

## MEKANISME KOPING KELUARGA DENGAN SAKIT KRONIS: SEBUAH STUDI FENOMENOLOGI

Annisa Wuri Kartika<sup>a</sup>, Wiwin Wiarsih<sup>b</sup>, Henny Permatasari<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Nursing Science Programm, University of Brawijaya*

<sup>b,c</sup>*Nursing Faculty, University of Indonesia*

Email: [annisa.amariliz@gmail.com](mailto:annisa.amariliz@gmail.com) /085215566429

### ABSTRACT

Living with a chronic illness are challenged by anxiety, stress, physical fatigued and emotional strain that accompanies the daily activities of caregiving. Family capacity to adapt with this conditions depend on their coping mechanism and available resources. The aim of this research is to describe family coping in attending the challenges of chronic illness. The research method used was descriptive phenomenological approach. Using purposive-sampling, eight families living with chronic illness were participated in this study. Results of this research is individual coping, family strength and community support were related to maintaining family balance and adaptive response of family. The result is expected to be recommendation in improving nursing care in families with chronic illness. Providing family with adequate information about illness and family counseling can improve family coping.

**Key words :** *Family coping, coping mechanism, chronic illness*

### PENDAHULUAN

Teori sistem memandang keluarga sebagai sebuah unit sehingga perubahan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga akan memberikan dampak pada keluarga secara keseluruhan. (Friedman, Bowden, & Jones, 2010). Penyakit kronis yang menimpa salah satu anggota keluarga dapat mengakibatkan perubahan *homeostasis* keluarga. Proses pengobatan yang lama, perubahan aktivitas fisik, perubahan peran dan tanggung jawab akibat kondisi sakit yang dialami akan menjadi stressor tidak hanya pada pasien tapi juga anggota keluarga yang lain. (Vedhara, Shanks, Anderson & Lightman, 2000).

Keluarga yang sehat akan mengambil langkah yang adaptif dalam menghadapi krisis, namun apabila keluarga tidak memiliki sumber kekuatan yang cukup untuk menghadapi krisis maka mereka akan kehilangan keseimbangan dari waktu ke waktu dan menjadi rentan (*vulnerable family*). Keluarga rentan tersebut akan mengambil langkah pemecahan masalah yang tidak tepat yang bahkan tidak

menyelesaikan masalah (Janosik, 1994 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999). Penelitian Kershaw et al (2004) pada *caregiver* dengan pasien kanker menyebutkan bahwa beberapa strategi koping yang digunakan *caregiver* adalah dengan perilaku memutuskan hubungan dan menolak kenyataan, selain itu penggunaan alkohol atau obat-obatan juga menjadi sebagai strategi koping ketika tidak mendapatkan dukungan sosial. Sedangkan penelitian yang dilakukan Asniar (2007) menyebutkan bahwa upaya menghentikan pengobatan, pengabaian dan tidak pernah membawa anggota keluarga keluar rumah merupakan bentuk koping maladaptif akibat beban sangat besar yang dialami keluarga karena kurangnya dukungan dan beban ekonomi. Berdasarkan penelitian diatas, dapat disimpulkan bahwa apabila keluarga tidak memiliki sumber kekuatan yang cukup untuk mengatasi beban yang ditimbulkan akibat adanya penderita sakit kronis dalam keluarga, maka keluarga akan menjadi keluarga yang rentan.

Perubahan atau adaptasi yang dilakukan keluarga dalam menghadapi stressor yang dialami tergantung mekanisme koping yang digunakan. Koping dapat diwujudkan dalam berbagai cara dalam menghadapi masalah misalnya refleksi emosional, penerimaan, menghindari masalah dan metode menghadapi masalah baik dengan strategi *cognitive* dan *behavioral* (Wade et al, 2001). Model *Resiliency* oleh McCubbin (1993, dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010) menyatakan bahwa adaptasi keluarga dapat berjalan dengan adaptif bila keluarga dapat menerima perubahan fungsi pada keluarga dengan membangun kerja sama antar anggota keluarga sebagai satu unit. Konsep kekuatan keluarga dalam menghadapi krisis dipengaruhi oleh beberapa faktor. Penelitian Otto (1962) dalam Sittner, Hudson dan Defrain (2007) mengindikasikan bahwa faktor-faktor yang mendukung kuatnya keluarga antara lain adanya komunikasi yang baik, menghabiskan waktu bersama keluarga, saling menghargai dan memiliki nilai-nilai spiritual yang baik. Sedangkan penelitian Nuraeni (2013) menyebutkan bahwa keluarga dengan strategi koping kebersamaan keluarga efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan lebih baik daripada keluarga dengan kebersamaan yang tidak efektif.

