
Ngemong: Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa

M.A. Subandi

Gadjah Mada University

Abstract

The purpose of this paper was to explore family burden, coping, and support for psychotic patients in a Javanese setting. A combination of ethnographic and clinical methodology was employed. During my fieldwork in Yogyakarta, Indonesia, I followed 9 participants diagnosed as having first episode psychosis. Three of them met the ICD-10 criteria for Schizophrenia, five for Acute and Transient Psychotic Disorder (ATPD), and one for Schizoaffective Disorder. I carried out ethnographic fieldwork among nine participants and their families in their natural home setting, as well as conducting in-depth interviews. In addition, I administered the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES) for family members and Sentence Completion Test (SCT). The result indicated that despite experiencing psychological and economic burden, families provided a high level of support for their mentally ill members which are reflected in the application of Javanese principle of ngemong. Three aspects the practice of ngemong is discussed.

Keywords: family, psychotic illness, burden, coping, support, Javanese culture

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dalam memberikan perawatan bagi penderita gangguan jiwa, anggota keluarga mereka mengalami beban psikologis yang sangat berat. Hal ini tercermin dalam beberapa istilah yang mereka gunakan untuk menggambarkan kondisi yang mereka alami. Misalnya, anggota keluarga menggambarkan pengalaman merawat penderita gangguan jiwa sebagai 'pengalaman yang traumatis', 'sebuah malapetaka besar', 'pengalaman yang menyakitkan', 'menghancurkan', 'penuh dengan kebingungan', dan 'kesedihan yang berkepanjangan' (Marsh, 1992; Pejler, 2001). Kata-kata seperti 'merasa kehilangan' dan 'duka yang mendalam' juga seringkali digunakan dalam konteks ini. Keluarga mengalami perasaan kehilangan, baik dalam arti yang nyata (kehilangan orang yang dicintai), maupun kehilangan secara simbolik (kehilangan harapan di masa depan karena penderita tidak mampu mencapai apa yang di cita-citakan) (Lefley, 1987; Marsh dan Johnson, 1997). Penderitaan seperti di atas tidak hanya dialami oleh keluarga pengasuh penderita schizophrenia yang sudah berlangsung lama. Keluarga

pengasuh penderita psikosis episode pertama juga dituntut agar melakukan *coping* terhadap tingkat stress mereka yang tinggi (Tennakon *et al.*, 2000).

Salah satu beban psikologis yang berat bagi keluarga penderita gangguan jiwa adalah stigmatisasi. Finzen (dikutip oleh Schultz dan Angermeyer, 2003) menyebut stigmatisasi sebagai 'penyakit kedua,' yaitu sebuah penderitaan tambahan yang tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga dirasakan oleh anggota keluarga. Dampak merugikan dari stigmatisasi termasuk kehilangan *self esteem*, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu; yang akhirnya menyebabkan perilaku pencarian bantuan menjadi tertunda (Lefley, 1996).

Hubungan stigma dan gangguan mental dapat ditemukan di berbagai belahan dunia, namun bentuk manifestasinya sangat beragam, tergantung pada budaya setempat. Weiss dan kawan-kawan. (2001), membandingkan antara stigma sosial pada gangguan mental di masyarakat tradisional Bangalore, India, dan di masyarakat modern di London. Penelitian ini menunjukkan bahwa pada masyarakat Bangalore, stigmatisasi memiliki kaitan erat dengan hilangnya harga diri, terganggunya status sosial, dan kesulitan untuk mendapatkan pasangan dalam pernikahan. Di London, stigma lebih dikaitkan dengan aspek ekonomi dimana mereka merasa kehilangan

karena penderita dipandang tidak lagi produktif.

Beban yang dirasakan oleh anggota keluarga sangat berat, namun demikian keluarga pada umumnya tetap menunjukkan rasa tanggung jawab, dukungan dan kasih sayang yang besar terhadap anggota keluarga mereka yang mengalami gangguan mental. Sikap positif ini lebih banyak ditemukan pada penelitian-penelitian lintas budaya mengenai respon keluarga dalam merawat dan memperhatikan pasien *schizophrenia*. Jenkins dan Karno (1992), misalnya, menemukan perbedaan sikap antara keluarga keturunan Anglo-Amerika dengan keluarga keturunan Meksiko-Amerika. Keluarga Anglo-Amerika pada umumnya memberikan tanggapan emosi yang bernada 'tinggi', misalnya mereka menjadi marah, jengkel, dan frustrasi. Sementara itu keluarga Meksiko-Amerika cenderung menunjukkan tanggapan emosi yang bernada 'rendah', misalnya mereka menjadi sedih, berduka atau merasa kasihan. Hal ini menunjukkan bahwa keluarga keturunan Meksiko-Amerika memiliki tingkat toleransi yang lebih tinggi pada penderita *schizophrenia*. Dalam penelitian paling baru yang dilakukan oleh Garcia dan kawan-kawan (2006) ditemukan bahwa 'dukungan keluarga' pada keluarga keturunan Meksiko-Amerika dapat memprediksi penggunaan obat-obatan. Dengan demikian dukungan keluarga yang tinggi dapat meningkatkan

rutinitas penggunaan obat-obatan, sehingga kekambuhan dapat dicegah.

