjaga... siangnya tetap melaut... tubuh rasanya hancur sekali.)

Hal serupa diungkapkan seorang pedagang (P7) yang merasa sangat kelelahan menghadapi kondisi kakaknya:

“*Ulun jua kada tahan lagi... badan lawan pikiran lapah... kaka rancak beamuk di warung... bausaha ini sedikit lagi gulung tikar.*” (Saya juga capek fisik dan pikiran... kakak sering mengamuk di toko... usaha hampir bangkrut.)

Sementara itu, seorang nelayan (P2) menekankan sulitnya membagi waktu antara mencari nafkah dan merawat pasangan yang sakit:

“*Ngalih banar membagi waktu... ulun maka harus balaut tapi bini jua perlu dijaga... kada ada jua nang bisa membantu.*” (Sulit sekali membagi waktu... saya harus melaut tapi istri perlu dijaga... tidak ada yang membantu.)

Tidak hanya itu, seorang ASN (P4) juga menyampaikan dampak kurang tidur yang dialaminya:

“*Ampir saban hari ulun kurang tidur... badan jadi sakit lawan lemah.*”

(Hampir setiap hari saya kurang tidur... fisik jadi mudah sakit dan lemah.). Kategori utama tantangan fisik berdasarkan wawancara adalah gangguan kelelahan fisik. Partisipan harus tetap bekerja sambil merawat pasien menyebabkan kelelahan dan stres (P2, P3, P4). Kurang tidur, tubuh lelah, pusing, dan gangguan kesehatan akibat merawat pasien (P2, P3, P4, P7).

Tema 3: Dukungan Sosial Keluarga dalam Perawatan Pasien

Tema ini mengungkap bagaimana keluarga merasakan dukungan atau ketiadaan dukungan dari lingkungan sekitar, petugas kesehatan, dan pemerintah. Keluarga mengalami dukungan yang tidak merata sebagian menerima bantuan moral, materi, dan tenaga kesehatan, sementara sebagian lain merasa terbatas atau terisolasi secara sosial.

Dukungan Instrumental (P1, P2, P5, P6) Beberapa keluarga mendapatkan sokongan langsung dari para tetangga lawan sanak keluarga, baik itu berupa tenaga maupun materi. Nelayan (P1) menceritakan, *“Beberapa tatangga membantu menjaga anak waktu ulun sakit...”* (Beberapa tetangga membantu menjaga anak saat saya sakit). Nelayan (P2) jua menerima dukungan, *“Ada tatangga nang suka manyuguhkan makanan gasan bini ulun...”* (Ada tetangga yang suka memberi makanan untuk istri). ASN (P5) merasakan bantuan finansial, *“Keluarga basar membantuakan biaya terapi...”* (Keluarga besar membantu biaya terapi), sementara pedagang (P6) sering ditolong para tatangga waktu kawa ninggalakan warung, *“Beberapa urang tatangga sering manemaniakan ibu waktu ulun di warung...”* (Beberapa tetangga sering menemani ibu saat saya di toko). Sokongan ini memberikan kekuatan bagi keluarga supaya tetap bisa merawat pasien, walaupun sifatnya kada konsisten jua terbatas.

Dukungan Emosional (P4, P7) Tenaga kesehatan dan sekolah memberikan kontribusi positif. ASN (P4) menceritakan, *“Guru lawan kawan-kawan anak ulun tu manyemangati...”* (Guru dan teman-teman anak saya memberi semangat). Pedagang (P7) juga terbantu oleh layanan puskesmas, *“Pelayanan puskesmas tuh cukup menolong Ulun dalam merawat...”* (Pelayanan puskesmas cukup membantu saya dalam perawatan). Kehadiran dukungan profesional ini memudahkan keluarga mengakses perawatan medis dan bantuan psikologis yang diperlukan. Namun, tidak semua keluarga mendapatkan bantuan memadai. Nelayan (P3) mengungkapkan rasa kesepian, *“Ulun rasa kawaakan sorangan haja... jarang jua nang handak datang ka rumah... mereka tuh takut lawan kakak ulun.”* (Saya merasa sendirian... jarang ada yang mau datang ke rumah... mereka takut dengan kakak saya). Bahkan nelayan (P1), meskipun mendapat sedikit bantuan, merasakan sebagian tetangga menjauh karena menganggap anaknya berbahaya. Minimnya dukungan sosial membuat keluarga merasa terisolasi dan terbebani dalam perawatan.

Tema 4: Stigma Masyarakat

Tema ini menyoroti bagaimana stigma dan diskriminasi masyarakat memengaruhi kehidupan keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa. Stigma menjadi masalah paling dominan, yang memicu tekanan psikologis, sosial, dan ekonomi.

Ritensi (P1, P2), Nelayan (P1) menceritakan bahwa sebagian tetangganya menjauh karena menganggap anaknya berbahaya. Ia menyampaikan, *“Sebahagian malah manjauh, bilang anak kawa berbahaya.”* (Sebagian malah menjauh dan bilang anak saya berbahaya.) Sementara itu, P3 yang juga seorang nelayan dan kakak dari anak tersebut mengungkapkan rasa kesepiannya karena jarang ada orang yang berani datang ke rumah. Ia berkata, *“Ulun karasa sorangan... jarang ado yang mau datang ka rumah... diakan takut ka kakak kawa.”* (Saya merasa sendirian... jarang ada yang mau datang ke rumah... mereka takut dengan kakak saya.)

Diskriminasi (P1, P2, P6), Para partisipan menyampaikan bahwa mereka kerap merasakan diskriminasi dari lingkungan sekitar. P1, seorang nelayan, mengungkapkan pengalaman putranya yang diperlakukan berbeda karena dianggap berbahaya: *“...bilang anak ulun bahaya.”* (“...orang bilang anak saya berbahaya.”) P2, istri seorang nelayan, juga menghadapi ejekan dari masyarakat yang menilai dirinya tidak waras: *“...banyak juak nan nyengit istri saya gila...”* (“...banyak juga yang mengejek istri saya gila...”) Sementara P6, seorang pedagang, merasakan stigma yang menempel pada keluarganya karena penyakit yang diderita dianggap aib: *“...tapi ado juak nan bilang penyakit ibu itu aib keluarga.”* (“...tapi ada juga yang bilang penyakit ibu itu aib keluarga.”)

Pengucilan Sosial (P3, P5, P7), Beberapa partisipan menceritakan pengalaman mereka menghadapi dampak sosial dari kondisi anggota keluarga yang sakit. (P5) mengaku, di tempat kerjanya sering jadi bahan gosip rekan-rekan. Ia berkata *“Di kantor kada tau kada baik, katu sering jadi bahan gosip...”* (Di kantor saya sering jadi bahan gosip...) Kondisi yang sama juga

dirasakan (P7), seorang pedagang, yang mulai kehilangan pelanggan karena orang-orang takut berbelanja di tokonya. Ia menuturkan, “...panganan banyak yang kada mau belanja lagi...” (...pelanggan banyak yang tidak mau belanja lagi...) Sementara itu, (P3), seorang nelayan, merasa sangat kesepian karena jarang ada yang berani datang ke rumahnya. Ia menjelaskan “*Ulun rasa sendiri... jarang yang mau datang ka rumah... mereka takut ka kakak ulun.*” (Saya merasa sendirian... jarang ada yang mau datang ke rumah... mereka takut dengan kakak saya.) Situasi ini menunjukkan bagaimana stigma sosial dan rasa takut masyarakat terhadap anggota keluarga yang sakit dapat menimbulkan isolasi sosial, bahkan dalam lingkungan yang dekat seperti kantor maupun tetangga.

Tema 5: Keterampilan Keluarga Merawat Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa

Tema ini menjelaskan bagaimana keluarga mengembangkan keterampilan khusus untuk merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, termasuk strategi mengendalikan emosi pasien, menenangkan saat kambuh, menjaga keselamatan, serta upaya pengobatan dan rehabilitasi. Strategi adaptif keluarga dalam merawat dan mengelola perilaku pasien gangguan jiwa. Keluarga mengembangkan strategi adaptif yang meliputi komunikasi emosional yang lembut, pengawasan ketat, penerapan keamanan rumah, kepatuhan terhadap pengobatan, pemanfaatan konseling keluarga, serta terapi dan aktivitas positif. Strategi ini membantu keluarga menghadapi perilaku pasien, mengurangi kekambuhan, dan menjaga keselamatan semua anggota keluarga.

Dalam menghadapi tantangan merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, keluarga tidak hanya mengalami beban psikologis dan ekonomi, tetapi juga harus mengembangkan strategi khusus untuk mengelola perilaku pasien. Banyak keluarga biasanya memakai pendekatan emosional lewat cara ngomong lemah lembut untuk menenangkan pasien. Nelayan (P1) bilang, “*Ulun slalu usaha sabar... kalo anak marah ulun peluk biar tenang...*” (Ulun selalu berusaha sabar... jika anak marah, ulun menenangkannya dengan pelukan), sementara nelayan (P2) nambahin, “*Ulun ajak ngomong lemah lembut kalo dia gelisah.*” (Ulun mengajak berbicara dengan lembut saat dia gelisah). ASN (P5) juga dukung secara emosional “*Kita buat aktivitas bareng-bareng biar dia kada rasa sorang.*” (Kami membuat aktivitas bersama supaya dia tidak merasa sendiri).

Keamanan jadi hal utama bagi keluarga, apalagi yang ngalami pasien agresif atau mudah kabur. Nelayan (P2) selalu mengunci pintu waktu kerja, “*Supaya istri kada kabur...*” (Supaya istri tidak kabur), sementara nelayan (P3) nambah kunci di beberapa ruangan supaya aman, “*Ulun pasang kunci di beberapa ruangan supaya aman...*” (Saya memasang kunci di beberapa ruangan untuk keamanan). Pedagang (P6) juga slalu menemani ibunya pas malam hari, “*Ulun slalu ada di sampingnya pas malam.*” (Saya selalu ada di sampingnya saat malam).

Selain itu, keluarga fokus pada kepatuhan pengobatan dan dukungan medis. Nelayan (P1) pastikan anaknya kada lupa minum obat, “*Ulun pastikan obatnya kada lupa diminum.*” (Saya pastikan obatnya tidak lupa diminum). ASN (P4) ikut konseling keluarga dan bikin jadwal terapi rutin, “*Kita bikin jadwal rutin terapi.*” (Kami membuat jadwal rutin terapi). ASN (P5) setia mendampingi adiknya kontrol ke psikolog, sedangkan pedagang (P7) manfaatkan pelatihan dari puskesmas, “*Puskesmas ngajari cara menghadapi kalo kakak ngamuk.*” (Puskesmas mengajari cara menghadapi saat kakak mengamuk).

Keluarga juga berusaha ciptakan lingkungan positif lewat terapi dan aktivitas kreatif. Pedagang (P6) pakai terapi memori dengan foto ayahnya untuk menenangkan ibunya, “*Ulun pasang foto bapak di kamar ibu...*” (Saya memasang foto ayah di kamar ibu), sedangkan pedagang (P7) ajak kakaknya jalan-jalan atau dengerin musik kesukaan, “*Kalo kakak mulai marah, ulun ajak keluar jalan-jalan... kita kasih musik yang dia suka.*” (Jika kakak mulai marah, saya ajak keluar jalan-jalan... kami berikan musik yang dia suka).

Secara keseluruhan, strategi-strategi ini menunjukkan kemampuan adaptif keluarga

untuk menghadapi perilaku pasien dengan gangguan jiwa. Mereka berupaya menjaga keamanan, mendukung pengobatan, dan memanfaatkan dukungan profesional sambil mengelola emosi pasien dengan kasih sayang. Strategi ini membantu keluarga mengurangi kekambuhan dan menjaga keseimbangan dalam kehidupan sehari-hari.

Tema strategi keluarga dalam merawat keluarga dengan gangguan jiwa menunjukkan bagaimana keluarga beradaptasi dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa melalui berbagai pendekatan yang disesuaikan dengan kondisi pasien dan kemampuan keluarga. Berikut adalah penjelasan berdasarkan kategori:

Dukungan Emosional (P1, P2, P5), Pendekatan ini menjadi dasar strategi keluarga dalam menghadapi perilaku pasien. Keluarga berusaha mengendalikan emosi pasien dengan kesabaran dan komunikasi yang lembut. Nelayan (P1) bilang, "*Ulun salalu usaha sabar... kalau anak marah, ulun tenangkan handak pelukan...*" (Uluran selalu berusaha sabar... jika anak marah, saya menenangkannya dengan pelukan...). Nelayan (P2) pun pakai komunikasi lemah lembut pas istrinya gelisah, "*Ulun ajak ngobrol lembut... supaya dia dak karasa diserang.*" (Saya mengajaknya berbicara dengan lembut... supaya dia tidak merasa diserang.) ASN (P5) nambahin, ia salalu interaksi sama adiknya melalui kegiatan bareng, "*Kami bikin aktivitas bareng supaya dia dak karasa sendiri.*" (Saya selalu berinteraksi dengan adik saya melalui kegiatan bersama, supaya dia tidak merasa sendiri). Pendekatan emosional lawan sabar dan komunikasi lembut ini terbukti dapat bantu ngurangin ledakan emosi dan bikin pasien karasa lebih aman serta dipahami.