Asuhan keperawatan keluarga merupakan tingkat pelayanan kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai unit kesatuan yang dirawat dengan tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya pencegahan penyakit (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Keluarga yang mengalami masalah kesehatan akan mempercayakan proses kesembuhan penyakitnya kepada perawat keluarga, sehingga perawat harus memahami mengenai kompleksitas keluarga yang mencakup nilai-nilai budaya, karakteristik dan kekuatan serta fungsi keluarga. Keterlibatan tersebut antara lain dapat berupa pelayanan perawatan pasien dan keluarga mereka, memberikan pendidikan kepada anggota keluarga dan kebutuhan konseling jangka panjang. Hal ini menggambarkan pentingnya peran

perawat sebagai konselor untuk mengarahkan keluarga dalam menggunakan strategi koping yang positif (Allender et al, 2010). Oleh karena itu, tujuan penelitian ini adalah untuk menggali pengalaman keluarga dalam membangun koping keluarga ketika merawat pasien kronis di rumah. Dengan menerapkan pendekatan fenomenologi, peneliti akan mampu memperoleh pemahaman yang mendalam dan menyeluruh mengenai pengalaman keluarga menggunakan mekanisme koping dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis.

#### **METODE PENELITIAN**

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi. Partisipan dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Pemilihan keluarga dilakukan dengan menggunakan bantuan informasi dari kader kesehatan. Kriteria inklusi yang digunakan untuk memilih partisipan adalah keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami penyakit kronis minimal selama tiga bulan; bersedia menanda tangani *informed consent*; tidak memiliki gangguan kognitif sehingga mampu menceritakan pengalamannya dengan baik; dan berusia diatas delapan belas tahun. Penelitian ini mencapai saturasi data pada partisipan ke delapan.

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan menggunakan *semi structured interview* dan *joint-interview* (melibatkan dua orang dalam satu unit keluarga). Instrumen penelitian yang digunakan adalah *voice recorder* dan catatan lapangan. Wawancara dilakukan dengan metode kunjungan rumah.

Data yang didapatkan kemudian diolah dengan metode Colaizzi yang melibatkan partisipan penelitian untuk memvalidasi hasil penelitian (Burns & Grove, 2009). Langkah analisa data ini menggunakan tahapan pembacaan transkrip verbatim, dilanjutkan dengan memisahkan pernyataan yang signifikan dari setiap penjelasan, paragraf, dan kalimat responden sesuai fenomena. Langkah selanjutnya adalah memformulasikan makna dari setiap pernyataan signifikan dalam

penjelasan partisipan. Makna-makna yang didapat kemudian dikelompokkan menjadi *cluster* tema. Kemudian peneliti mengintegrasikan setiap tema menjadi deskripsi sesuai dengan fenomena yang diteliti dan membuat pernyataan dengan deskripsi yang lengkap. Langkah terakhir adalah meminta

#### **HASIL PENELITIAN**

Berdasarkan pengalaman yang diceritakan oleh keluarga, tema yang dihasilkan adalah meningkatkan kekuatan internal keluarga, memperoleh dukungan eksternal dan strategi yang digunakan individu anggota keluarga untuk mengatasi masalah.

#### **Tema : Meningkatkan Kekuatan Internal Keluarga**

Tema ini dibentuk dari sub-tema meningkatkan kebersamaan keluarga, komunikasi terbuka dengan anggota keluarga yang sakit, menghindari konflik, mengendalikan biaya pengobatan dan mencari sumber dana baru.