Di Cina, Ip dan McKenzie (1998) melaporkan bahwa meskipun anggota keluarga yang merawat penderita schizophrenia mengalami stres, mereka tetap menunjukkan sikap penerimaan yang tinggi, bertindak secara positif, mempunyai harapan yang tinggi, dan mereka mencari dukungan yang bersifat keagamaan. Sementara itu pada keluarga Nigeria, Ohari dan Fido (2001) menemukan bahwa meskipun keluarga merasa malu karena memiliki anggota yang menderita schizophrenia, namun mereka tetap memiliki rasa simpati yang tinggi, banyak membantu dan memberi dukungan pada penderita.

Beban psikologis yang dialami keluarga akan mendorong mereka untuk mencari strategi *coping*. Pada umumnya keluarga akan memanfaatkan berbagai sumberdaya psikologis, sosial, budaya maupun sumberdaya praktis (Scazufo dan Kuipers, 1999). Hatfield (1979) melakukan penelitian eksploratif berkaitan dengan strategi *coping*. Dia meminta para anggota keluarga untuk menilai sendiri efektifitas dari sumber daya *coping* yang mereka gunakan. Ternyata mereka menaruh kepercayaan yang besar pada *networking* keluarga dan teman. Mereka juga menilai sangat penting untuk menjalin hubungan dengan keluarga yang mengalami nasib yang sama.

Berkaitan dengan berbagai jenis *coping*, beberapa penelitian menun-

jukan bahwa *coping* yang berfokus pada permasalahan (*problem-focused coping*) –dimana pihak keluarga secara aktif mencari bantuan dari berbagai sumber– sangat efektif ketika kondisi penderita masih terbuka terhadap perubahan. Sementara itu *coping* yang berfokus pada emosi (*emotional-focused-coping*), dimana anggota keluarga harus menerima keadaan sakit anggota keluarganya, kemungkinan lebih sesuai untuk keadaan penderita yang sudah kronis dan sulit untuk berubah (see Ostman dan Hansson, 2001). Dalam penelitian mereka tentang psikosis episode pertama, Tennakoon dan kawan-kawan (2000) menemukan bahwa keluarga menggunakan kedua bentuk strategi coping tersebut secara bersamaan, baik strategi coping yang berfokus pada masalah maupun yang berfokus pada emosi.

Penelitian lintas-budaya mengenai *coping* pada keluarga yang mengalami gangguan jiwa menunjukkan bahwa keluarga menggunakan sumber daya budaya dan agama untuk mengatasi beban dan penderitaan. Redko (2003) melaporkan bahwa keluarga keturunan Brazil cenderung bersandar pada agama untuk terapi sekaligus untuk mencari cara menghilangkan ketegangan. Guarnaccia (1998) membandingkan beban keluarga dan sumber dukungan antara keluarga keturunan Hispanik-Amerika, Afrika-Amerika dan Eropa-Amerika. Dia melaporkan bahwa keluarga Afrika-Amerika dan Hispanik-Amerika lebih cenderung mendapatkan dukungan dari

keluarga, agama, dan budaya. Sementara keluarga Eropa-Amerika cenderung lebih banyak mendapat dukungan dari profesional. Guarnaccia dan kawan-kawan (1992) melaporkan bahwa keluarga Hispanik seringkali menggunakan idiom *Si Dios quiere* (Jika memang dikehendaki Tuhan) untuk menyatakan harapan mereka pada anggota keluarga yang sakit. Ruangreangkulkij dan Chesla (2001:123) menemukan bahwa ibu-ibu keturunan Thailand cenderung memahami penyakit sebagai *karma* sebagaimana dalam kepercayaan agama Buddha, sehingga terdorong untuk melakukan *thum-jai*, yaitu “gabungan beberapa sikap seperti penerimaan, sabar, pengertian, tulus, dan adanya rasa tanggung jawab.”