Dukungan Instrumental (P2, P3, P4, P5, P6, P7), Keluarga pasien mengambil berbagai cara agar pasien dan anggota keluarga lain aman. Ada yang mengunci pintu rumah, seperti yang dilakukan nelayan (P2). Katanya, "*Iyo, kada ku buka rumah pas kadai ka laut...*" (Ya, saya kunci rumah saat pergi melaut...). Nelayan (P3) juga memasang kunci tambahan di beberapa kamar supaya aman ketika kakaknya sedang mengamuk. "*Ulun pasang kunci di sabagian kamar biar aman kalo kakak ngamuk...*" (Saya pasang kunci di beberapa ruangan untuk keamanan...). Pedagang (P6) selalu mengawasi ibunya, terutama di malam hari. "*Ulun selalu ada di samping ibu waktu malam... biar kada ada hal bahaya,*" (Saya selalu ada di samping ibu saat malam supaya tidak terjadi hal berbahaya) katanya. Cara mengawasi seperti ini sangat membantu mencegah pasien membahayakan diri sendiri maupun orang lain.

Selain itu, beberapa keluarga juga mengikuti program konseling dan pelatihan. Contohnya, ASN (P4) yang bilang, "*Ulun ikut konseling keluarga... belajar cara bebandir lawan anak...*" (Saya ikut program konseling keluarga untuk belajar teknik berbicara dengan anak...). Ada juga pedagang (P7) yang mendapat pelatihan dari puskesmas tentang cara menghadapi kakaknya jika mengamuk. "*Puskesmas ajar juak cara hadapi kakak kalo ngamuk*" (Puskesmas juga memberikan pelatihan menghadapi kakak yang mengamuk). Pelatihan dan konseling ini sangat membantu keluarga memahami kondisi pasien, mengurangi konflik, dan meningkatkan kemampuan mereka dalam merawat. Untuk menenangkan pasien, keluarga juga memanfaatkan terapi non-medis dan aktivitas yang positif. ASN (P5) sering mengajak adiknya beraktivitas bareng, "*Kita bikin aktivitas bebarangan biar inya kada marasa saurangan,*" (Kami buat aktivitas bersama supaya dia tidak merasa sendiri) ujarnya. Ada juga pedagang (P6) yang memakai foto ayahnya yang sudah meninggal untuk menenangkan ibunya. "*Ulun pasang foto abah di kamar umak... biar inya nyaman pas mancari abah,*" (Saya pasang foto ayah di kamar ibu supaya dia lebih tenang saat mencari ayah) jelasnya. Pedagang (P7) juga sering mengajak kakaknya jalan-jalan dan mendengarkan musik kesukaan. "*Kalo kakak ngamuk, aku ajak bajalan... mandangarakan musik nang inya katuju,*" (Kalau kakak mulai marah, saya ajak keluar jalan-jalan dan mendengarkan musik yang dia suka). Semua kegiatan ini membantu mengurangi stres pasien dan menciptakan suasana keluarga yang lebih nyaman. Keluarga yang ngerawat anggota dengan gangguan jiwa tidak cuma ngandelin obat dan perawatan medis, tapi juga bikin strategi adaptif kayak komunikasi lembut, ngawasi keamanan, patuh sama obat, konseling, sama

terapi atau aktivitas positif. Strategi ini nunjukin ketahanan dan kreativitas keluarga buat jaga keselamatan, nenangin perilaku pasien, dan tetep ngelanjutin keseharian walaupun dihadapin keterbatasan dan tantangan berat.

Dukungan Informasional (P1, P4, P5, P7), Keluarga sadar betul pentingnya obat rutin dan dukungan medis buat ngurangin kambuh. Nalayan (P1) disiplin banar meyakini anaknya sudah minum obat, "*Ulun pastikan ubatnya kada luput diminum...*" (Saya pastikan obatnya tidak lupa diminum...). ASN (P4) umpat jadwal terapi wan konseling keluarga, "*Kawa ai kita maulah jadwal rutin terapi gasan anak...*" (Kita bisa buat jadwal rutin terapi untuk anak...). ASN (P5) selalu maumpati adingnya pas kontrol ka psikolog, "*Ulun selalu maumpati ading pas kontrol...*" (Saya selalu menemani adik saat kontrol...). Padagang (P7) dapat arahan matan puskesmas pasal parawatan nang bujur, "*Puskesmas maajari cara mahadapi kaka pas kambuh.*" (Puskesmas mengajari cara menghadapi kakak saat kambuh). Cara-cara ini nunjukin kalo patuh sama pengobatan dan dukungan medis memang jadi bagian penting dalam ngerawat pasien.

Tema 6 : Makna Merawat Anggota Keluarga dengan Gangguan Jiwa

Makna merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa merupakan perjalanan emosional dan psikologis yang kompleks, di mana anggota keluarga belajar memahami kondisi dan kebutuhan orang yang mereka rawat. Tema ini menggambarkan makna, hikmah, dan nilai kehidupan yang ditemukan keluarga saat merawat anggota dengan gangguan jiwa. Pengalaman ini menghadirkan rasa syukur, cinta, kebersamaan, serta makna spiritual yang memperkuat keluarga secara emosional dan spiritual. Pendekatan *humanize* menekankan pentingnya melihat pasien sebagai individu yang utuh, bukan hanya sebagai "penyandang gangguan". Dalam konteks ini, keluarga berusaha mengakui perasaan, keinginan, dan potensi sehingga perawatan tidak semata bersifat fisik atau medis, tetapi juga memperhatikan aspek kemanusiaan. Proses ini melibatkan penerimaan realitas, pengendalian emosi, dan membangun empati, sehingga anggota keluarga mampu menyesuaikan diri dengan dinamika perawatan sehari-hari tanpa kehilangan rasa cinta dan martabat sehingga perawatan menjadi lebih hangat, bersifat inklusif, dan menghormati identitas pasien, yang pada gilirannya memperkuat ikatan keluarga dan mendukung kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

Banyak keluarga mengalami fase awal yang penuh penolakan, bingung, serta susah menerima kenyataan. Mereka lalui perjalanan emosional sebelum bisa nerima kondisi anggota keluarga yang gangguan jiwa. Pada permulaannya, para keluarga mengisahkan pengalaman yang penuh dengan rasa kaget dan kesedihan. Salah seorang dari mereka, P1, menuturkan dengan pilu, "*Awalnya ulun kada percaya anak ulun bisa seperti ini...*" (Awalnya saya tidak percaya anak saya bisa seperti ini...). Suasana hati yang sama juga dirasakan P2, yang mengungkap, "*Ulun sempat marah ka keadaan... bingung pian handak bagaimana.*" (Saya sempat marah pada keadaan... bingung harus bagaimana.) Perasaan bingung dan sedih ini turut dirasakan P3, yang menyatakan, "*Butuh waktu lama untuk nerima kakak yang berubah...*" (Butuh waktu lama untuk menerima kakak yang berubah...) dan P4 yang mengaku, "*Dulu ulun nangis saban malam...*" (Saya dulu menangis setiap malam...). Bahkan P7 mengaku, "*Awalnya ulun kada tau handak barbuat apa...*" (Awalnya saya tidak tahu harus berbuat apa...). Masa-masa ini memang mencerminkan guncangan emosional yang muncul sebelum akhirnya keluarga mulai beradaptasi.

Seiring berjalannya waktu, keluarga-keluarga ini mulai belajar untuk menerima, menyesuaikan diri, serta mengubah pola pikir dan tindakan mereka agar perawatan bisa lebih efektif. P1 menjelaskan dengan tulus, "*Lama-lama ulun belajar nerima... mulai mengerti bagaimana cara nenangin anak.*" (Lama-lama saya belajar menerima... mulai mengerti bagaimana cara menenangkan anak.) Begitu juga dengan P3, yang mengatakan, "*Kami belajar bersama keluarga bagaimana menjaga kakak...*" (Kami belajar bersama keluarga bagaimana

menjaga kakak...), dan P5 yang menambahkan, "*Dulu ulun malu, tapi sesudah belajar paham kondisi adik, sekarang ulun bisa dukung dia lebih baik.*" (Dulu saya malu, tapi setelah belajar memahami kondisi adik, sekarang saya bisa mendukungnya lebih baik.)

Pada akhirnya, para keluarga berhasil mencapai tahap penerimaan penuh dan keikhlasan dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. P1 yakin, "*Ulun percaya ini ujian dari Tuhan... ulun handak ikhlas jalani.*" (Saya percaya ini ujian dari Tuhan... saya harus ikhlas menjalaninya.) P2 pun menyadari, "*Sekarang ulun sadar istri butuh ulun... ulun jadi lebih sabar.*" (Sekarang saya sadar istri butuh saya... saya jadi lebih sabar.) P6 menegaskan, "*Ulun yakin ini jalan Tuhan untuk dekatkan kami sebagai keluarga.*" (Saya yakin ini jalan Tuhan untuk mendekatkan kami sebagai keluarga.) Sementara itu, P7 menutup kisahnya dengan penuh makna, "*Sekarang ulun ikhlas... handak melihat kakak bahagia walaupun sakit.*" (Sekarang saya ikhlas... ingin melihat kakak bahagia walaupun sakit.) Keikhlasan ini menjadi fondasi penting dalam perawatan jangka panjang dan membangun ketahanan emosional dalam keluarga.

PEMBAHASAN

Interpretasi Hasil Penelitian dan Analisis Tema

Penelitian ini mengungkap kompleksitas pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa di wilayah Puskesmas Paminggir. Melalui pendekatan fenomenologis, peneliti menemukan bahwa pengalaman perjalanan perawatan yang dilakukan keluarga bukan sekadar proses fisik atau medis semata, melainkan suatu perjalanan emosional, spiritual, dan sosial yang penuh tantangan namun juga sarat makna. Temuan penelitian ini akan dibahas secara mendalam dengan mengintegrasikan perspektif teoretis Model Adaptasi Calista Roy dan berbagai literatur terkini. Pembahasan penelitian ini berfokus pada pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, yang dianalisis melalui lima tema utama. Setiap tema diuraikan ke dalam sub tema untuk memberikan gambaran komprehensif mengenai dinamika psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual yang dialami keluarga. Temuan ini dianalisis menggunakan Model Adaptasi Calista Roy yang menekankan bahwa manusia baik individu maupun keluarga adalah sistem adaptif yang terus berinteraksi dengan stimulus eksternal dan internal dengan hasil berupa respons adaptif maupun maladaptif.

1) Beban Psikologis Keluarga

Pengalaman yang dialami keluarga dalam penelitian ini menunjukkan pola yang kompleks dan dinamis. Pada fase awal diagnosis, hampir semua partisipan mengalami apa yang dapat disebut sebagai "krisis eksistensial" suatu guncangan mendalam terhadap makna hidup dan identitas keluarga. Seorang ayah (P1) menggambarkan perasaannya sebagai "dunia yang runtuh" ketika menerima diagnosis anaknya, sementara seorang ibu (P4) mengalami trauma berkepanjangan setelah mengetahui upaya bunuh diri anaknya. Reaksi emosional ini tidak hanya bersifat sementara, tetapi berkembang menjadi beban psikologis jangka panjang yang mempengaruhi seluruh aspek kehidupan keluarga.

Dalam kerangka Teori Adaptasi Roy (2009), beban emosional ini terutama mempengaruhi mode konsep diri, di mana identitas dan harga diri keluarga sebagai unit yang utuh mengalami guncangan. Keluarga tidak hanya berhadapan dengan realitas baru tentang kondisi kesehatan anggota mereka, tetapi juga harus menegosiasikan ulang pemahaman mereka tentang normalitas, harapan, dan masa depan. Perasaan bersalah yang diungkapkan oleh beberapa partisipan (P4, P5) mencerminkan apa yang disebut sebagai "*self-stigmatization*" suatu proses di mana keluarga menginternalisasi stigma masyarakat dan mengarahkannya kepada diri sendiri. Temuan ini juga mengungkap dimensi temporal dari beban emosional ini. Jika pada fase awal dominan perasaan shock dan penolakan, maka seiring waktu berkembang menjadi kecemasan kronis dan ketakutan akan kekambuhan. Seorang partisipan (P3) menggambarkan keharusannya untuk selalu waspada, bahkan dalam tidur, karena khawatir

saudaranya akan menyakiti diri sendiri atau orang lain. Keadaan hipervigilansi semacam ini, dapat menyebabkan kondisi yang disebut "*caregiver burnout*" suatu sindrom kelelahan fisik dan emosional yang parah pada pengasuh.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa mengalami tekanan emosional yang signifikan sejak awal diagnosis. Perasaan terpukul, bersalah, trauma, cemas, dan stres berkepanjangan menjadi pengalaman dominan. Beban emosional ini diperkuat oleh ketakutan terhadap agresi pasien, kesedihan akibat kehilangan hubungan yang harmonis, serta tekanan sosial. Temuan ini sejalan dengan penelitian terbaru oleh López et al., (2022) yang menyatakan bahwa pengasuh keluarga pasien gangguan jiwa lebih rentan terhadap depresi dan kecemasan dibanding populasi umum. Selain itu, teori adaptasi Roy (Roy, 2009) menekankan bahwa individu, termasuk keluarga sebagai sistem adaptif, mengalami perubahan dalam respons emosional terhadap stressor internal dan eksternal, seperti perawatan anggota keluarga sakit. Keluarga juga mengalami konflik internal antara tanggung jawab moral dan kemampuan fisik maupun ekonomi, sehingga membentuk beban psikologis yang kompleks. Narasi dari partisipan menunjukkan bahwa trauma awal dan rasa bersalah sering menjadi awal dari penyesuaian diri yang lebih adaptif.