Keluarga menghadapi kesulitan yang dihadapi dalam merawat keluarga dengan meningkatkan kebersamaan dalam keluarga yang digambarkan dalam kategori pernyataan menghadapi masalah bersama-sama, memberikan perhatian kepada anggota keluarga yang sakit, serta meminta bantuan keluarga dalam masalah biaya. Hal tersebut diwakili dengan pernyataan partisipan sebagai berikut :

*".....giliran kontrol berobat semua pergi mengantarkan...sampai cucu cucu ikut pergi" (P.6b)*

*"Hampir-hampir putus asa tuh karena obatnya banyak, saya bilang sabar..... mendorong biar istri saya berobat terus..." (P.4a)*

*"Ya semuanya mendukung, kakak mendukung, keluarga istri mendukung .....semuanya yang dia punya, pemikiran, masalah ekonomi juga ..yang mereka punya" (P.3a)*

Komunikasi terbuka antar anggota keluarga khususnya pada anggota keluarga yang sakit

partisipan untuk memvalidasi temuan-temuan peneliti. Partisipan diberikan kebebasan untuk melakukan perubahan terhadap hasil penelitian jika memang dirasakan ada hal-hal yang tidak sesuai dengan pengalamannya.

digunakan dalam memutuskan masalah pengobatan yang akan dijalani, hal ini dilakukan dengan membicarakan keputusan pengobatan bersama dengan anggota keluarga yang sakit dan menyerahkan keputusan tersebut kepada anggota keluarga yang sakit, serta mengkomunikasikan secara terbuka dan memberikan pemahaman kepada anggota keluarga yang sakit mengenai cara yang harus dilakukan untuk sembuh. Hal ini diwakili dengan pernyataan :

*"nanya dulu pada ibu kayak apa maunya, ..... tapi akhirnya kita ikuti keinginan ibu aja sih,milih alternative dulu, karena beliau yang ingin nyamannya seperti apa karena beliau yang menjalani, sementara kita mensupport aja" (P.6b)*

*"saya suka bilang...makan(menirikan ketika menyuruh anaknya makan), kalau nggak mau sakit, dedek tau kan penyakitnya ini, kalau nggak mau makan kan juga terserah...dedek yang ngrasain, ayah nggak nglarang mau makan apa..silahkan.....bukan berarti saya nganjurin nyakitin anak nggak, biar anak mikir gitu....berarti nggak boleh makan ini, bahaya" (P.3a)*

Keluarga menyatakan bahwa mereka melakukan upaya upaya untuk menghindari pertengkaran dalam keluarga, hal ini membentuk sub tema menghindari konflik. Pernyataan partisipan yang mewakili adalah :

*"Paling saya diemin aja kalau lagi gitu..... Ya...diem aja, nanti kita lawan..berantem..diem aja, saya pergi aja" (P.1a)*

Satu partisipan juga mengungkapkan bahwa keluarga sudah membebaskan anggota keluarga yang sakit untuk makan tanpa pantangan karena merasa kasihan dan menghindari konflik dengan penderita.

*“ya susah, apa yang kita masak ya dimakan dia, apa yang saya minum ya tetep aja dia minta gitu(P.1a)....sebenarnya senengin aja ya, maunya apa ya bolehin aja .....kasihan mbak kalau dilarang larang” (P.1b)*

Keluarga menyatakan bahwa kesulitan biaya yang diakibatkan oleh mahalny biaya pengobatan diselesaikan dengan meniru resep terdahulu agar tidak perlu lagi ke dokter untuk mendapatkan resep, mencari obat yang lebih murah dan beralih ke pengobatan alternative. Pernyataan yang mewakili adalah :