Bagi masyarakat Jawa, keluarga merupakan bagian yang sangat esensial dalam kehidupan mereka. Secara emosional keluarga dapat memberi rasa *tentrem* (Hildred Geertz, 1961:94), hangat, dan kasih sayang (Shiraishi, 1997:57). Pentingnya keluarga bagi masyarakat Jawa tercermin dari peribahasa: *mangan ora mangan waton kumpul* (makan tidak makan asal kumpul). Namun demikian nilai kebersamaan tersebut terlihat banyak mengalami perubahan, terutama dengan adanya berbagai tantangan modernisasi. Saat ini, sudah tidak asing lagi jika anak muda Jawa meninggalkan lingkungan keluarga mereka dengan tujuan mencari mata pencaharian atau pendidikan tinggi. Tapi meskipun berjauhan dengan keluarga, mereka cenderung memper-

tahankan kedekatan emosional. Adanya perayaan lebaran merupakan bukti nyata atas hal tersebut, dimana orang-orang yang berasal dari desa yang mencari penghidupan di kota-kota besar akan kembali ke desa untuk bertemu dengan keluarga dan saudara mereka. Pada perayaan ini kelompok sesama satu keturunan yang dikenal dengan nama *trah* (di kalangan kaum ningrat) atau *bani* (di kalangan kaum santri) biasanya akan menyelenggarakan pertemuan tahunan. Jaringan keluarga besar ini akan memberikan dukungan yang signifikan, terutama pada masa krisis. Orang Jawa juga senang membentuk jaringan keluarga yang lebih luas dengan memperlakukan orang yang tidak terikat secara keluarga sebagaimana anggota keluarga mereka sendiri. ‘Ideologi kekeluargaan’ atau ‘familisme’ di kalangan masyarakat Jawa telah mengakar secara sosial, budaya, dan politik pada kehidupan modern Indonesia (Shiraishi, 1997:164), yang banyak membawa pengaruh negatif daripada positif. Misalnya timbulnya korupsi, kolusi dan nepotisme.

Sistem kekeluargaan Jawa adalah bilateral, dimana garis keturunan ibu maupun ayah mendapatkan perlakuan yang sama (Geertz, 1961:15; Keeler, 1987:32; Mulder, 1994:23). Namun dalam hal pembentukan keluarga baru terdapat kecenderungan pada prakek *uxorilokal*, dimana pasangan yang baru menikah cenderung tinggal di rumahnya pihak istri. Praktek tersebut diyakini dapat mencegah konflik dan ketegangan

antara istri dan ibu mertua berkaitan dengan urusan keluarga. Konflik dan ketegangan tersebut seringkali terjadi pada cara bertempat tinggal *virilokal* dimana pasangan baru tinggal di rumah pihak suami. Oleh karena itu praktek *virilokal* biasanya hanya dilakukan karena alasan-alasan tertentu. Misalnya karena alasan ketersediaan ruangan yang hanya ditemukan di rumah keluarga suami, atau karena kedekatan dengan tempat suami bekerja. Jika pengantin muda sudah mampu mandiri dan memiliki anak, mereka pada umumnya mereka akan berusaha mencari rumah sendiri. Namun, sering terjadi anak yang lebih muda menikah, sementara kakaknya masih belum bisa mempunyai tempat tinggal sendiri. Hal ini menyebabkan dua atau lebih saudara kandung hidup bersama di tempat tinggal orang tua mereka. Keadaan semacam ini, membuka peluang untuk terciptanya konflik berkaitan dengan pembagian tanggung jawab ataupun kecemburuan, khususnya berkaitan dengan kepemilikan material.

Sebagaimana yang akan saya tunjukkan nanti dalam tulisan ini, konflik demikian memiliki dampak pada gangguan psikotis seseorang.

Geertz (1961:94) dan beberapa peneliti yang lebih baru (Keeler, 1987:58; Shiraishi, 1997:58) menekankan pada pentingnya praktek *ngemong* dalam keluarga. *Ngemong* dianggap sebagai cara yang ideal dalam membesarkan anak. Secara fisik bayi-bayi Jawa

digendong oleh ibunya atau orang tua lain dengan selendang. Cara menggendong ini dianggap membuat anak tersebut merasa *tentrem* dan secara emosional merasa hangat. Ketika anak sudah mulai bisa berjalan, orang tua menjaga agar anak tidak jatuh, atau terluka secara fisik. Secara emosional, orang tua selalu berusaha untuk berhubungan dengan anak, membuatnya senang dan melindungi mereka dari kekagetan. Orang Jawa percaya bahwa dengan membuat anak senang maka akan membuat mereka lebih tahan terhadap penyakit dan jauh dari ketidakberuntungan. Pada malam hari, bayi tidur berdampingan dengan ibunya. Hal ini berlangsung sampai masa kanak-kanak awal, dan seringkali bertahan sampai masa sekolah. Ketika anak sedang sakit, ibunya biasanya akan tidur di sampingnya, bahkan sampai anak mencapai usia yang lebih dewasa. Good dan Subandi (2004) dalam penelitiannya menemukan seorang ibu yang tetap tidur di samping putrinya belum bersuami yang sudah berumur 40 karena menderita gangguan psikosis.

Dalam penelitian ini saya mengajukan tiga pertanyaan:

1. Bagaimana beban yang dialami oleh keluarga Jawa yang disebabkan gangguan psikosis yang diderita salah satu anggota keluarga mereka?
2. Bagaimana keluarga Jawa melakukan *coping* atas beban tersebut?
3. Bagaimana keluarga Jawa memberikan dukungan pada anggota keluar-

ga mereka yang menderita gangguan mental?