Temuan ini juga sejalan dengan penelitian terbaru oleh Fekadu et al. (2024) yang menyatakan bahwa pengasuh keluarga pasien gangguan jiwa lebih rentan terhadap depresi dan kecemasan dibanding populasi umum. Selain itu, teori adaptasi Roy (2009) menekankan bahwa individu, termasuk keluarga sebagai sistem adaptif, mengalami perubahan dalam respons emosional terhadap stressor internal dan eksternal, seperti perawatan anggota keluarga sakit. Keluarga juga mengalami konflik internal antara tanggung jawab moral dan kemampuan fisik maupun ekonomi, sehingga membentuk beban psikologis yang kompleks. Narasi dari partisipan menunjukkan bahwa trauma awal dan rasa bersalah sering menjadi awal dari penyesuaian diri yang lebih adaptif.

Perjalanan keluarga dalam menghadapi anggota yang mengalami gangguan jiwa sering dimulai dengan guncangan emosional yang tidak terduga. Kondisi ini menghadirkan tantangan psikologis yang mendalam, baik berupa keterkejutan, perasaan kehilangan, maupun beban mental yang harus ditanggung dalam jangka panjang. Pada tema ini, akan dipaparkan sub tema yang menggambarkan dinamika batin keluarga ketika berhadapan dengan realitas sulit tersebut.

a. Respon Psikologis Keluarga

Keluarga yang pertama kali mengetahui anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa biasanya mengalami guncangan emosional yang berat. Dalam perspektif Model Adaptasi Roy, fase ini menunjukkan adanya *stimuli focal* berupa diagnosis atau perilaku pasien yang mengganggu. Keluarga berada pada tahap maladaptif karena belum siap menerima kenyataan. Mekanisme *coping regulator subsystem* bekerja secara fisiologis dan psikologis seperti munculnya rasa kaget, bingung, bahkan syok. Pada tahap ini, perawat atau tenaga kesehatan dapat membantu keluarga melalui edukasi awal dan dukungan psikososial, agar keluarga dapat bertransisi menuju penerimaan. Saat menyadari diagnosa gangguan jiwa pada anak, perasaan hancur menjadi pengalaman. Dalam kerangka Roy, ini adalah stimulus fokal yang memicu respons stres akut. Studi Gunawan (2024) mendukung bahwa tahap penolakan awal ("*disbelief*") adalah fase kritis di mana caregiver sangat rentan mengalami maladaptasi, termasuk gejala depresi dan isolasi sosial. Perasaan terpukul saat mengetahui diagnosis menjadi pintu masuk trauma bagi keluarga sebagaimana "stimulus fokal" menurut Roy yang memicu stres akut. Harapan runtuh, semesta berantakan, dan keluarga tak siap menghadapi realitas baru. Dalam literatur, fase ini disebut sebagai "*disbelief*" atau penolakan awal, yang jika tidak dikelola bisa berujung pada maladaptasi, seperti depresi berat dan keterasingan. Penelitian fenomenologis oleh Kissa Bahari dkk. (2024) dalam konteks Indonesia menunjukkan caregiver mengalami "berbagai perasaan

negatif” sebagai bagian dari beban mental yang kompleks.

b. Mekanisme Coping Negatif

Ketakutan yang muncul terkait kehilangan figur keluarga disebabkan oleh kekhawatiran terhadap keselamatan pasien maupun masa depan keluarga. Dalam kerangka Roy, hal ini berkaitan dengan *self-concept mode* di mana identitas keluarga terguncang karena takut tidak lagi memiliki hubungan yang utuh dengan anggota keluarga tersebut. Keluarga memerlukan penguatan coping emosional, misalnya melalui dukungan spiritual atau kelompok pendukung, agar dapat mempertahankan stabilitas emosional dan kembali menemukan makna dalam merawat. Rasa takut yang intens terhadap kemungkinan pasien melakukan hal berbahaya muncul kuat. Hal ini menggambarkan stimulus kontekstual negatif yang memicu aktivasi mekanisme coping regulator. Temuan dari studi Syarif (2025) juga menunjukkan *caregiver* sering mengalami stres menengah hingga tinggi serta ketidakpatuhan obat, stigma, dan keterbatasan informasi. Ketakutan terhadap perilaku pasien baik berpotensi menyakiti diri sendiri, anggota keluarga, atau orang lain menciptakan kecemasan kronis. Roy menekankan bahwa stimulus ini menimbulkan mekanisme coping regulator (*fight-or-flight*) yang berlebihan bila tidak ada penyaluran emosional. Dukungan psikososial sangat penting untuk memecah lingkaran ketakutan ini. Studi Sustrami (2023) di Indonesia menunjukkan *social support* signifikan menurunkan beban *caregiver*.

Hasil wawancara dari (P1) mencerminkan konsep *ambiguous loss* kehilangan yang tidak nyata atau tidak diakui secara sosial. Kondisi seperti ini kerap menyebabkan kecemasan mendalam dan ketidakseimbangan peran dalam keluarga (Gunawan, 2024). Kehilangan identitas sebelumnya anak yang riang, orang tua yang penuh cerita mengantarkan keluarga pada bentuk duka yang tidak mudah dikenali *ambiguous loss*. Boss (2006) menjelaskan bahwa kehilangan semacam ini tidak mendapat legitimasi orang lain, sehingga duka tak berupa ritual atau pengakuan sosial. Kondisi ini berdampak besar pada adaptasi psikis serta kesehatan mental *caregiver*.

c. Stres Psikologis Keluarga

Tugas merawat pasien dengan gangguan jiwa seringkali menimbulkan stres jangka panjang. Menurut teori Roy, kondisi ini muncul akibat akumulasi *residual stimuli* berupa tuntutan sosial, stigma, dan beban perawatan sehari-hari. Keluarga sering merasa terisolasi dan mengalami kelelahan mental. Adaptasi yang sehat dapat terbentuk bila keluarga mampu mengembangkan strategi coping, seperti membagi peran antar anggota keluarga, memanfaatkan layanan kesehatan jiwa, serta mengatur waktu istirahat. Studi Cheng (2022) bahwa dalam *mental health* mencatat bahwa beban pengasuhan berdampak kuat terhadap kualitas hidup *caregiver*, dengan distress psikologis sebagai mediator utama. Merawat terus-menerus tanpa jeda fisik maupun emosional menimbulkan kelelahan mental yang mendalam *self-blame*, *guilt*, bahkan keputusan. Dalam model Roy, ini masuk dalam mode fisiologis-psikologis: stres berlanjut berpotensi berkembang menjadi burnout atau depresi berat. Studi dari Malang (Kissa Bahari dkk., 2024) menyebut *caregiver* mengalami “beban kompleks” yang meliputi tingkat kecemasan, stres, dan kelelahan berat.

Peneliti berasumsi bahwa keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa menghadapi tekanan emosional yang kompleks dan berlapis sejak awal diagnosis. Beban ini bukan sekadar muncul dari interaksi dengan pasien, tetapi juga dipengaruhi oleh konflik internal antara tanggung jawab moral dan keterbatasan kemampuan fisik maupun ekonomi. Perasaan bersalah, trauma, kecemasan, stres berkepanjangan, dan ketakutan terhadap agresi pasien mencerminkan beban psikologis multidimensional yang menuntut penyesuaian diri secara terus-menerus. Peneliti berpendapat bahwa pengalaman ini sejalan dengan konsep

adaptasi dalam Teori Roy, yang menekankan bahwa keluarga sebagai sistem adaptif merespons stressor internal maupun eksternal dengan perubahan emosional, kognitif, dan perilaku. Dengan demikian, beban emosional ini tidak hanya bersifat negatif, tetapi juga menjadi pemicu proses adaptasi dan perkembangan kapasitas koping keluarga dalam jangka panjang.

2) Tantangan Merawat Keluarga Gangguan Jiwa

Para partisipan menggambarkan tantangan fisik yang signifikan, terutama kelelahan fisik, yang muncul dari peran mereka sebagai pekerja sekaligus pengasuh pasien gangguan jiwa (P2, P3, P4). Kondisi ini diperparah oleh kurang tidur, tubuh yang mudah lelah, pusing, serta penurunan kondisi kesehatan secara umum (P2, P3, P4, P7). Dalam kerangka Model Adaptasi Roy, situasi semacam ini tergolong dalam mode adaptasi fisiologis, yakni aspek yang berkaitan dengan kebutuhan dasar tubuh seperti istirahat, aktivitas, dan stabilitas fisik (Robinson-Lane, 2024).

Model Adaptasi Roy menekankan bahwa manusia adalah sistem adaptif yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan internal dan eksternal. Ketika *caregiving* membuat partisipan tidak cukup beristirahat atau memenuhi kebutuhan fisik lainnya, sistem adaptasi fisiologis terganggu mengakibatkan kelelahan dan menurunnya keseimbangan tubuh (Robinson-Lane, 2024). Menariknya, penelitian terbaru menunjukkan bahwa intervensi berbasis Model Adaptasi Roy terbukti efektif mengatasi kelelahan pada pasien dengan penyakit somatik, seperti gagal jantung lewat program edukasi dan perawatan yang struktur (Abdolahi, 2020). Ini mengindikasikan potensi besar model tersebut dalam mendukung caregiver mencapai kondisi adaptif, termasuk memitigasi kelelahan fisik.

Selain itu, penelitian teranyar pada keluarga caregiver pasien stroke mengungkap bahwa pendidikan berbasis Roy Adaptation Model mampu meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan, ketahanan, dan kemampuan adaptasi fisik, mental, dan sosial caregiver meski fokusnya bukan langsung ke kelelahan, hasilnya relevan dan mendukung gagasan bahwa RAM bisa memperkuat adaptasi fisiologis *caregiver* (Monjezi, 2025).

Di samping itu, adaptasi dalam *caregiving* menurut RAM juga mencakup mode peran, konsep diri, dan interdependensi, yang saling terkait dengan mode fisiologis. Misalnya, caregiver yang tetap bekerja sekaligus merawat anggota keluarga sering kali merasa kewalahan ini bukan hanya kelelahan fisik, tapi juga bercampur dengan tekanan peran, ekspektasi diri, dan kebutuhan dukungan sosial. Implementasi program adaptasi yang ditujukan ke berbagai mode ini, seperti edukasi pemilihan prioritas aktivitas, manajemen istirahat, atau jaringan dukungan keluarga, dapat mendorong adaptasi lebih sehat secara holistik (Robinson-Lane, 2024).

Tantangan Ekonomi dalam Merawat Keluarga Gangguan Jiwa Salah satu tantangan terbesar yang dialami keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa adalah beban ekonomi. Proses perawatan membutuhkan alokasi biaya yang tidak sedikit, baik untuk pengobatan rutin, transportasi menuju fasilitas kesehatan, maupun kebutuhan sehari-hari pasien. Hasil wawancara menunjukkan bahwa banyak keluarga merasa kesulitan memenuhi biaya berobat, terutama karena harus menanggung pengeluaran tambahan di luar kebutuhan pokok rumah tangga. Kondisi ini semakin berat ketika keluarga tidak memiliki sumber pendapatan tetap atau ketika sebagian anggota keluarga harus mengurangi waktu bekerja demi fokus merawat pasien di rumah.

Tantangan ekonomi juga berkaitan erat dengan akses layanan kesehatan. Jarak yang jauh menuju fasilitas kesehatan jiwa menyebabkan keluarga harus mengeluarkan biaya transportasi lebih besar, sementara keterbatasan layanan kesehatan di daerah pedesaan menjadikan pilihan mereka semakin terbatas. Beberapa keluarga bahkan menunda atau menghentikan pengobatan karena keterbatasan finansial, sehingga berpotensi meningkatkan risiko kekambuhan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Fitri (2025) yang menekankan

bahwa jarak, waktu, dan biaya merupakan faktor signifikan yang memengaruhi kontinuitas perawatan pasien dengan gangguan jiwa.