*“Pernah sih, resep resep apa...bekas obat itu saya kumpulin, obat obat itu..ini lo obat penumbuh daging, ini obat magnya, ini obat...kalau muntahnya kita harus pake ini, jadi kita nggak terlalu mengeluarkan dana besar untuk dokter lagi dokter lagi, dari dokter spesialis itu ....karena obat RS mahal, kalau mahal beli aja obat..apa panadol biru itu, bener emang, tapi...panadol biru kurang cocok, agak mahal sedikit, makanya saya beli asam mefemat, saya nurun resep resep dulu, murah itu cuman 2500 satu lembar isinya 10” (P.1a)*

*“ Kalau sakit sedikit saya totok sembuh dia, jadi nggak..nggak wes, nggak kembali ke dokter, nggak mampu kan ya” (P.2a)*

Kesulitan dalam memenuhi biaya pengobatan juga diatasi dengan mencari sumber dana baru. Pernyataan yang mewakili kategori ini dinyatakan oleh partisipan dengan upaya menjual barang yang ada di rumah dan mencari pinjaman dana. Satu partisipan menyatakan mengatasi biaya dengan menjual barang yang ada di rumah.

*“saya nih yang kedua udah pensiun gitu kan ya, saya yang punya ya saya jual,*

*punya kontrakan rumah, baru dibayar ya saya minta...” (P.2a)*

*“ ya karena mendadak..dananya dari orang atas gitu, jadi kakaknya itu yang meinjamkan dana itu...” (P.1a)*

### **Memperoleh Dukungan Eksternal**

Keluarga menyatakan bahwa mereka memperoleh dukungan masyarakat yang sangat membantu dalam mengatasi masalah yang mereka hadapi. Kategori dukungan ini digambarkan partisipan berupa dukungan dari gereja, dukungan dari tenaga, kader kesehatan serta dukungan dari teman. Hal ini diwakili dengan pernyataan :

*“kunjungan gereja juga, kalau yang udah tua tua gini dikunjungi, bukan yang tua sih...asal yang sakit itu, kunjungan biar nggak tua, juga ada kunjungan,... bagus juga sih jadinya, bisa ngasih ini saran...minta ya..namanya juga keras bapaknya, siapa tahu bisa kasih saran” (P.2a)*

Partisipan juga menyatakan bahwa dukungan dari tenaga kesehatan yang diperoleh berasal dari dokter yang praktek memberikan pelayanan pendidikan kesehatan kepada keluarga.

*“sangat sangat membantu, kalau menurut saya dokter B(inisial dokter) itu ngerti banget, dia nggak mandang orang, nggak mandang orang itu susah atau apa.....dia itu udah kalau saya bilang penolong deh bagi keluarga” (P.8b)*

Satu partisipan menyatakan bahwa dukungan dari kader kesehatan juga membantu dalam mengatasi masalah kesehatan keluarganya.

*“sangat membantu lah, kayak mbak Y (inisial kader) ini juga, dia bikini kartu kartu itu apa, jamkesmas itu, meskipun saya nggak ngurusin, ya dia yang ngurus semuanya....sangat membantu kitalah, masyarakat kecil kayak kita” (P.8b)*

Sedangkan satu partisipan menyatakan bahwa dukungan semangat dari teman-teman membantu dalam mengatasi masalah yang dihadapi.

*“pergaulan saya, dari luar banyak ya, temen temen banyak, ada dorongan, ngasih semangat gitu, yang penting ngasih semangat” (P.4a)*

### **Strategi Individu Anggota Keluarga Dalam Mengatasi Masalah**

Upaya mempertahankan keseimbangan keluarga juga digambarkan dari cara individu masing-masing anggota keluarga dalam menghadapi masalah. Hal ini tergambar dari sub tema mencari informasi, strategi spiritual, berpikir positif dalam menghadapi masalah serta mengalihkan perhatian.