Metode

Penelitian ini menerapkan metode etnografi dimana saya sebagai peneliti terjun langsung ke lapangan, mengikuti perkembangan partisipan dari waktu ke waktu. Selama penelitian lapangan di wilayah Yogyakarta, saya mengikuti 9 partisipan yang menderita psikosis episode pertama. Tiga orang memenuhi kriteria diagnosis PPDGJ-III sebagai Skizofrenia, lima orang memenuhi kriteria gangguan Psikotik Akut dan Sementara, dan satu orang memenuhi kriteria gangguan Schizoa-fektif. Saya mengikuti kehidupan partisipan dan keluarganya selama satu tahun dari Agustus 2002 – Juli 2003 dan melakukan *follow up* pada tahun 2004

Selama di lapangan, saya, saya mengunjungi partisipan dan keluarganya di rumah mereka masing-masing. Beberapa metode saya gunakan untuk mengumpulkan data. Pertama, wawancara mendalam dengan sembilan partisipan dan keluarga mereka berkaitan dengan kondisi penderita maupun kondisi keluarga mereka. Kedua, observasi partisipan, dimana pada kesempatan-kesempatan tertentu saya ikut dalam kegiatan partisipan. Misalnya, melaksanakan sholat bersama di masjid dengan penderita untuk mengobservasi bagaimana sikapnya terhadap masya-

rakat sekitar. Saya juga ikut menghadiri pemakaman ibu dari salah seorang partisipan; atau menghadiri undangan pernikahan partisipan yang lain. Ketiga, penyajian beberapa instrumen penelitian, antara lain (F – COPES), *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale* untuk mengungkapkan strategi *coping* anggota keluarga (lihat McConachie dan Waring, 1997). Instrumen ini mengungkapkan lima jenis strategi *coping* yaitu (1) merubah cara pandang (*reframing*), (2) bersikap pasif (*passive appraisal*), (3) mendapatkan dukungan sosial (*acquiring social support*), (4) mencari dukungan spiritual (*seeking spiritual support*), and (5) menggerakkan keluarga untuk memperoleh dan menerima bantuan (*mobilizing the family to acquire and accept help*). Selain itu saya juga menyajikan tes proyektif adaptasi dari SCT (*Sentence Completion Test*) untuk mengetahui dinamika kehidupan keluarga partisipan. Pada tahun kedua saya juga melakukan *follow up* untuk mengetahui perkembangan partisipan dan kehidupan keluarga mereka.

Hasil

Untuk mempermudah pemahaman mengenai hasil dan diskusi dalam penelitian ini, di sini saya sajikan karakteristik seluruh partisipan. Nama partisipan yang tercantum di sini semuanya adalah nama samaran.

Tabel 1
Karakteristik Partisipan

Pseudonym	Jenis Kelamin	Umur	Status	Diagnosis
Wati	W	28 tahun	Menikah	Psikotik akut lir-schizophrenia (F.23.2)
Rima	W	18 tahun	Drop-out SMP, Belum Menikah	Gangguan schizoaffektif tipe manik (F.25.0).
Budi	P	16 tahun	Drop-out SD, Belum menikah	Psikotik akut polimorfik dengan gejala schizophrenia (F23.1).
Sri	W	20 tahun	Mahasiswa, Belum menikah	Psikotik akut polimorfik dengan gejala schizophrenia (F23.1).
Endang	W	26 tahun	Mahasiswa, belum menikah	Schizophrenia, tipe tidak terdiferensiasi (F.20.3).
Priyo	P	19 tahun	Pelajar	Psikotik akut polimorfik dengan gejala schizophrenia (F23.1).
Wulan	W	16 tahun	Pelajar, belum menikah	Psikotik akut lir-schizophrenia (F.23.2).
Bambang	P	35 tahun	Menikah	Skizofrenia, tipe paranoid (F.20.0).
Joko	P	42 tahun	Menikah	Skizofrenia, tipe tidak terdiferensiasi (F.20.3).

Dari table 1 di atas terlihat bahwa partisipan dalam penelitian ini terdiri dari lima orang perempuan dan empat orang laki-laki dengan rentang usia antara 16 sampai 42 tahun. Tiga orang partisipan berstatus menikah dan enam partisipan belum menikah. Berdasarkan diagnosis, terlihat bahwa satu orang partisipan memenuhi kriteria Skizofrenia, tipe paranoid (F.20.0), dua orang Schizophrenia, tipe tidak terdiferensiasi (F.20.3), tiga orang psikotik akut polimorfik dengan gejala schizophrenia

(F.23.1), dua orang Psikotik akut lir-schizophrenia (F.23.2), satu orang Gangguan schizoaffektif tipe manik (F.25.0).