Selain itu, beban ekonomi tidak hanya dirasakan secara langsung, tetapi juga berdampak pada fungsi sosial dan psikologis keluarga. Keterbatasan finansial membuat keluarga sering kali harus melakukan penghematan ekstrem, mengorbankan kebutuhan lain, bahkan menimbulkan konflik internal. Rasa cemas dan stres finansial menjadi bagian dari beban psikologis yang memperberat kondisi keluarga sebagai caregiver. Salah satu beban terberat yang dialami keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa adalah persoalan ekonomi. Perawatan membutuhkan biaya besar untuk pengobatan, transportasi, hingga kebutuhan sehari-hari pasien. Hal ini diperparah dengan hilangnya sumber pendapatan karena keluarga harus mengorbankan waktu kerja untuk mendampingi pasien.

Tantangan ekonomi tidak hanya terkait biaya pengobatan, tetapi juga kerugian akibat hilangnya produktivitas dan gangguan pada usaha keluarga. Kondisi ini selaras dengan teori Roy, yang menekankan bahwa keterbatasan sumber daya ekonomi merupakan stimuli contextual yang dapat menghambat adaptasi keluarga dalam menghadapi krisis.

Dengan demikian, tantangan ekonomi yang dialami keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa bersifat multidimensional. Tidak hanya terkait biaya langsung perawatan, tetapi juga mencakup hilangnya produktivitas kerja, keterbatasan akses layanan kesehatan, serta dampak psikososial yang menyertainya. Kondisi ini menegaskan pentingnya dukungan pemerintah maupun lembaga sosial untuk menyediakan subsidi kesehatan jiwa, memperluas jangkauan layanan berbasis komunitas, dan menciptakan program bantuan ekonomi bagi keluarga ODGJ.

a. Penurunan Pendapatan

Banyak keluarga mengalami penurunan pendapatan karena waktu yang seharusnya digunakan untuk bekerja dialihkan ke perawatan pasien. Menurut Roy, ini merupakan bentuk maladaptasi dalam *role function mode* karena fungsi produktif keluarga terganggu. Adaptasi dapat dicapai dengan mencari alternatif pendapatan atau bantuan finansial dari lembaga sosial. Hal ini sesuai dengan *Family Stress Model*, di mana tekanan ekonomi berkorelasi dengan gangguan mental seperti depresi dan kecemasan. Ketika waktu produktif berubah menjadi waktu merawat, keluarga kehilangan sumber pendapatan ini adalah stimulus kontekstual ekonomi yang melemahkan adaptasi. Dalam model *Family Stress*, tekanan keuangan dikaitkan dengan gejala depresi dan psikologis.

b. Beban Biaya Pengobatan

Biaya pengobatan, transportasi ke rumah sakit, serta kebutuhan tambahan pasien memperbesar tekanan finansial. Dalam teori Roy, tekanan ini merupakan *stimuli contextual* yang memperburuk kondisi adaptasi. Agar tetap adaptif, keluarga harus mengelola anggaran secara ketat, mencari program bantuan pemerintah, serta memanfaatkan jaminan kesehatan. Biaya pengobatan tinggi tidak hanya mengganggu stabilitas rumah tangga namun juga memperbesar kecemasan emosional. Penelitian Choi (2024) menunjukkan bahwa caregiver rentan terhadap beban finansial yang intens dari perawatan kronis. Hasil penelitian Putri (2022) menemukan bahwa *caregiver* dengan dukungan sosial dan pendidikan lebih tinggi mengalami beban subjektif lebih rendah.

c. Gangguan Bisnis dari Anggota Keluarga

Dalam beberapa kasus, pasien dengan gangguan jiwa dapat mengganggu usaha keluarga, misalnya dengan merusak barang dagangan. Kondisi ini memperburuk *physiological-physical mode* keluarga karena menyangkut kebutuhan dasar ekonomi. Adaptasi dapat dilakukan dengan memperkuat pengawasan, meminimalisir risiko usaha, dan mengintegrasikan perawatan pasien dengan kegiatan usaha keluarga. Pasien yang mengamuk atau menakut-nakuti pelanggan memicu kerugian ekonomi besar. Hal ini merupakan stimulus residual yang memperparah ketidakstabilan finansial keluarga. Pasien

dengan perilaku agresif atau tak terduga bisa merusak bisnis keluarga merasa malu, pelanggan pergi, waktu tersita dan hal ini memperkuat beban finansial dan sosial keluarga.

Peneliti mengasumsikan bahwa aspek fisik dan ekonomi merupakan stressor utama yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat. Kelelahan fisik, kurang tidur, gangguan kesehatan, dan tekanan psikososial muncul akibat pengawasan terus-menerus terhadap pasien. Secara ekonomi, sebagian keluarga mengalami penurunan pendapatan, kehilangan pekerjaan, dan biaya pengobatan yang tinggi, menciptakan tekanan ganda yang memperburuk kualitas hidup pengasuh. Peneliti berpendapat bahwa keterbatasan sumber daya ini menghambat kemampuan keluarga untuk beradaptasi secara optimal, sebagaimana dijelaskan dalam Teori Roy, yang menekankan perlunya sumber daya untuk menghadapi tekanan lingkungan. Dengan kata lain, beban fisik dan ekonomi menjadi faktor penting yang mempengaruhi kapasitas keluarga untuk menerapkan strategi adaptif dan menjaga kesejahteraan psikologis serta fisik mereka sendiri.

3) Dukungan Sosial

Interaksi keluarga dengan lingkungan sosial berperan penting dalam mendukung adaptasi. Dukungan sosial yang diterima keluarga masih terbatas dan tidak konsisten, sementara stigma dan diskriminasi masyarakat menjadi stressor eksternal tambahan yang memperburuk beban psikososial. Beberapa keluarga menerima bantuan dari kerabat, tetangga, atau tenaga kesehatan, namun sebagian lain mengalami isolasi, penurunan peluang ekonomi, dan tekanan sosial yang signifikan. Peneliti berpendapat bahwa kurangnya dukungan sosial dan adanya stigma menghambat adaptasi keluarga, sesuai dengan kerangka Teori Roy, yang menekankan bahwa keluarga memerlukan interaksi yang mendukung lingkungan agar dapat mempertahankan keseimbangan dan kesejahteraan. Oleh karena itu, stigma sosial dipandang sebagai hambatan struktural yang membutuhkan intervensi dari masyarakat dan layanan kesehatan untuk menciptakan lingkungan yang lebih suportif.

Dukungan ini adalah stimulus positif krusial untuk adaptasi sebuah temuan konsisten dalam Yustisia (2023) yang menekankan pentingnya *social support*. Ketika tersedia dukungan emosional atau material dari orang terdekat, *caregiver* merasa lebih kuat untuk menghadapi tekanan. Dalam teori Roy, dukungan sosial sangat penting dalam *interdependence mode*. Keluarga yang menerima dukungan emosional, material, dan informasi dari orang lain cenderung lebih adaptif. Dukungan dari keluarga besar, tetangga, dan komunitas akan membantu meringankan beban emosional dan finansial. Model Roy menyebut dukungan ini sebagai stimulus kontekstual positif yang memperkuat adaptasi. Studi dari Sustrami, (2023) menegaskan korelasi signifikan antara *social support* dan beban *caregiver* yang menurun.

Dukungan sosial yang diterima keluarga masih terbatas dan tidak konsisten. Beberapa keluarga mendapatkan bantuan dari tetangga, kerabat, dan tenaga kesehatan, namun sebagian lain mengalami isolasi dan penurunan peluang ekonomi. Dalam kerangka teori Roy, keluarga sebagai unit adaptif memerlukan interaksi yang mendukung lingkungan untuk mempertahankan keseimbangan yang merupakan stressor eksternal yang menghambat adaptasi. Kehadiran dukungan sosial menjadi faktor penting yang dapat meringankan beban keluarga.

Dukungan sosial keluarga dalam perawatan pasien dapat diwujudkan melalui dua aspek utama, yaitu dukungan instrumental dan dukungan emosional. Dukungan instrumental meliputi bantuan nyata yang diberikan keluarga, seperti menyediakan kebutuhan harian pasien, memastikan ketersediaan obat, mengatur jadwal kontrol medis, serta mendampingi pasien ke rumah sakit. Kehadiran keluarga dalam memenuhi kebutuhan praktis ini membantu meringankan beban pasien sehingga ia dapat lebih fokus pada proses penyembuhan. Sementara itu, dukungan emosional diwujudkan melalui sikap penuh perhatian, pemberian semangat, serta menciptakan suasana yang penuh kasih sayang. Kehangatan dan empati dari anggota keluarga membuat pasien merasa dihargai, diterima, dan tidak sendirian dalam menghadapi kondisi

kesehatannya. Kombinasi dukungan instrumental dan emosional ini tidak hanya mempercepat proses pemulihan, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup pasien dengan menumbuhkan rasa aman, nyaman, dan termotivasi untuk terus menjalani perawatan.

4) Stigma Masyarakat

Stigma menjadi *stimuli residual* yang sangat mempengaruhi kondisi psikologis keluarga. Mereka sering merasa malu, diasingkan, bahkan disalahkan. Hal ini mengganggu *self-concept mode* karena identitas keluarga terganggu oleh label negatif masyarakat. Adaptasi dapat dicapai dengan edukasi publik, kampanye anti stigma dan keterlibatan aktif keluarga dalam komunitas kesehatan jiwa. Studi Kagawa (2023) menunjukkan stigma yang melembaga dapat menurunkan keterlibatan caregiving dan memperberat beban psikologis. Sayangnya, stigma lebih mendominasi gosip, ejekan, bahkan diskriminasi ekonomi. Dalam mode interdependensi Roy, stigma menjadi stimulus negatif yang merusak jaringan sosial, memicu isolasi, dan menurunkan rentang koping keluarga. Menurut Bahari dkk. (2024), banyak caregiver menghadapi tantangan nyata karena stigma dan kurangnya dukungan formal.

Pengalaman keluarga dalam menghadapi stigma dan mencari dukungan sosial mengungkapkan paradoks yang menarik. Di satu sisi, beberapa partisipan melaporkan menerima dukungan yang berarti dari tetangga atau tenaga kesehatan (P1, P4, P7). Di sisi lain, hampir semua partisipan mengalami berbagai bentuk stigma dan diskriminasi yang justru memperberat beban mereka. Seorang partisipan (P5) menggambarkan bagaimana insiden adiknya yang mengamuk di tempat kerja menjadi bahan gosip yang terus-menerus, sementara partisipan lain (P7) mengalami dampak langsung stigma terhadap penghasilan keluarganya ketika pelanggan mulai menghindari tokonya. Dalam kerangka Teori Roy, dinamika ini terutama mempengaruhi mode interdependensi. Stigma masyarakat menciptakan hambatan bagi keluarga untuk membangun dan mempertahankan hubungan sosial yang mendukung, sementara pada saat yang sama kebutuhan akan dukungan sosial justru semakin besar.

Temuan ini juga mengungkap aspek kultural yang unik dalam bagaimana stigma diwujudkan. Beberapa partisipan (P4, P6) menyebutkan adanya keyakinan di masyarakat lokal yang mengaitkan gangguan jiwa dengan kutukan atau aib keluarga. Hasil ini konsisten dengan penelitian oleh Corrigan et al. (2020) yang menunjukkan bahwa stigma sosial memperburuk beban psikososial pengasuh. Hasil ini juga konsisten dengan penelitian oleh Bhutia et al., (2023) yang menunjukkan bahwa stigma sosial memperburuk beban psikososial pengasuh. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi untuk mengurangi stigma perlu mempertimbangkan konteks kultural spesifik di mana keluarga berada.

Tema ini menekankan bahwa stigma dan diskriminasi masyarakat memiliki dampak yang mendalam terhadap keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa. Stigma tidak hanya muncul dalam bentuk penilaian negatif, tetapi juga berujung pada tekanan psikologis, sosial, hingga ekonomi bagi keluarga.

Pertama, aspek ritensi menunjukkan bagaimana keluarga merasa tertekan akibat sikap menjauh dari lingkungan sekitar. P1, seorang nelayan, mengungkapkan bahwa sebagian tetangganya memilih menjaga jarak karena menganggap anaknya berbahaya. Hal ini semakin diperkuat oleh pengalaman P3 yang merasa kesepian karena jarang ada orang yang berani berkunjung ke rumahnya. Kondisi ini memperlihatkan bahwa stigma yang melekat pada penderita turut berdampak pada anggota keluarga lain, terutama dalam bentuk rasa terasing dan kehilangan dukungan sosial.

Kedua, bentuk nyata diskriminasi juga dialami oleh beberapa partisipan. P1 menceritakan bahwa anaknya sering dipandang sebagai ancaman, sementara P2 mendapat perlakuan tidak menyenangkan berupa ejekan yang menyebut dirinya “gila.” Hal serupa juga dialami oleh P6, seorang pedagang, yang merasa keluarganya dicap membawa aib akibat penyakit sang ibu. Hal ini menggambarkan bahwa diskriminasi tidak hanya dialami individu

dengan gangguan jiwa, tetapi juga menyebar pada seluruh anggota keluarga, menimbulkan rasa malu, serta memperkuat beban psikologis mereka.