Satu partisipan menyatakan bahwa cara mengatasi kesulitan yang dialami adalah dengan mencari informasi lebih banyak mengenai penyakit yang diderita anggota keluarganya sehingga membuat lebih siap dalam menghadapi masalah. Hal ini digambarkan dalam pernyataan partisipan sebagai berikut :

*“saya lebih prepare ya..lebih aware..saya lebih sering searching di internet nyari informasi, karena saya kerja di rumah sakit berhubungan dengan dokter perawat jadi lebih banyak informasi masuk ke saya....” (P.6b)*

Pernyataan-pernyataan keluarga yang menyatakan cara mengatasi masalah dengan meningkatkan integritas spiritual meliputi tetap berusaha dan berdoa dalam menghadapi masalah sakit yang menimpa anggota keluarga mereka, melakukan kegiatan ibadah untuk menghilangkan stress dan pasrah terhadap ketentuan Tuhan. Hal ini diwakili pernyataan :

*“Yang penting kita bersyukur aja, satu...yang kedua sabar, dengan menghadapi yang seperti ini, kalau saya sih gitu....kalau ada terapi ya terapi..usaha biar sembuh....”(P.6a)*

*“Aku pikiran udah lillahi ta’ala(menerima ketentuan Allah) cuman gitu aja, sembuh Alhamdulillah, tidak sembuh ya....” (P.1a)*

*“Ya udah, nggak perlu ditangisi, itu udah bagiannya, jangan nangis, istighfar, pasrahkan pada Allah.....doa” (P.3a)*

Sub tema berpikir positif digambarkan dengan pernyataan partisipan yang dibentuk dari kategori yakin bahwa masalah tersebut dapat diatasi, tidak putus asa, menghadapi masalah dengan santai dan sabar, serta memikirkan bahwa masalah yang dihadapi bukan sesuatu yang berat dibandingkan dengan masalah keluarga lain. Hal tersebut diwakili pernyataan :

*“tapi yang namanya penyakit pasti ada jalan keluarnya, mudah mudahan aja dengan berobat di dokter atau alternative bisa sembuh gitu, normal seperti biasa sehatnya....jadi yang namanya takut itu dibarengi sama berusaha..ya itu berobat” (P.6a)*

*“Ya....kan saya bilang, kalau berobat itu saya ngga punya kesulitan, saya bikin enjoy” (P.3a)*

Sub tema mengalihkan perhatian dibentuk dari kategori pernyataan partisipan yang menyatakan cara mengatasi kesulitan dengan menyibukkan diri dalam kegiatan lain, istirahat, melakukan hobi dan kegiatan jalan-jalan, mengatasi masalah dengan humor, minum kopi dan merokok. Hal tersebut diwakili dalam pernyataan :

*“...biologis masih membutuhkan, andaikata orang masih normal ya..orang laki..tapi nggak mau, ...saya hilangkan itu, jadi dibawa kesibukan, hilang, nafsu biologi itu kita hilangkan, dibawa kesibukan untuk ngurus rumah tangga selalu bergerak tiap hari” (P.1a)*

*“Ini, kalau ada cucu, jadi ...(membelai cucunya)”(P.5a)*

*“Jadi daripada di rumah ngelamun, ini istri sakit .....jadi pergi aja nyari hiburan, mancing .....” (P.4a)*

Menghindari masalah dengan minum kopi dan merokok dinyatakan oleh satu partisipan dengan tujuan menghilangkan perasaan kesal yang digambarkan dalam pernyataan sebagai berikut :

*“paling kalau lagi kesal ya....ngrokok dan ngopi, gitu aja (tertawa)” (P.1a)*

## PEMBAHASAN

Dalam mengidentifikasi proses yang dilakukan keluarga dalam beradaptasi dan membangun coping keluarga, hasil penelitian ini menggunakan konsep *resiliency model* yang dikembangkan oleh McCubbin dan McCubbin (1993) untuk mengidentifikasi tiga sumber yang digunakan keluarga untuk mengatasi masalah. Tiga sumber tersebut adalah individu sebagai anggota keluarga, keluarga sebagai unit dan komunitas. Dua potensi kemampuan yang dimiliki keluarga untuk mempertahankan keseimbangan keluarga yaitu sumber daya dan kekuatan yang dimiliki keluarga. Sumber daya yang dimiliki keluarga ini mencakup sumber daya individu yaitu kemampuan individu untuk menerapkan perilaku dan strategi coping yang dilakukan oleh individu sebagai anggota dalam unit keluarga; dan usaha yang dilakukan keluarga sebagai usaha bersama sebagai unit keluarga yang merupakan kekuatan keluarga. Sedangkan satu sumber lain yaitu komunitas merupakan dukungan yang didapatkan keluarga dari luar unit keluarga yang berupa kelompok atau lembaga yang dapat diakses untuk membantu keluarga. (Augusto, Araujo, Rodrigues & Barbieri de Figueiredo, 2014)