Stigma yang Dialami Keluarga: bibit, bebet, bobot

Dampak merugikan dari gangguan psikotik biasanya tercermin dari stigma yang dialami oleh keluarga. Seperti dijelaskan di berbagai literature, stigma seringkali dikaitkan dengan norma dan nilai budaya.

Sama dengan kondisi pada keluarga penderita gangguan mental di masyarakat tradisional yang ada di Belanglore, India (Weiss dan kawan-kawan., 2001), fokus utama stigma di Jawa berkaitan dengan pernikahan. Hal ini sangat dirasakan oleh keluarga dari penderita wanita yang belum menikah. Kemungkinan ini disebabkan adanya konsep budaya Jawa dalam memilih pasangan untuk menikah, yaitu *bibit*, *bebet*, *bobot*. *Bibit* secara harfiah berarti 'biji.' Makna *bibit* dimaksudkan sebagai faktor keturunan atau dengan kata lain nilai biologis seseorang (termasuk penyakit yang turun temurun). *Bebet* ditafsirkan sebagai kedudukan sosial atau kondisi ekonomi, sedangkan *bobot* merupakan sifat moral seseorang. Umumnya, psikosis dianggap sebagai penyakit yang diturunkan. Dengan demikian, adanya anggota keluarga yang menderita gangguan mental membuat keluarga seolah-olah memiliki *bibit* yang buruk, sehingga keluarga merasa malu secara sosial dan kehilangan harga diri.

Bagi partisipan wanita yang belum menikah dalam penelitian ini, gangguan psikosis mempunyai dampak yang lebih buruk dibandingkan dengan partisipan pria. Hal ini dirasakan terutama oleh anggota keluarga. Misalnya, ibu dari Sri, sangat mengkhawatirkan masalah pernikahan anaknya. Sebelum jatuh sakit, Sri memang mengalami problem yang berkaitan dengan masalah perkawian, yaitu karena adik laki-lakinya menikah lebih dulu. Ibunya

pernah meminta Sri untuk menerima lamaran seorang laki-laki yang masih merupakan famili. Tapi Sri menolak. Dengan munculnya gangguan psikosis pada Sri, masalah perkawinan tersebut menjadi semakin besar. Dari wawancara dengan ibunya, saya mendapat kesan bahwa beliau sangat memikirkan keadaan Sri. Sri sendiri juga merasakan kekhawatiran ibunya. Kemungkinan karena terlalu memikirkan masalah itu, ibunya Sri menderita berbagai macam gejala fisik, bahkan ada gejala depresi. Akhirnya beliau meninggal beberapa bulan setelah Sri sembuh.

Untuk mencegah berkembangnya stigma, anggota keluarga akan melakukan segala upaya supaya anggota keluarga yang mengalami gangguan tidak diketahui oleh masyarakat. Misalnya, keluarga Endang berani menentang ketentuan rumah sakit untuk mengenakan baju seragam, karena khawatir akan merusak citra diri Endang di masa depan. Pada kasus Wulan, stigma diketahui dari perilaku keluarga dalam mencari tempat perawatan untuk Wulan. Ketika mereka akan berangkat ke Rumah Sakit Jiwa, ibunya Wulan kemudian berubah pikiran dan akhirnya membawa putrinya ke Rumah Sakit Umum. Mereka khawatir tentang stigma bagi orang yang dirawat di rumah sakit jiwa. Walaupun akhirnya Wulan dirawat di Rumah Sakit Umum, ibunya tidak mengijinkan tetangganya yang ingin mengunjungi.

Stigma yang dialami keluarga cenderung berubah dari waktu ke waktu. Perasaan malu yang mendalam sebagian besar dirasakan ketika keluarga baru berhadapan dengan penyakit tersebut. Perasaan seperti ini terlihat pada ibu dari Wulan dan Endang, dan juga istri dari Joko. Namun perasaan seperti ini berubah ketika anggota keluarga mulai menerapkan strategi *coping* yang sesuai. Perubahan juga terjadi ketika keluarga menyadari bahwa masyarakat sekitar ternyata menunjukkan tanggapan sosial yang positif. Misalnya, ibu dari Wulan semula mempunyai kekhawatiran yang tinggi terhadap tanggapan masyarakat ketika Wulan baru pertama sakit. Ini mengingat Wulan masih sangat muda (17 tahun) ketika sakit. Tetapi kekhawatiran itu mulai berkurang ketika ada seorang pria dari desa yang sama, melamar Wulan ketika Wulan baru saja sembuh. Meskipun Pria tersebut mengetahui kalau Wulan pernah mengalami gangguan mental, dia tetap ingin menikahinya. Kenyataan ini merubah persepsi ibu dari Wulan bahwa gadis yang pernah mengalami gangguan mental akan sulit memperoleh jodoh, mengingat *bibit* yang kurang baik. Ternyata masih ada orang yang mau menikah dengan anaknya.