Selanjutnya, pengucilan sosial menjadi dampak lain yang tak kalah signifikan. P5, misalnya, mengaku sering menjadi bahan gosip di tempat kerja, sementara P7 kehilangan banyak pelanggan karena orang enggan berbelanja di tokonya. Di sisi lain, P3 kembali menuturkan rasa kesendiriannya akibat minimnya interaksi dengan tetangga. Situasi ini memperlihatkan bahwa stigma masyarakat dapat memengaruhi kualitas hidup keluarga secara lebih luas, tidak hanya di ranah pergaulan, tetapi juga dalam pekerjaan dan mata pencaharian.

Secara keseluruhan, pengalaman para partisipan menegaskan bahwa stigma masyarakat terhadap gangguan jiwa masih kuat dan berlapis. Stigma tersebut termanifestasi dalam bentuk penolakan, diskriminasi, dan pengucilan sosial, yang pada akhirnya menambah beban keluarga dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

5) Keterampilan Merawat Merawat Keluarga Gangguan Jiwa

Keluarga membentuk strategi adaptif seperti komunikasi emosional lembut, pengawasan ketat, kepatuhan pengobatan, konseling, dan aktivitas positif. Sebuah review internasional memperlihatkan bahwa psikoedukasi, konseling keluarga, dan pelatihan coping sangat efektif dalam mengurangi beban *caregiver* (Nurazizah, 2025). Model Roy mengenalkan intervensi keperawatan untuk membantu keluarga memanipulasi stimulus (*stimulus management*) agar adaptasi tercapai dalam mode *role function dan interdependence*.

Strategi yang dikembangkan keluarga dalam penelitian ini menunjukkan kapasitas adaptif yang mengesankan dalam menghadapi tantangan yang kompleks. Apa yang menarik adalah bagaimana strategi-strategi ini seringkali bersifat improvisasi dan berkembang melalui proses *trial and error*, bukan melalui panduan formal. Seorang partisipan (P6) menemukan bahwa memajang foto almarhum ayah dapat menenangkan ibunya yang sering kebingungan, sementara partisipan lain (P7) mengembangkan pendekatan unik dengan membawa saudaranya jalan-jalan dan memperdengarkan musik kesukaannya saat muncul tanda-tanda kekambuhan. Dalam perspektif Model Adaptasi Roy, strategi-strategi ini mencerminkan proses coping yang aktif dan kreatif. Roy (2009) menekankan bahwa adaptasi yang efektif seringkali melibatkan modifikasi lingkungan dan penciptaan makna baru tentang pengalaman. Temuan ini menunjukkan bahwa meskipun banyak keluarga tidak memiliki akses ke pelatihan formal, mereka mampu mengembangkan strategi yang sesuai dengan konteks spesifik mereka. Namun, penelitian ini juga mengungkap keterbatasan dalam strategi adaptasi ini. Beberapa pendekatan seperti mengurung pasien (P2, P3) mungkin efektif dalam jangka pendek untuk mencegah bahaya, tetapi berpotensi menimbulkan masalah etis dan psikologis dalam jangka panjang. Temuan ini menyoroti perlunya intervensi yang tidak hanya menghormati pengetahuan lokal keluarga, tetapi juga memperkenalkan praktik terbaik berbasis bukti.

Keluarga mengembangkan strategi adaptif untuk merawat pasien, termasuk pendekatan emosional, pengawasan keamanan, kepatuhan terhadap pengobatan, pemanfaatan konseling, dan terapi non-medis. Strategi ini membantu mengurangi risiko kekambuhan, menjaga keselamatan, serta menyeimbangkan kebutuhan emosional keluarga. Sejalan dengan penelitian terbaru oleh Smith et al., (2023), pengasuh yang menerapkan strategi adaptif menunjukkan tingkat stres lebih rendah dan peningkatan kapasitas coping. Sejalan dengan penelitian oleh Del-Pino-Casado et al., (2025), pengasuh yang menerapkan strategi adaptif menunjukkan tingkat stres lebih rendah dan peningkatan kapasitas coping. Teori Roy menekankan bahwa adaptasi keluarga dapat terjadi melalui regulasi fisiologis, *self-concept*, peran sosial, dan interdependensi, yang tercermin pada penggunaan strategi yang komprehensif ini. Menghadapi kompleksitas merawat pasien dengan gangguan jiwa, keluarga berusaha mengembangkan berbagai strategi adaptif. Strategi ini mencakup pengelolaan emosi, pengawasan, pemanfaatan fasilitas medis, hingga pencarian aktivitas positif yang dapat membantu stabilitas pasien. Tema

ini menyoroti bentuk-bentuk konkret strategi keluarga dalam menjalankan peran perawatan.

a. Dukungan Emosional

Keluarga perlu belajar mengontrol emosi, misalnya dengan teknik relaksasi, doa, atau konseling. Hal ini sesuai dengan *self-concept mode* Roy, di mana individu dituntut untuk menjaga kestabilan emosi agar mampu merespons secara adaptif. Pendekatan lembut seperti pelukan memberikan rasa aman. Hal ini mencerminkan penggunaan mekanisme kognator Roy untuk meredam konflik emosional. Komunikasi lembut dan sabar membantu meredam konflik. Ini adalah bentuk mekanisme kognator dalam model Roy digunakan untuk mengubah persepsi dan meredam reaksi pasien secara emosional.

b. Dukungan Instrumental

Pengawasan yang konsisten adalah bentuk *role function mode* dalam teori Roy. Keluarga mengambil peran sebagai pengasuh yang bertanggung jawab, memastikan pasien tidak mencederai diri sendiri atau orang lain. Langkah praktis seperti memasang kunci tambahan adalah bentuk koping regulator untuk menjaga keselamatan tanpa menghilangkan kasih sayang. Tindakan preventif seperti mengunci pintu, memasang kunci tambahan, atau tidak membiarkan pasien sendiri adalah bentuk mekanisme regulator yang menjaga keamanan keluarga tanpa mengikis cinta. Aktivitas positif seperti berkebun, olahraga, atau ibadah bersama dapat menjadi *stimuli positif* yang mendukung adaptasi. Hal ini tidak hanya membantu pasien, tetapi juga memperkuat kebersamaan keluarga. Aktivitas seperti jalan-jalan, mendengarkan musik, terapi memori dengan foto, dan hiburan sederhana jadi stimulus positif yang membantu pasien dan keluarga menemukan ketenangan emosional dan kedekatan. Studi Razmjoo (2025) sejalan bahwa aktivitas komunitas dan spiritual meningkatkan *quality of life caregiver* dan pasien

c. Dukungan Informasional

Roy menekankan pentingnya *physiological-physical mode*. Dengan memastikan pasien patuh minum obat, keluarga membantu proses adaptasi biologis pasien sehingga gejala gangguan jiwa dapat lebih terkendali. Pendampingan ini mencerminkan integrasi *interdependence mode* karena keluarga bekerja sama dengan tenaga kesehatan. Pendekatan ini memperkuat adaptasi karena pasien mendapatkan perawatan profesional yang konsisten. Peran aktif keluarga dalam memastikan keberlangsungan terapi dan pelayanan dari Puskesmas menunjukkan adaptasi intelektual dan sistematis (Gunawan, 2024). Menuju adaptasi yang sehat, keluarga menyusun jadwal terapi, memantau obat, dan selalu ikut kontrol. Ini mendekati pada model integratif adaptasi, meminimalkan *relapse* dan menjaga keseimbangan psikososial.

Keluarga secara aktif mengembangkan strategi adaptif untuk merawat pasien. Strategi ini meliputi pendekatan emosional, pengawasan keamanan, kepatuhan terhadap pengobatan, pemanfaatan konseling, dan terapi non-medis. Strategi adaptif ini tidak hanya membantu mengurangi risiko kekambuhan pasien, tetapi juga menyeimbangkan kebutuhan emosional keluarga, mengurangi stres, dan meningkatkan kapasitas koping. Peneliti berpendapat bahwa penerapan strategi adaptif mencerminkan fungsi adaptasi keluarga sesuai dengan Teori Roy, yang meliputi regulasi fisiologis, *self-concept*, peran sosial, dan interdependensi. Dengan kata lain, keluarga tidak pasif menerima tekanan, melainkan secara proaktif mencari cara untuk menyesuaikan diri dengan situasi, mengoptimalkan sumber daya yang ada, dan menjaga kesejahteraan bersama.

Proses Penerimaan Dalam Merawat Anggota Keluarga Gangguan Jiwa Proses penerimaan dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa merupakan perjalanan panjang yang penuh dinamika emosional. Pada tahap awal, sebagian besar keluarga mengalami guncangan, penolakan, dan kebingungan menghadapi kenyataan bahwa orang terdekat mereka mengalami gangguan jiwa. Kondisi ini memunculkan perasaan sedih, marah, bahkan rasa tidak

berdaya. Beberapa keluarga menggambarkan masa tersebut sebagai fase yang penuh air mata, rasa malu, dan kebingungan dalam menentukan langkah yang tepat. Hal ini menunjukkan bahwa proses penerimaan tidak terjadi secara instan, tetapi melalui tahapan emosional yang kompleks.

Seiring berjalannya waktu, keluarga mulai berusaha menyesuaikan diri dengan keadaan yang ada. Melalui pengalaman, pembelajaran, serta interaksi sehari-hari dengan anggota yang sakit, perlahan-lahan tumbuh pemahaman mengenai kondisi yang dihadapi. Kesadaran ini membuat keluarga mampu mengubah pola pikir, dari sekadar merasa tertekan menjadi lebih sabar, mengembangkan empati, dan berupaya memberikan dukungan yang lebih manusiawi. Mereka tidak lagi melihat anggota keluarga hanya dari sisi sakitnya, melainkan sebagai individu utuh yang tetap memiliki perasaan, harapan, dan hak untuk dihargai.

Tahap penerimaan penuh ditandai dengan munculnya keikhlasan dalam menjalani peran sebagai perawat utama. Beberapa keluarga meyakini kondisi ini sebagai ujian dari Tuhan yang harus dijalani dengan sabar dan penuh kasih sayang. Sikap ikhlas menjadikan proses perawatan lebih ringan karena dilandasi rasa cinta dan kebersamaan, bukan semata kewajiban. Dari titik inilah keluarga menemukan kekuatan emosional baru, sehingga hubungan antaranggota semakin erat dan perawatan dapat berlangsung lebih hangat serta bermakna.

Jika dikaitkan dengan Model Adaptasi Roy, keluarga berperan sebagai sistem yang berupaya menyesuaikan diri terhadap perubahan besar yang timbul akibat hadirnya gangguan jiwa. Adaptasi tidak hanya mencakup aspek psikologis, tetapi juga menyentuh dimensi fisiologis, sosial, dan spiritual. Keluarga yang mampu mengelola stresor, membangun strategi coping, serta memanfaatkan dukungan sosial dan religiusitas, cenderung mencapai tahap penerimaan yang lebih stabil. Pada akhirnya, perasaan syukur, kasih sayang, dan kebersamaan menjadi fondasi penting yang menopang kesejahteraan seluruh anggota keluarga, baik yang merawat maupun yang dirawat.

Dengan demikian, penerimaan keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa dapat dipahami sebagai proses adaptasi multidimensi. Dimulai dari kebingungan dan penolakan, kemudian berkembang menuju pemahaman dan keikhlasan, hingga akhirnya mencapai keseimbangan baru yang lebih manusiawi. Proses inilah yang menjadikan perawatan bukan sekadar rutinitas medis, melainkan sebuah perjalanan penuh makna yang memperkuat ikatan keluarga sekaligus meningkatkan kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

Riset terbaru menegaskan bahwa penerimaan keluarga tumbuh dari pengalaman nyata yang naik-turun: kebingungan, sedih, marah, lalu perlahan berubah menjadi pengertian, empati, dan ikhlas. Pendekatan *humanized care* membantu keluarga melihat orang terkasih sebagai pribadi utuh dengan harapan, nilai, dan martabat bukan semata “diagnosis”. Praktik humanisasi ini memperbaiki relasi, mengurangi jarak emosional, dan membuat perawatan terasa hangat serta bermakna, termasuk di layanan kejiwaan akut maupun forensik (Reyes-Téllez, 2024).

Keterlibatan keluarga yang terarah mulai dari psikoedukasi, asesmen keluarga, hingga terapi keluarga berkaitan dengan hasil klinis yang lebih baik dan selaras dengan *recovery-oriented practice* (ROP): pemulihan yang menekankan harapan, koneksi, makna, identitas, dan pemberdayaan. Sikap tenaga kesehatan yang positif terhadap keterlibatan keluarga menjadi jembatan penting agar praktik ROP benar-benar hidup dalam keseharian layanan (Melillo, 2025).