Sumber daya individu mencakup perilaku dan strategi coping individu dalam membangun mekanisme coping yang efektif dalam menghadapi masalah dan menghindari konflik yang mungkin muncul akibat masalah yang dihadapi. Perilaku tersebut antara lain mengalah untuk menghindari konflik, mencari informasi mengenai penyakit, berpikir positif dalam mengatasi masalah, penghargaan dan kasih sayang dengan memberikan dukungan kepada anggota keluarga, mendukung anggota keluarga yang sakit, mengalihkan perhatian dari masalah dengan

kegiatan yang positif serta strategi spiritual. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Doolittle (2004) disimpulkan bahwa strategi spiritual yang dimiliki oleh individu berupa keyakinan dan kepasrahan kepada Tuhan sangat mempengaruhi coping individu dalam mengatasi masalah dan mencegah kemungkinan terjadinya konflik dalam keluarga. Coping religius ini dinilai lebih bisa dan lebih berpengaruh dalam upaya menghadapi stressor.

Faktor ketahanan keluarga yang teridentifikasi dalam penelitian ini mencakup kemampuan keluarga untuk menggunakan kekuatan keluarga sebagai sebuah unit yang bersama-sama dalam menghadapi masalah. Kemampuan keluarga dalam membangun kekuatan keluarga ini membuat keluarga mampu mengatasi masalah yang dihadapi. Sesuai dengan penelitian oleh Black dan Lobo (2008) terkait dengan penerapan model *resiliency model* dengan judul *“a conceptual review of family resilience factor”* yang menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi ketahanan keluarga termasuk pikiran positif dalam menghadapi krisis, spiritualitas, dukungan anggota keluarga, komunikasi yang baik dalam keluarga, manajemen keuangan yang dijalankan keluarga, kebersamaan keluarga, aktivitas rekreasi, dan dukungan sosial. Hasil penelitian Nuraeni (2013) menyebutkan bahwa keluarga dengan strategi coping kebersamaan keluarga efektif menunjukkan perilaku perawatan hipertensi yang dilakukan lebih baik daripada keluarga dengan kebersamaan yang tidak efektif. Sedangkan penelitian Otto (1962) dalam Sittner, Hudson dan Defrain (2007) mengindikasikan bahwa faktor-faktor yang mendukung kuatnya keluarga antara lain adanya komunikasi yang baik, menghabiskan waktu bersama keluarga, saling menghargai dan memiliki nilai-nilai spiritual yang baik.

Sakit kronis yang menimpa anggota keluarga merupakan kejadian hidup yang dapat menimbulkan krisis pada keluarga ( Friedman, Bowden & Jones, 2010). Kondisi krisis ini mungkin akan menjadi lebih buruk apabila tidak memperoleh

bantuan untuk mengatasinya. Penelitian McMillan (1994, dalam Lim & Zebrack, 2004) mengenai model ketahanan keluarga (*Resiliency Model*) menyebutkan bahwa keterlibatan tenaga kesehatan akan membantu memulihkan keseimbangan antara sumber daya yang dimiliki keluarga dan stress yang dialami. Keterlibatan tersebut antara lain dapat berupa pelayanan perawatan pasien dan keluarga mereka, memberikan pendidikan kepada anggota keluarga dan kebutuhan konseling jangka panjang. Partisipan menyatakan bahwa manfaat yang mereka dapatkan adalah motivasi, saran dan informasi mengenai cara merawat anggota keluarga yang sakit. Hal ini sesuai dengan penelitian Gray (2006) dalam penelitiannya mengenai koping orang tua dengan anak autis yang menyebutkan bahwa strategi koping yang digunakan oleh orang tua salah satunya adalah layanan kesehatan. Dapat disimpulkan bahwa dukungan sosial yang bagus dari lingkungan serta tenaga kesehatan dapat membantu keluarga menghadapi stressor yang dialami.