Pada tahap akhir penelitian lapangan, saya bertanya kepada beberapa keluarga apakah mereka masih tetap merasa malu karena anaknya mengalami gangguan mental. Kebanyakan keluarga partisipan menyatakan bahwa mereka

sudah tidak merasa malu lagi seperti dulu. Mereka sudah bisa menerima kenyataan yang terjadi pada anggota keluarga mereka.

Stigma gangguan mental tidak hanya dirasakan penderita maupun keluarganya di tengah masyarakat, juga sering terjadi diskriminasi di tempat kerja. Namun partisipan dalam penelitian ini ternyata tidak menemukan persoalan stigma sebagai masalah serius di tempat kerja. Hal ini kemungkinan disebabkan karakteristik penyakit yang diderita partisipan yang tidak berlangsung terlalu lama. Wati dan Bambang mampu dengan mudah kembali ke tempat kerja semula dan mendapat penerimaan yang baik dari teman sekerja. Wulan dan Priyo bahkan bisa mendapatkan pekerjaan baru. Priyo bercerita bahwa dia menceritakan masalah gangguan mental yang dialami secara terbuka kepada manajernya, yang kemudian merasa simpati dan memberikan dukungan positif. Hanya Sri yang mendapatkan sedikit problem berkaitan dengan stigma di tempat kerja. Sri, yang bekerja sebagai guru TK, menyatakan pada saya bahwa dia menduga ada seorang temannya yang tidak bekerja, yang menceritakan bahwa Sri pernah menderita gangguan mental. Sri mengatakan bahwa sejak itu hubungannya dengan sesama guru di sekolah itu menjadi kurang enak dan penuh ketegangan. Akibatnya ketika kontrak mengajarnya sudah selesai Sri kemudian tidak mau untuk memperpanjang. Dia keluar dari sekolah itu. Karena

ketrampilan sosialnya yang sangat baik, tidak lama kemudian Sri mampu dengan mudah memperoleh pekerjaan di sekolah lain yang lebih bagus.

Perilaku Coping

Agar mampu mengatasi beban psikologis untuk merawat anggota keluarga yang sedang mengalami gangguan mental, pihak keluarga menggunakan berbagai metode *coping*. Yang paling sering mereka gunakan adalah mengekspresikan perasaan mereka secara verbal. Ungkapan yang seringkali mereka sampaikan sebagai tanda adanya beban psikologis dan penderitaan adalah kata 'sedih', 'bingung', dan 'cobaan berat'. Bentuk lain dari cara mengekspresikan beban dan penderitaan emosional termasuk menangis. Misalnya, ibu dari Endang menyatakan bahwa dia hanya bisa menangis menghadapi persoalan yang melanda keluarganya. "Saya merasa sangat sedih, kenapa saya punya anak yang menderita penyakit seperti ini." Istri dari Joko juga mengungkapkan perasaannya dengan menangis. Dia menyatakan "Ketika saya menangis, anak saya ikut menangis." Ketika menjalankan ibadah pada malam hari istrinya Joko juga sering menangis sambil mengungkapkan beban perasaannya kepada Tuhan. Cara mengatasi masalah dengan mengekspresikan emosi seperti itu dianggap oleh keluarga dalam penelitian ini sebagai hal yang sangat membantu melepaskan beban psikologis. Dengan demikian cara seperti ini dapat dianggap sebagai salah satu bentuk *coping*.

Berdasarkan data penelitian di atas, saya sependapat dengan Browne (1999) yang menyatakan bahwa orang Jawa tidak selalu menyembunyikan emosi yang membebani pikirannya. Dalam keadaan tertentu orang Jawa juga mampu mengungkapkan emosi mereka secara terbuka. Hal ini tampak pada keluarga Endang. Ketika saya sedang berkunjung dan mengadakan wawancara dengan Endang, beberapa anggota keluarga yang lain ikut bergabung. Bahkan mereka sempat beradu argumentasi di depan saya, yang menunjukkan adanya konflik internal dalam keluarga mereka. Istri Joko juga secara terbuka mengungkapkan konflik dengan suaminya dan sempat menangis ketika membicarakan masalah tersebut melalui telpon dengan saya. Jadi, pengungkapan emosi dalam masyarakat Jawa bukanlah suatu hal yang tabu, tergantung bagaimana situasi dan kondisi. Hal ini bisa jadi dipandang sebagai suatu bentuk *coping* yang dinilai positif.

Agar dapat lebih memahami strategi *coping* keluarga secara lebih mendalam, saya juga menyajikan instrumen F-COPES (*Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale*).

Skor pada F-COPES menunjukkan bahwa anggota keluarga dari partisipan dalam penelitian ini menggunakan berbagai strategi *coping*, sebagaimana yang ditunjukkan di tabel ini yang diurutkan sesuai dengan ranking strategi coping yang paling banyak digunakan.