Pada saat yang sama, keluarga sering menanggung beban merawat dan menghadapi stigma. Bukti lintas negara menunjukkan beban psikologis, tekanan ekonomi, serta pengaruh kuat stigma terhadap kualitas hidup keluarga, intervensi berbasis komunitas/CMHC dapat menurunkan stigma pasien dan keluarga serta beban merawat (Rahmani, 2022). Untuk bertahan, keluarga mengembangkan coping dan resiliensi mulai dari strategi pemecahan masalah, mencari dukungan sosial, hingga coping spiritual. Intervensi keperawatan yang secara khusus “memfasilitasi coping spiritual” terbukti meningkatkan kesejahteraan keluarga;

keterhubungan spiritual juga berkorelasi dengan beban merawat yang lebih rendah (Daliri, 2024).

Secara teoretik, temuan tersebut sejalan dengan Model Adaptasi Roy: keluarga sebagai sistem berupaya mencapai keseimbangan fisiologis-psikologis-sosial-spiritual saat menghadapi stresor gangguan jiwa. Intervensi berbasis Roy termasuk edukasi adaptasi terkait perbaikan kualitas hidup dengan bukti kuasi-eksperimental/eksperimental pada berbagai populasi memperlihatkan efek positif yang dapat ditranslasikan ke konteks kejiwaan keluarga (Monjezi, 2025). Konteks Indonesia menunjukkan pola serupa: pengalaman keluarga merawat ODGJ sarat dinamika emosional; dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan kontrol/obat dan kualitas hidup keluarga sehingga memperkuat argumen bahwa penerimaan harus diiringi penguatan jejaring dukungan dan literasi kesehatan jiwa.

6) Makna Merawat Anggota Keluarga Gangguan Jiwa

Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa memiliki makna yang mendalam bagi keluarga, tidak hanya sebagai kewajiban fisik, tetapi juga sebagai pengalaman emosional dan spiritual. Proses ini sering kali dipahami sebagai bentuk ujian kehidupan yang memberikan hikmah dan pelajaran berharga. Beberapa keluarga memaknai perawatan ini sebagai jalan untuk semakin mendekatkan diri kepada Tuhan. Keyakinan bahwa kondisi tersebut merupakan takdir atau ujian dari-Nya membantu keluarga tetap tegar, menerima keadaan, dan menjadikan pengalaman merawat sebagai sarana memperkuat iman serta motivasi untuk terus berjuang.

Selain makna spiritual, pengalaman merawat juga menumbuhkan rasa syukur dan kebersamaan. Keluarga menyadari bahwa kondisi yang dialami bukan hanya beban, tetapi juga peluang untuk memperkuat ikatan emosional. Kebersamaan dalam menghadapi kesulitan membuat setiap anggota keluarga belajar tentang cinta yang lebih dalam, kesabaran, kepedulian, dan solidaritas. Ada kebanggaan tersendiri ketika mereka mampu mendukung dan menjaga anggota keluarga yang sakit, meskipun menghadapi tantangan dan stigma dari lingkungan sekitar.

Jika dilihat dari perspektif Model Adaptasi Roy, pengalaman merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa dapat dipahami sebagai proses adaptasi terhadap berbagai stressor, baik internal maupun eksternal. Stressor internal seperti rasa cemas, lelah, dan khawatir terhadap kondisi pasien memengaruhi keseimbangan emosional keluarga. Sementara itu, stressor eksternal, seperti stigma sosial dan keterbatasan layanan kesehatan, menuntut keluarga untuk menyesuaikan pola perilaku serta membangun strategi coping yang efektif. Melalui adaptasi yang baik, keluarga mampu menjaga keseimbangan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Hal ini terlihat dari bagaimana mereka menciptakan rutinitas perawatan, saling memberi dukungan emosional, serta menemukan makna spiritual dalam setiap pengalaman merawat.

Dengan demikian, makna merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tidak hanya sebatas pemenuhan kebutuhan fisik pasien, tetapi juga sebagai perjalanan pembelajaran hidup. Proses ini memperkuat ikatan keluarga, meningkatkan rasa tanggung jawab, serta menumbuhkan nilai-nilai kemanusiaan seperti cinta, kesetiaan, dan kebersamaan. Pada akhirnya, perawatan ini menjadi wadah untuk membangun kualitas hidup yang lebih baik, baik bagi pasien maupun bagi seluruh anggota keluarga yang terlibat.

Spiritualitas menjadi mekanisme koping internal yang menyalurkan pengalaman perawatan ke ranah makna dan syukur. Keyakinan agama menjadi dasar keikhlasan dalam merawat. Spiritualitas adalah bagian dari stimulus residual yang memengaruhi koping positif dan memberikan makna mendalam. Roy menekankan bahwa adaptasi juga mencakup aspek spiritual. Penerimaan tulus sering muncul bersamaan dengan keyakinan religius, di mana keluarga percaya bahwa kondisi ini adalah ujian yang harus dijalani dengan sabar.

Akhirnya, keluarga menemukan makna dari pengalaman merawat. Dalam *interdependence mode*, hubungan antar anggota keluarga semakin erat. Nilai syukur, cinta, dan kebersamaan menjadi bentuk adaptasi yang paling tinggi karena keluarga tidak hanya bertahan, tetapi juga berkembang melalui pengalaman ini melalui perawatan, keluarga menemukan kebersamaan yang lebih mendalam. Ini adalah refleksi mode integrasi adaptasi dalam model Roy. Pada akhirnya, keluarga menemukan bahwa merawat adalah ajang pertumbuhan cinta, syukur, dan kebersamaan ini mencerminkan mode integrasi adaptasi dalam Roy, di mana keluarga berkembang menjadikan perawatan sebagai anugerah spiritual dan sosial.

Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa merupakan pengalaman kompleks yang sarat dengan makna. Bagi sebagian keluarga, kondisi ini dipahami sebagai ujian hidup dari Tuhan yang justru memperkuat ikatan spiritual. Keyakinan bahwa merawat merupakan bagian dari takdir membantu mereka menerima situasi, tetap bersyukur, dan menjadikan pengalaman tersebut sebagai sarana untuk mendekati diri kepada Tuhan. Penelitian terbaru di Jerman oleh Ullrich et al., (2025) memperkuat hal ini, menunjukkan bahwa spiritualitas menjadi sumber utama pemaknaan hidup bagi caregiver. Melalui refleksi, kesadaran diri, dan keyakinan rohani, keluarga tidak hanya bertahan dalam situasi sulit, tetapi juga menemukan identitas baru yang lebih bermakna sebagai individu dan perawat.

Selain aspek spiritual, pengalaman merawat juga menumbuhkan rasa syukur dan kebersamaan dalam keluarga. Kondisi ini memunculkan cinta yang lebih mendalam, solidaritas, serta rasa bangga karena mampu saling mendukung meski menghadapi stigma dan keterbatasan. Penelitian di Lebanon oleh Melki et al., (2023) menunjukkan bahwa tingkat spiritualitas yang lebih tinggi pada keluarga perawat berhubungan erat dengan kualitas hidup fisik dan mental yang lebih baik. Hal ini sejalan dengan temuan Kaya et al., (2024) yang menegaskan bahwa rasa syukur merupakan prediktor kuat munculnya makna hidup pada caregiver, bahkan mampu mengurangi dampak beban perawatan. Dengan demikian, rasa syukur dan spiritualitas tidak hanya berfungsi sebagai penguat emosional, tetapi juga sebagai faktor pelindung yang menjaga kesejahteraan keluarga.

Lebih jauh, strategi coping spiritual terbukti efektif bagi keluarga dalam menghadapi tekanan psikologis akibat merawat anggota dengan gangguan jiwa. Tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Siddiqui et al., (2022) menegaskan bahwa doa, harapan, dan praktik keagamaan menjadi media penting untuk memperoleh ketenangan batin dan makna hidup baru. Hal ini sejalan dengan penelitian Yildirim et al., (2023) yang menemukan bahwa coping spiritual pada keluarga perawat pasien skizofrenia dapat menurunkan rasa putus asa dan meningkatkan optimisme. Bahkan, dalam konteks perawatan paliatif, Silva et al., (2024) menjelaskan bahwa spiritualitas menjadi mekanisme utama yang menuntun keluarga dari fase penolakan menuju penerimaan, sekaligus memberi arti pada penderitaan yang dialami.

Jika dilihat dari perspektif Model Adaptasi Roy, pengalaman merawat dapat dipahami sebagai proses penyesuaian diri terhadap berbagai stressor internal maupun eksternal. Stressor internal, seperti kecemasan dan kelelahan, serta stressor eksternal, seperti stigma sosial dan keterbatasan fasilitas kesehatan, mendorong keluarga untuk mengembangkan mekanisme adaptasi yang lebih fleksibel. Wong et al., (2023) menegaskan bahwa kombinasi coping positif, spiritualitas, dan ketangguhan (*resilience*) mampu menumbuhkan pertumbuhan pribadi dan membantu keluarga mereframing pengalaman perawatan menjadi sesuatu yang lebih positif. Bahkan, studi multidisiplin oleh Johnson & Thomas (2025) merekomendasikan agar praktik kesehatan mental mengintegrasikan spiritual care dengan asesmen kebutuhan rohani keluarga, karena spiritualitas terbukti menjadi determinan sosial yang penting bagi kesehatan mental dan kualitas hidup caregiver.

Dengan demikian, makna merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa bukan sekadar tanggung jawab fisik, tetapi merupakan perjalanan adaptasi emosional, sosial, dan spiritual. Proses ini memperkuat rasa cinta, kesetiaan, kebersamaan, serta menumbuhkan nilai

kemanusiaan yang lebih tinggi. Melalui pengalaman tersebut, keluarga tidak hanya belajar bertahan menghadapi tantangan, tetapi juga menemukan makna hidup baru yang memberi kekuatan dan meningkatkan kualitas hidup baik bagi pasien maupun seluruh anggota keluarga.

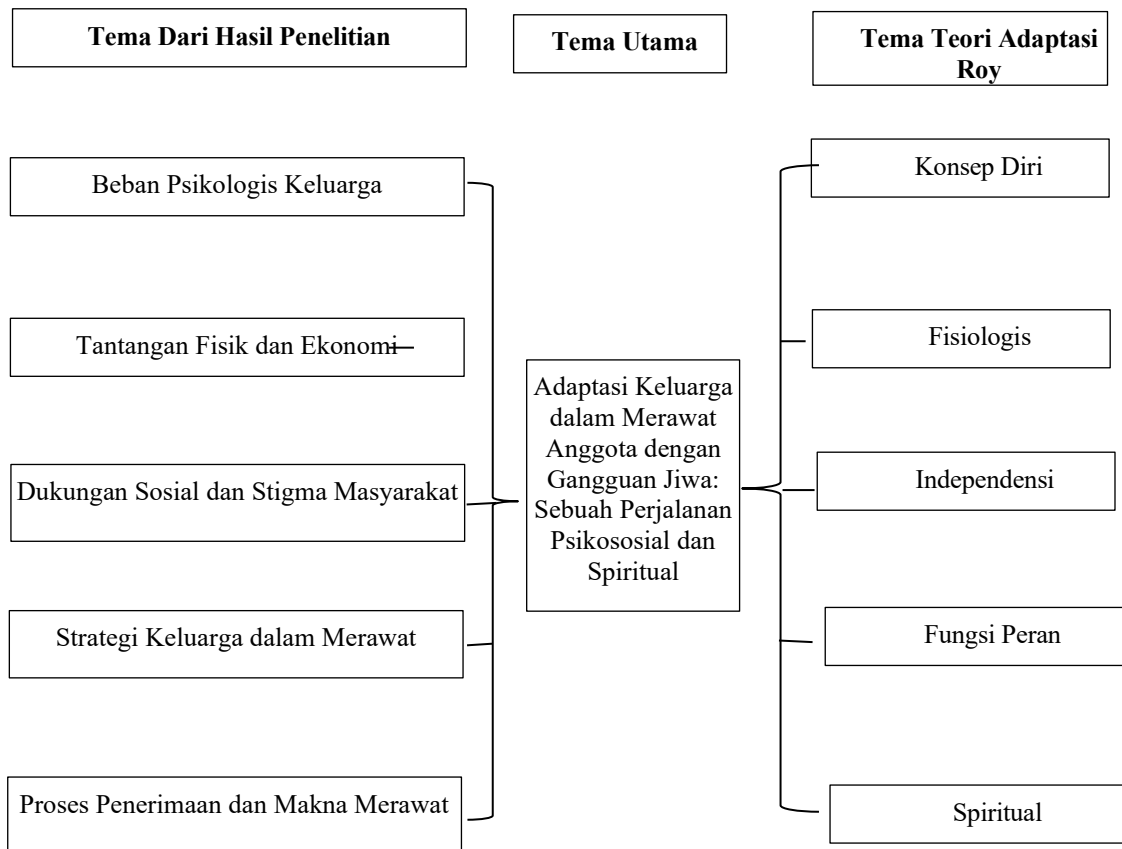
Kelima tema tersebut saling terkait dan membentuk gambaran holistik tentang pengalaman keluarga. Beban emosional, tantangan fisik-ekonomi, dukungan sosial, strategi adaptif, dan proses penerimaan tidak berjalan sendiri-sendiri, melainkan saling memengaruhi dan membentuk dinamika adaptasi keluarga secara keseluruhan. Peneliti mengasumsikan bahwa intervensi dan kebijakan yang efektif harus mempertimbangkan keseluruhan aspek ini agar mampu mendukung keluarga secara komprehensif, meningkatkan kapasitas adaptif, dan mengurangi risiko beban psikososial yang berkepanjangan. Secara keseluruhan, temuan penelitian ini menunjukkan dinamika keluarga dalam menghadapi stimulus gangguan jiwa anggota keluarga. Pada tahap awal, banyak respons maladaptif seperti stres, trauma, dan rasa bersalah (mode psikologis). Namun seiring waktu, dengan adanya dukungan sosial dan strategi adaptif, keluarga mampu bergerak menuju respons adaptif dalam bentuk penerimaan, kesabaran, dan penguatan makna merawat (mode interdependensi dan integrasi). Hal ini menegaskan teori Calista Roy bahwa individu maupun keluarga sebagai sistem adaptif akan selalu berusaha mencapai tingkat adaptasi yang lebih tinggi, meskipun melalui proses yang panjang dan penuh tantangan.