Pengalihan pengobatan ke pengobatan alternatif dilakukan partisipan karena biaya kesehatan medis yang mahal sedangkan di sisi lain pengobatan alternatif lebih murah dan bersahabat dalam hal harga. Penyakit kronis yang merupakan penyakit dalam jangka waktu lama dan membutuhkan pengobatan rutin menyebabkan beban biaya pada keluarga. Hal ini juga disebabkan karena pengobatan alternatif lebih dekat dalam budaya masyarakat Indonesia disebabkan karena masyarakat memiliki persepsi bahwa sakit yang mereka derita adalah masalah kehidupan sehari-hari, selain itu keberadaan pengobatan alternatif sudah membudaya karena berada dalam lingkungan masyarakat itu sendiri (Notoatmodjo, 2007)

Upaya kedua yang dilakukan adalah dengan pengalaman yang dimiliki, yaitu mencontoh resep terdahulu untuk mendapatkan obat di apotek. Upaya ini dapat dilihat sebagai bentuk upaya pengobatan sendiri. Pengobatan sendiri adalah

penggunaan obat oleh masyarakat untuk tujuan pengobatan sakit ringan (*minor illnesses*), tanpa resep atau intervensi dokter (Shankar, *et al.*, 2002, dalam Kristina, Prabandari & Sudjaswadi, 2008). Keuntungan pengobatan sendiri menggunakan obat bebas dan obat bebas terbatas antara lain: aman bila digunakan sesuai dengan aturan, efektif untuk menghilangkan keluhan (karena 80 % keluhan sakit bersifat *selflimiting*), efisiensi biaya, efisiensi waktu, bisa ikut berperan dalam mengambil keputusan terapi, dan meringankan beban pemerintah dalam keterbatasan jumlah tenaga dan sarana kesehatan di masyarakat (Holt dan Edwin, 1986, dalam Kristina, Prabandari & Sudjaswadi, 2008). Namun hal ini juga bisa menimbulkan risiko bila obat-obat yang dibeli merupakan obat yang memungkinkan menimbulkan efek negatif bila tidak digunakan secara tepat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Supardi dan Notosiswoyo (2005), pengetahuan pengobatan sendiri umumnya masih rendah dan kesadaran masyarakat untuk membaca label pada kemasan obat juga masih kecil (Kristina, Prabandari & Sudjaswadi, 2008). Sumber informasi utama untuk melakukan pengobatan sendiri umumnya berasal dari media massa. Hal ini menyebabkan peran perawat sebagai pemberi pendidikan kesehatan sangat penting dalam mencegah terjadinya kemungkinan bahaya akibat penggunaan obat yang dibeli tanpa resep.

Penelitian Taanila, Syrjala, Kokkonen dan Jvelin (2001) serta Mendel, *et all* (2002) menyatakan bahwa mereka menemukan strategi yang paling banyak digunakan oleh keluarga untuk mengatasi masalah sakit kronis yang diderita anggota keluarga adalah mendapatkan informasi yang cukup mengenai penyakit. Taanila, Syrjala, Kokkonen dan Jvelin (2001) menegaskan bahwa apabila keluarga memiliki respon penerimaan yang cepat ketika menghadapi penyakit maka mereka akan memutuskan untuk mencari informasi sebanyak-banyaknya untuk mendukung proses kesembuhan keluarganya dan menghasilkan koping yang baik dalam menghadapi masalah.

## SIMPULAN

Ketahanan atau kekuatan keluarga serta respon koping individu dalam unit keluarga menjadi sumber daya keluarga yang paling banyak digunakan dalam upaya mempertahankan keseimbangan keluarga. Kondisi krisis yang dapat terjadi dalam keluarga yaitu perpecahan keluarga ketika menghadapi masalah dapat dicegah dengan kemampuan individu menggunakan strategi koping yang tepat dalam mendukung terbentuknya ketahanan keluarga.