Tabel 2
Skor rerata Strategi Coping Keluarga

No.	Strategi Coping	Skor Rerata ¹
1	<i>Seeking spiritual support</i>	4.67
2	<i>Mobilizing the family</i>	4.41
3	<i>Acquiring social support</i>	4.35
4	<i>Reframing</i>	4.33
5	<i>Passive appraisal</i>	1.44

Tabel 2 menunjukkan bahwa strategi mencari dukungan spiritual (*seeking spiritual support*) merupakan strategi yang paling banyak digunakan oleh keluarga partisipan. Termasuk di dalamnya adalah menjalankan ibadah, melaksanakan kewajiban agama dengan sungguh-sungguh, dan mencari pertolongan pada tokoh-tokoh agama. Data etnografis konsisten dengan hasil tersebut. Keluarga pasien melaksanakan ibadah baik yang wajib maupun yang sunnah (yang dianjurkan sebagai ibadah tambahan). Untuk strategi coping, ibadah sunnah ternyata mempunyai peranan yang lebih besar. Misalnya sholat dan berdoa di tengah malam. Seorang ayah dari partisipan bahkan menggunakan model Jawa dalam berdoa, yaitu berdoa di depan pelataran rumah di tengah malam.

Strategi kedua yang paling banyak digunakan yaitu memobilisasi keluarga untuk mendapatkan dan menerima

bantuan (*mobilizing the family to acquire and accept help*). Termasuk di sini adalah menggerakkan seluruh potensi keluarga untuk mencari bantuan ke berbagai sumberdaya masyarakat yang ada. Misalnya mencari bantuan pada 'orang pintar', paranormal atau lembaga kesehatan formal. Strategi ini menggambarkan peran aktif keluarga dalam mencari solusi atas permasalahan yang dihadapi yang sangat erat kaitannya dengan tingkat usaha yang dilakukan. Dengan demikian terlihat bahwa keluarga penderita gangguan mental di Jawa selalu aktif berusaha mencari solusi permasalahan yang dihadapi.

Strategi peringkat ketiga adalah mendapatkan dukungan sosial (*acquiring social support*). Termasuk di sini adalah usaha mencari bantuan dari pihak keluarga besar, teman ataupun tetangga. Hal tersebut menunjukkan bagaimana jaringan sosial memberikan dukungan yang signifikan pada partisipan dan keluarganya (lihat pembahasan tentang dukungan sosial).

Strategi peringkat keempat adalah merubah cara pandang (*reframing*). Di sini secara kognitif anggota keluarga merubah persepsi terhadap pengalaman yang tidak menyenangkan tentang gangguan mental supaya tidak menimbulkan beban psikologis peristiwa-peristiwa sehingga dibuat lebih mudah untuk dikelola.

Keempat strategi di atas digunakan anggota keluarga secara bersamaan, yaitu *coping* spiritual, dukungan sosial

¹ Karena masing-masing strategi *coping* di dalam skala F-COPES memiliki jumlah aitem yang tidak sama, maka untuk mengetahui rangking setiap strategi *coping* digunakan skor rerata. Skor bergerak dari 1-5.

dan keluarga serta mengelola kognisi. Skor rerata untuk masing-masing strategi coping bergerak dari 4,33 - 4,67. Di sini menunjukkan bahwa keluarga secara aktif menerapkan berbagai strategi *coping*. Sementara itu skor rerata untuk *passive appraisal* sangat rendah (1,44). Ini menunjukkan bahwa anggota keluarga tidak hanya pasif saja menghadapi realitas. Walaupun data wawancara menunjukkan bahwa anggota keluarga 'menerima' dan 'pasrah' terhadap kenyataan, tetapi bukan berarti mereka bersikap fatalistik, menerima secara pasif. Tetapi sebaliknya mereka menerima kenyataan sambil terus tetap berusaha. Dengan kata lain sikap pasif bertentangan dengan konsep *usaha* yang seringkali menjadi referensi bagi partisipan dan anggota keluarganya.

Kompleksitas Dukungan Keluarga dan Dukungan Sosial

Dukungan keluarga merupakan konsep yang multidimensional. Apalagi jika disertakan juga dukungan sosial. Table 3 di bawah ini menggambarkan tingkat dukungan keluarga dan dukungan sosial yang diterima oleh partisipan dan anggota keluarganya.

Tabel di atas menunjukkan bahwa selain Wati, Bambang memperoleh dukungan tinggi dalam ketiga kategori. Ketika Bambang jatuh sakit, dia dirawat oleh keluarga pihak istri, kemudian oleh keluarga saudara kandungnya, dan pada akhirnya dirawat oleh ibu dan ayahnya. Semuanya merawatnya dengan baik,

namun ketika Bambang sudah mulai memunculkan perilaku aggresivitas yang tinggi, pihak keluarga merasa perlu untuk membawanya ke rumah sakit. Tetangga dari kampungnya memainkan peran yang penting dalam membawa Bambang ke rumah sakit. Ketika Bambang mulai sembuh membangun sebuah rumah baru yang berdekatan dengan rumah mertuanya. Kakak iparnya ikut membantu membangun rumah tersebut. Bambang juga mampu dengan mudah kembali ke pekerjaan awalnya di pabrik aluminium yang terletak di kampung orang tuanya. Hal ini dapat terlaksana karena ada dukungan dari pemilik pabrik dan para rekan kerjanya.