Temuan dari penelitian ini mengungkapkan bahwa pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa tidak dapat dilepaskan dari konteks emosional, sosial, dan spiritual mereka. Proses merawat dipahami sebagai perjalanan yang menuntut adaptasi terus-menerus, yang melibatkan setiap aspek kehidupan keluarga, mulai dari peran sehari-hari hingga identitas diri. Dalam hal ini, keluarga tidak hanya berperan sebagai perawat fisik, tetapi juga sebagai pilar emosional yang berupaya memulihkan keseimbangan yang terganggu dalam sistem keluarga.

Kesimpulan penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa merupakan proses adaptasi yang dinamis, penuh tekanan, sekaligus sarat makna. Dengan menggunakan kerangka Teori Adaptasi Calista Roy, terlihat bahwa keluarga sebagai sistem adaptif merespons berbagai stimuli internal maupun eksternal mulai dari beban emosional, tantangan fisik dan ekonomi, stigma sosial, hingga proses penerimaan spiritual. Temuan penelitian menegaskan bahwa meskipun keluarga sering mengalami respons maladaptif pada tahap awal seperti penolakan, rasa bersalah, dan kecemasan mendalam, secara bertahap mereka mampu membentuk strategi koping yang lebih adaptif melalui pengelolaan emosi, dukungan sosial, serta penemuan makna spiritual. Konteks ini memperkuat pandangan Roy bahwa manusia baik individu maupun keluarga selalu berada dalam proses interaksi dengan lingkungannya untuk mencapai keseimbangan (homeostasis) dan integritas.

Dukungan sosial dan pengurangan stigma terbukti berperan penting dalam memperkuat mode interdependensi keluarga, sedangkan strategi pengelolaan emosi, kepatuhan pengobatan, serta penerimaan spiritual mencerminkan respons adaptif dalam mode fisiologis, *self-concept*, *role function*, dan interdependensi. Penelitian terkini juga menegaskan hal ini, misalnya studi Del-Pino-Casado et al., (2024) dan Fekadu et al., (2024) yang menunjukkan bahwa caregiver dengan strategi adaptif dan penerimaan kondisi pasien memiliki stres lebih rendah, kesejahteraan psikososial lebih baik, serta ketahanan keluarga yang lebih kuat. Dengan demikian, hasil penelitian ini tidak hanya menyoroti beratnya beban keluarga, tetapi juga menggambarkan transformasi adaptif yang memungkinkan keluarga menemukan makna, meningkatkan resiliensi, dan memperkuat ikatan emosional. Sesuai kerangka Roy, perjalanan adaptasi ini adalah bukti bahwa keluarga dapat bergerak dari krisis menuju pertumbuhan, meskipun tetap membutuhkan dukungan sistemik dari layanan kesehatan dan masyarakat.

Selain itu, pilihan keluarga untuk mencari dukungan juga dipengaruhi oleh faktor aksesibilitas dan pemahaman. Banyak partisipan menyatakan bahwa layanan kesehatan formal sering kali hanya berfokus pada pasien, mengabaikan kebutuhan keluarga sebagai perawat. Sebaliknya, dukungan dari kelompok sebaya atau komunitas memberikan ketenangan batin karena sesuai dengan pengalaman dan keyakinan mereka. Hal ini menekankan perlunya pendekatan yang lebih komprehensif dalam pengembangan layanan kesehatan mental, yang tidak hanya berfokus pada pengobatan, tetapi juga memberdayakan keluarga sebagai bagian integral dari sistem perawatan.



Skema 1. Skema Adaptasi Keluarga dalam Merawat Anggota dengan Gangguan Jiwa Berdasarkan Model Adaptasi Roy

Berdasarkan temuan mendalam mengenai pengalaman keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa, penelitian ini memperlihatkan dengan jelas bagaimana keluarga bukan hanya sekadar penanggung jawab perawatan, tetapi juga sebagai suatu sistem adaptif yang dinamis dan penuh ketahanan. Melalui lensa Teori Adaptasi Calista Roy, terungkap bahwa keluarga menghadapi berbagai tekanan mulai dari beban psikologis, tantangan fisik-ekonomi, hingga stigma sosial. Namun secara perlahan mereka mengembangkan strategi adaptasi yang bermakna. Keluarga tidak hanya berusaha mempertahankan keseimbangan fisiologis dan fungsi peran, tetapi juga memperkuat konsep diri serta hubungan saling ketergantungan yang didukung oleh nilai-nilai spiritual dan kebersamaan. Proses panjang dari penolakan menuju penerimaan ini tidak hanya mencerminkan daya lentur keluarga, tetapi juga membuktikan bahwa dalam setiap tantangan tersimpan peluang untuk tumbuh, belajar, dan menemukan makna baru bersama-sama.

Implikasi Hasil Penelitian

Berdasarkan temuan penelitian, berikut adalah implikasi yang dapat diambil:

1) Relevansi Teori Adaptasi Calista Roy

Hasil penelitian ini memperkuat relevansi Teori Adaptasi Calista Roy. Keluarga yang merawat anggota dengan gangguan jiwa tidak hanya menghadapi tantangan fisik dan ekonomi, tetapi juga menjalani proses emosional dan spiritual yang kompleks. Hal ini menegaskan bahwa perawat perlu memahami seluruh aspek adaptasi keluarga dalam merespons stimulus dari pasien.

2) Adaptasi dalam Asuhan Keperawatan

Temuan ini menjadi masukan penting bagi perawat untuk beradaptasi dengan perkembangan dan tren dalam asuhan keperawatan. Perawat perlu mengembangkan pendekatan yang lebih sensitif dan holistik, yang tidak hanya berfokus pada kondisi klinis pasien tetapi juga pada pengalaman dan kebutuhan seluruh keluarga sebagai unit perawatan.

3) Pengembangan Intervensi Holistik

Secara praktis, diperlukan pengembangan intervensi yang holistik untuk meringankan beban keluarga. Intervensi ini harus mencakup:

- a. Dukungan psikologis: Terapi atau konseling untuk membantu keluarga mengatasi trauma, rasa bersalah, dan stres.
- b. Bantuan finansial: Program yang membantu meringankan beban biaya pengobatan dan hilangnya pendapatan.
- c. Edukasi masyarakat: Kampanye untuk mengurangi stigma dan meningkatkan pemahaman tentang gangguan jiwa.
- d. Pelatihan keterampilan merawat: Pelatihan praktis agar keluarga dapat memberikan perawatan yang lebih efektif dan aman.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan yang komprehensif dan terstruktur sangat dibutuhkan untuk membantu keluarga beradaptasi secara optimal dalam perjalanan merawat anggota keluarga mereka.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan, antara lain:

- 1) Keterbatasan waktu dan sumber daya: proses pengumpulan data disesuaikan dengan kondisi di lapangan karena keterbatasan waktu dan sumber daya. Hal ini berdampak pada intensitas interaksi dengan responden, yang berpotensi memengaruhi kedalaman data yang diperoleh.
- 2) Potensi bias subjektif peneliti: terdapat kemungkinan adanya bias subjektif dari peneliti, terutama dalam proses interpretasi data kualitatif. Meskipun objektivitas telah diupayakan, kecenderungan peneliti dalam memahami makna jawaban responden tidak dapat dihindari sepenuhnya.
- 3) Keterbatasan dari responden: tidak semua pasien mampu atau bersedia memberikan jawaban secara terbuka dan mendalam. Beberapa responden hanya menjawab singkat atau menahan informasi karena alasan pribadi, kondisi kesehatan, atau faktor psikologis seperti rasa takut dan kekhawatiran.
- 4) Kondisi kesehatan pasien yang fluktuatif: kondisi kesehatan pasien yang tidak stabil memengaruhi kelancaran proses wawancara. Hal ini menyebabkan kemungkinan ada informasi yang belum tergalai secara optimal.

4. KESIMPULAN

Penelitian ini mengungkap bahwa pengalaman keluarga dalam merawat anggota dengan gangguan jiwa adalah sebuah perjalanan yang kompleks, melelahkan, sekaligus penuh makna. Keluarga bukan hanya berperan sebagai pengasuh fisik, tetapi juga menjadi penopang emosional, sosial, dan spiritual bagi pasien maupun anggota keluarga lainnya. Dalam keseharian, mereka menghadapi tekanan besar mulai dari perilaku pasien yang sulit diprediksi,

beban ekonomi akibat berkurangnya produktivitas, stigma masyarakat, hingga rasa bersalah dan kelelahan emosional. Namun di balik tantangan itu, keluarga perlahan belajar untuk beradaptasi. Dukungan antaranggota, strategi koping yang lebih sehat, kepatuhan terhadap pengobatan, hingga penerimaan secara spiritual menjadi jalan bagi mereka untuk menemukan keseimbangan baru.

Temuan penelitian menegaskan bahwa proses merawat bukan sekadar beban, melainkan juga ruang pembelajaran dan pertumbuhan. Banyak keluarga yang awalnya merasakan penolakan dan putus asa, kemudian bertransformasi menuju penerimaan, kesabaran, dan pemaknaan ulang terhadap hidup. Ikatan emosional semakin kuat, nilai kebersamaan semakin terasa, dan keluarga membangun ketahanan (resiliensi) untuk terus bertahan di tengah tantangan.

Dengan demikian, pengalaman keluarga merawat anggota dengan gangguan jiwa dapat dipahami sebagai proses adaptasi yang dinamis. Proses ini memperlihatkan bahwa di balik kesulitan yang berat, terdapat peluang untuk tumbuh, menemukan makna, dan memperkuat hubungan antaranggota keluarga, meskipun tetap membutuhkan dukungan dari layanan kesehatan, masyarakat, dan lingkungan sekitar.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfianto, A., Guntur, G., & Sholihat, N. (2022). *Konsep Dan Aplikasi Keperawatan Keluarga*. Bandung : Media Sains Indonesia
- Alviiswari, A., Fitriyah, L., & Sulmayanti, I. (2024). Dinamika Kepribadian Tokoh Utama dalam Novel Pasung Jiwa Karya Okky Madasari: Pendekatan Behaviorisme BF Skinner. *Seulas Pinang: Jurnal Pendidikan Bahasa dan Sastra*, 6(1), 9-19.
- Andualem, F., et al. (2024). Burden of care among caregivers of patients with mental illness in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23461-1>
- Anindya, A., Dewi, Y. I. S., & Oentari, Z. D. (2020). Dampak psikologis dan upaya penanggulangan kekerasan seksual terhadap perempuan. *Terapan Informatika Nusantara*, 1(3), 137–140. <https://ejurnal.seminarid.com/index.php/tin/article/view/394>
- Bahari, K., Bachtiar, A., Pertiwi, GH, & Syahlani, A. (2024). Beban Berat Pengasuh Keluarga yang Merawat Penderita Gangguan Jiwa Berat. *Jurnal Keperawatan Indonesia* , 27 (1), 36–46. <https://doi.org/10.7454/jki.v27i1.914>
- Bhutia, T., et al. (2023). Stigmatized attitude toward mental illness among the caregivers. *Journal of Health and Allied Sciences*, 13(2), 255–260. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755348>
- Burlian, P. (2022). *Patologi sosial*. Bumi Aksara. <https://scholar.google.com/citations?user=Pmx-AMMAAAAJ&hl=en>
- Cheng, WL., Chang, CC., Griffiths, M.D. et al. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry* 22, 672 <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04289-0>
- Chiao, C., Wu, H., & Hsu, Y. (2021). Physical and financial burden among family caregivers of patients with mental illness: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21, 123. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03157-8>
- Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2020). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 21(2), 37–70. <https://doi.org/10.1177/1529100620946757>