Hasil penelitian juga menggambarkan bahwa faktor spiritual dan kekuatan keluarga yang diwujudkan

dalam kebersamaan keluarga dalam menghadapi krisis sangat mempengaruhi mekanisme koping yang diterapkan oleh keluarga. Hal ini dapat menjadi acuan bagi perawat untuk dapat memahami dan mengintegrasikan nilai-nilai spiritual dalam asuhan keperawatan sehingga lebih komprehensif. Perawat juga dapat memperkuat aspek hubungan dalam keluarga ketika keluarga menghadapi stressor sakit sebagai upaya membangun koping dalam keluarga. Hal ini mencakup kejujuran, keterbukaan dalam komunikasi, ketergantungan dan kedekatan fisik antar anggota keluarga

## DAFTAR PUSTAKA

- Augusto, C.C.V.C; Araujo,B.R.;Rodrigues, V.M.C.P; Barbieri de Figueiredo,M.C.A. (2014). Adaptation and Validation of The Inventory of Family Protective for The Portuguese Culture. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. Nov-Des : 22 (6); 1001-8.
- Allender, J.A., Rector, C., & Warner.K.D. (2010). *Community Health Nursing : Promoting and Protecting The Public's Health. 7<sup>th</sup> Ed*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Asniar, (2007). Studi Fenomenologi Tentang Pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga Paska Stroke di Kelurahan Depok Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Jawa Barat. (*Tesis tidak dipublikasikan*). Jakarta :FIK UI.
- Black, K., Lobo, M., (2008). A Conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing*. 14 (1) : 133-155
- Doolittle, B.R. (2004). The Association Between Spirituality and Depression in an Urban Clinic. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*,6(3), 114-118
- Friedman, Bowden & Jones. (2010). *Family Nursing : Research, Theory And Parctice..* New Jersey : Prentice Hall.
- Gray, D. E. (2006). Coping over time: The parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 970-976.
- Hitchcock, Schubert & Thomas. (1999). *Community Health Nursing : Caring In Action*. New York : Delmar Publisher.
- Kershaw et al. (2004). Coping Strategies and Quality of Life in Woman With Advanced Breast Cancer and Their Family Caregivers. *Psychology Health*. 19 : 139-155.
- Kristina, S.A., Prabandari, Y.S., Sudjaswadi, R. ( 2007 ). Perilaku Pengobatan Sendiri Yang Rasional Pada Masyarakat. *Berita Kedokteran Masyarakat*, Vol. 23, No. 4, 176-183
- Lim, J., & Zebrack, B. (2004). Caring Family Members With Chronic Physical Illness : A critical Review of Caregiver Literature. *Health and Quality of Lifes Outcomes*.
- Mandell. D., Curtis. R., Gold, M., Hardie, S. (2002). Families Coping With A Diagnosis of Anaphylaxis in A child. *ACI International*, 14 (3) : 96-101.



- Notoatmodjo, Soekidjo. (2007). Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. PT Rineka Cipta. Jakarta
- Nuraeni, Ani. (2013). *Hubungan Karakteristik dan Strategi Koping Keluarga Dengan Perawatan Hipertensi oleh Lansia di Kelurahan Cisalak Pasar*. (Tesis). Jakarta : FIK UI
- Sittner, B.J., Hudson, D.G., DeFrain, J. (2007). Using The Concept of Family Strengths To Enhance Nursing Care. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 32(6), 353-357.
- Taanila, A., Syrjala, L, Kokkonen, Jarvelin, R. (2001). Coping Of Parents With Physically And/Or Intellectually Disabled Children. Blackwell Science Ltd.
- Vedhara K Shanks N, Anderson S, Lightman S. (2000). The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: A study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine* 62:374-385.
- Wade et al. (2001). The Relationship of Caregiver Coping to Family Outcomes During The Initial Year Following Pediatric Traumatic Injury. *Journal Of Consulting and Clinical Psychology*. 69 (3) : 406-405