- Daryaswanti, P. I., Rahmanti, A., Astutik, W., Pendet, N. M. D. P., Widyanata, K. A. J., Artawan, I. K., ... & Kusumawati, H. (2023). *Teori Dalam Keperawatan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Daulay, W., Wahyuni, S. E., & Nasution, M. L. (2021). Kualitas hidup orang dengan gangguan jiwa: Systematic review.
- Del-Pino-Casado, R., et al. (2025). Caregiving satisfaction, psychological distress and caregiver burden: A secondary analysis of two longitudinal prospective studies. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1–2), 41–50. <https://doi.org/10.1111/jocn.17626>
- Edmawati, M. D., Warsito, H., RNM, A. F., & Setyawan, A. (2024). Spiritual Emotional Freedom Technique untuk Mereduksi Psikosomatis Pada Ibu Rumah Tangga. *Edu Consilium: Jurnal Bimbingan dan Konseling Pendidikan Islam*, 5(2), 34-47.
- Fekadu, A., et al. (2020). Living with high burden of care: Experience of caregivers of people with severe mental illness in rural Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 58(2), 89–98. <https://doi.org/10.4314/emj.v58i2.7>
- Fekadu, W., Craig, T. K., Hanlon, C., Mayston, R., & Fekadu, A. (2024). Distributed impact of severe mental health conditions in rural Ethiopia, a qualitative study. *BMC psychiatry*, 24(1), 670.
- Fekadu, A., et al. (2024). Burden of care among caregivers of patients with mental illness in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 24(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4>
- Fitri, A., Roga, A. U., Manurung, I. F. E., Ratu, J. M., & Jutomo, L. (2025). Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Rawat Jalan Skizofrenia Paranoid di RSKD Jiwa Naimata. *Jurnal Promotif Preventif*, 8(4), 785-797. Gani, A. (2023). *Keperawatan Jiwa*. Penerbit Adab.
- Gunawan, I., Huang, X.-Y., Restiana, N., & Rosnawanty, R. (2024). A Lived Experience of Being A Family Caregiver for People with Schizophrenia in Indonesia; A Phenomenological Study. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 6(3), 1243-1254. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v6i3.3147>
- Hidayat, C. T. (2021). Pengaruh Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Keluarga terhadap Perawatan Kesehatan Anggota Keluarga Lansia. *The Indonesian Journal of Health Science*, 13(1), 103-109.
- Kaggwa, M. M., Najjuka, S. M., Mamun, M. A., Griffiths, M. D., Nyemara, N., & Ashaba, S. (2023). Involvement and burden of informal caregivers of patients with mental illness: the mediating role of affiliated stigma. *BMC psychiatry*, 23(1), 72.
- Kandi, S., Pd, M., Bakar, R. M., Rizkika, M. A., Fitriana, S. P. I., Netrawati, M. P., ... & Yana, P. R. (2023). *BUKU PENGANTAR PSIKOLOGI UMUM*. Penerbit Widina.
- Kemendes RI. (2023). Gangguan Bipolar. Kementerian Kesehatan Republik 67 Indonesia. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2081/gangguan-bipolar
- Kemendes RI. (2024). Depresi. Kementerian Kesehatan RI. <https://ayosehat.kemkes.go.id/topik-penyakit/kelainan-mental/depresi>
- Kirana, W., Anggreini, Y. D., & Litaqia, W. (2022). Faktor risiko yang mempengaruhi gangguan jiwa. *Khatulistiwa Nursing Journal*, 4(2), 74-82.
- López-Martínez, C., Orgeta, V., Frías-Osuna, A., & Del-Pino-Casado, R. (2024). Coping and anxiety symptoms in family carers of dependent older people: Mediation and moderation effects of subjective caregiver burden. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(3), 371–381.
- Epub 2024 Jan 28; PMID: 38282022
- López, M., García, F., & Fernández, A. (2022). Emotional and psychological burden of caregivers of patients with severe mental disorders. *Journal of Psychiatric Research*,

- 146, 123–132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.12.001>
- Mahardini, W., & Budiarto, E. (2021, November). Improving Resilience in Caregiver of Schizophrenic Patients: A Literature Review. In *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan* (Vol. 1, pp. 159-173).
- Mane, G., Kuwa, M. K. R., & Sulastien, H. (2022). Gambaran Stigma Masyarakat pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ)*, 10(1), 185-192.
- Nurazizah, Nurazizah & Fitriani, Nurlaila & Harisa, Akbar. (2025). The Correlation Between Stigma And Family Burden In Caring For People With Mental Disorders. *Psychiatry Nursing Journal (Jurnal Keperawatan Jiwa)*. 7. 7-14. 10.20473/pnj.v7i1.65153.
- Pangestu, I. A. A. (2022). Gambaran Dukungan Keluarga Dalam Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien ODGJ di Masa Pandemi Wilayah Kerja Puskesmas Bambanglipuro. POLITEKNIK Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta. http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/8569/1/Awal_2.pdf
- Pratiwi, A. L. (2022). Fenomena Pasung Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). *Jurnal Kesehatan Sainatika Meditory*, 5(1), 13-20.
- Putri, Y. S. E., Putra, I. G. N. E., Falahaini, A., & Wardani, I. Y. (2022). Factors Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Older Patients with Dementia in Indonesia. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12437. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912437>
- Razmjoo, A.R., Mohtashami, J. & Roshan, F.N. (2025). Investigating the relationship between mental health literacy, care burden and emotional styles in family caregivers of people with mental disorders. *BMC Psychol* 13, 941 <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03232-8>
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3rd ed.). Pearson. Saefudin, W. (2019). *Mengembalikan Fungsi Keluarga*. Ide Publishing.
- Safitri, C. A. (2024). *Pemulihan Skizofrenia: Dimensi Klinis, Psikologis, Sosial- Budaya, dan Agama*. UGM PRESS.
- Silalahi, I. (2024). Pengalaman Caregiver Pasien ODGJ Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Prof Dr Muhammad Ildrem Medan. *Lumen: Jurnal Pendidikan Agama Katekese dan Pastoral*, 3(1), 26-38.
- Smith, J., Brown, K., & Lee, S. (2023). Adaptive strategies of family caregivers of individuals with psychiatric disorders. *Journal of Family Nursing*, 29(1), 45–62. <https://doi.org/10.1177/10748407221123456>
- Sulistiowati, N. M. D., Swedarma, K. E., Anipah, A., & Karin, P. A. E. S. (2024). *Keperawatan Jiwa*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Suryaningrum, C. (2022). MENUJU SEHAT MENTAL: Mengenal Gangguan Psikologis. Psychology Forum Universitas Muhammadiyah Malang.
- Sustrami, D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Efendi, F., & Aysha, R. F. (2023). Relationship between social support and family caregiver burden in schizophrenia patients. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 73(Suppl 2)(2), S42–S45. <https://doi.org/10.47391/JPMA.Ind- S2-10>
- Syahputra, E., Rochadi, K., Pardede, J. A., Nababan, D., & Tarigan, F. L. (2022). Determinan peningkatan orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Kota Langsa. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1455-1469.
- Syarif, I., Amqam, H., Syamsuddin, S., Hadju, V., Russeng, S., & Amir, Y. (2025). Determinant Factors of Stress in Caregivers of Patients With Schizophrenia: Cross-Sectional Study. *JMIR Formative Research*, 9(1), e70648.
- Tombokan, M., & Laubo, N. (2023). *Pencegahan dan penanganan pasien gangguan jiwa dengan perilaku kekerasan di masyarakat*. Penerbit NEM.

- Wardini, H., Saswati, N., & Harkomah, I. (2024). Efektivitas Token Economy Terhadap Perawatan Diri Pada Klien Skizofrenia. *Lontara Journal of Health Science and Technology*, 5(1), 13-20.
- WHO. (2023). Anxiety Disorders. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Widowati, C. A. (2023). Definisi Gangguan Jiwa dan Jenis-jenisnya. Kementerian Kesehatan RI. [https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisigangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya#:~:text=Secara umum%2C gangguan jiwa ditandai,dengan yang lain \(WHO\).](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisigangguan-jiwa-dan-jenis-jenisnya#:~:text=Secara umum%2C gangguan jiwa ditandai,dengan yang lain (WHO).)
- Wijaya, Y. A., Yudhawati, N. L. P. S., Fista, K. R., & Andriana, S. K. I. (2022). Classification Of Nursing Theory Developed By Nursing Experts: A Literature Review Klasifikasi Teori Keperawatan Yang Dikembangkan Oleh Ahli Keperawatan: Sebuah Tinjauan Literatur.
- Wijayati, F., Nasir, T., Hadi, I., & Akhmad, A. (2020). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian harga diri rendah pasien gangguan jiwa. *HIJP: Health Information Jurnal Penelitian*, 12(2), 224- 235.
- Wutsqah, U., & Mukaddamah, I. (2023). Peran Perempuan Dalam Membentuk Ketahanan Keluarga. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(9), 7643-7652.
- Yosep, I., & Sutini, T. (2019). Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Refika Aditama.
- Yustisia, N., Aprilatutini, T., Utama, T. A., & Masdar, M. (2023). The Burden experience of Family Caregiver of older adults with chronic illness. *Research in Community and Public Health Nursing*, 34(2), 85-95.
- Zaelani, A. Q., Is Susanto., & Abdul H. (2021). Konsep Keluarga Sakinah Dalam Al-Quran. *Journal of Civil and Islamic Family Law*. 2(2). 1-2
- Zahra, Z., & KJ, S. (2022). Penggolongan gangguan jiwa di indonesia. *Ilmu Keperawatan Jiwa dan Komunitas*, 19(1), 19-32.
- Robinson-Lane, S. G., Leggett, A. N., Johnson, F. U., Leonard, N., Carmichael, A. G., Oxford, G., ... & Gonzalez, R. (2024). Caregiving in the COVID-19 pandemic: Family adaptations following an intensive care unit hospitalisation. *Journal of clinical nursing*, 33(1), 203-214.
- Abdolahi, M., Doustmohamadi, M. M., & Sheikhbardsiri, H. (2020). The Effect of an Educational Plan Based on the Roy Adaptation Model for Fatigue and Activities of Daily Living of Patients with Heart Failure Disease. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(4), 559–566. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i4.11>
- Monjezi, A., Karampourian, A., Khazaei, S., & Khazaei, M. (2025). Improving the quality of life and resilience of family caregivers of stroke survivors through education based on the Roy's adaptation model: a randomized controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 185. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03096-3>
- Reyes-Télez, Á., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & García-García, I. (2024). Humanization of nursing care: a systematic review. *Frontiers in medicine*, 11, 1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
- Melillo, A., Sansone, N., Allan, J., Gill, N., Herrman, H., Cano, G. M., ... & Galderisi, S. (2025). Recovery-oriented and trauma-informed care for people with mental disorders to promote human rights and quality of mental health care: a scoping review. *BMC psychiatry*, 25(1), 125.
- Rahmani, F., Roshangar, F., Gholizadeh, L., & Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing open*, 9(4), 1995–2002. <https://doi.org/10.1002/nop2.1205>

- Daliri, D. B., Aninanya, G. A., Laari, T. T., Abagye, N., & Afaya, A. (2024). Coping strategies used by informal family caregivers of individuals living with mental illness in the Upper East Region of Ghana: a qualitative study. *BMJ open*, 14(7), e084791. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084791>
- Monjezi, A., Karampourian, A., Khazaei, S., & Khazaei, M. (2025). Improving the quality of life and resilience of family caregivers of stroke survivors through education based on the Roy's adaptation model: a randomized controlled trial. *Aging clinical and experimental research*, 37(1), 185. <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03096-3>
- Johnson, R., & Thomas, A. (2025). *Integrating spiritual care within mental health: A multidisciplinary perspective*. *Journal of Human Services*, 45(2), 112–125. <https://journalhumanservices.org/article/142365-integrating-spiritual-care-within-mental-health>
- Kaya, Y., Demir, S., & Arslan, G. (2024). Gratitude as a predictor of meaning in life among family caregivers of Alzheimer's patients. *Behavioral Sciences*, 9(3), 72. <https://doi.org/10.3390/bs9030072>
- Melki, J., Fares, S., & Karam, E. (2023). Caring for a mentally ill patient at home: Mental health, religiosity, and spirituality and their association with family caregivers' quality of life in Lebanon. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 25(1), 23m03456. <https://doi.org/10.4088/PCC.23m03456>
- Siddiqui, S., Manzoor, H., & Hussain, A. (2022). Spiritual coping strategies among family caregivers of patients with severe mental illness: A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 61(6), 4218–4236. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01461-0>
- Silva, R., Mendes, F., & Oliveira, P. (2024). Spirituality as a coping mechanism among family caregivers in palliative care: From denial to acceptance. *BMC Palliative Care*, 23(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01589-y>
- Ullrich, A., Kühn, S., & Krüger, M. (2025). Spirituality as a source of meaning in life among family caregivers: A qualitative study in Germany. *BMC Nursing*, 24(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03398-x>
- Wong, H., Chan, K., & Lee, T. (2023). Positive coping, spirituality, and resilience in caregiving: Promoting personal growth and adaptation. *SAGE Open*, 13(4), 21582440241294137. <https://doi.org/10.1177/21582440241294137>
- Yildirim, H., Ates, M., & Cinar, Z. (2023). The effect of spiritual coping strategies on hopelessness among family caregivers of schizophrenia patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(7), 1190–1202. <https://doi.org/10.1111/jpm.12996>