Tabel 3 juga menunjukkan bahwa hanya Sri yang memperoleh dukungan pada taraf sedang dari keluarga inti, sedangkan semua partisipan mendapat dukungan tinggi. Joko misalnya, sangat mengakui pentingnya peran dukungan dari istrinya ketika ia sakit. Selain dalam wawancara, hal tersebut juga terungkap dalam Tes SCT. Ia menulis: "Saya senang ketika istri saya membantu saya dalam keadaan sulit, dia selalu memberikan nasehat dan saran."

Gambaran yang lebih beragam terlihat pada kategori dukungan keluarga besar dan dukungan tetangga. Misalnya Priyo merasa bahwa orang tuanya, yang keduanya bekerja di sawah, sangat mendukungnya. Pada tes SCT dia menuliskan: "Saya rasa ayah saya selalu membantu saya dalam

Tabel 3
Sistem dukungan keluarga dan sosial³

No.	Nama samaran	Dukungan Keluarga Inti	Dukungan Keluarga Besar	Dukungan tetangga
1	Wati	Tinggi	Tinggi	Tinggi
2	Rima	Tinggi	Sedang	Tinggi
3	Budi	Tinggi	Tinggi	Sedang
4	Sri	Sedang	Sedang	Sedang
5	Endang	Tinggi	Sedang	Sedang
6	Priyo	Tinggi	Rendah	Sedang
7	Wulan	Tinggi	Sedang	Tinggi
8	Bambang	Tinggi	Tinggi	Tinggi
9	Joko	Tinggi	Sedang	Sedang

pelajaran sekolah dan membimbing saya dalam urusan agama, dan ibu saya seringkali membantu saya dalam urusan rumah tangga.” Namun, paman Priyo, yang tinggal berdekatan dengan rumah ayahnya, dianggap tidak banyak memberikan dukungan. Akibatnya Priyo dan keluarganya lebih memilih meminta bantuan kepada tetangga daripada kepada pamannya sendiri.

Pada kasus Joko, pihak keluarga nuklir sangat mendukung. Namun, pihak keluarga besar Joko hanya memberi dukungan di tingkat sedang, karena hanya pihak keluarga besar dari istrinya yang memberikan dukungan emosional dan finansial, sedangkan pihak keluarga besarnya sendiri acuh tak acuh terhadap permasalahannya. Pihak tetangga Joko memberi berbagai ragam sikap. Menurut istri Joko, beberapa diantara tetangga tidak memberi dukungan positif sama sekali, bahkan mencemoohkan. Namun Joko sendiri merasa memperoleh dukungan

yang besar dari jemaah masjid ketika dia melampui proses kesembuhan.

Pembahasan di atas menunjukkan bahwa baik keluarga nuklir, keluarga besar maupun pihak tetangga memberikan dukungan dari tingkat sedang sampai tinggi. Hasil tersebut konsisten dengan berbagai penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa keluarga di negara berkembang cenderung lebih menunjukkan sikap toleransi dan mendukung terhadap mereka yang mengalami gangguan mental (Waxler, 1976; Guarnaccia, 1992). Penemuan saya ini dapat menjadi informasi penting seperti yang disarankan oleh peneliti sebelumnya (Cohen, 1992; Browne, 1999; Hopper dan Wanderling, 2000; Hopper, 2004). Mereka pada umumnya menyatakan perlunya dilakukan lebih banyak penelitian etnografis untuk memberi gambaran mengenai lingkungan sosial dan dukungan keluarga pada pen-

² Tabel ini disusun berdasarkan hasil pengamatan lapangan

derita gangguan mental di negara berkembang.

Tiga Aspek Praktek Ngemong

Sebagian besar keluarga partisipan menekankan pentingnya praktek *ngemong* dalam memberikan dukungan pada penderita gangguan mental. Sebagaimana yang sudah ter jelaskan pada bagian awal dari paper ini, *ngemong* merupakan cara khusus memperlakukan anak sehingga mereka merasa *tentrem* (tenang dan damai). Dalam penelitian mengenai cara keluarga Jawa menanggapi pasien dengan gangguan mental, Zaumseil dan Lessman (1995) menemukan pentingnya sikap *ngemong* yang diberikan oleh anggota keluarga kepada penderita. Namun penelitian tersebut hanya menekankan pada nilai-nilai ideal pada *ngemong*. Dalam penelitian ini, berdasarkan observasi lapangan, saya mengidentifikasi tiga ciri utama dari *ngemong* sebagaimana yang dilaksanakan oleh pihak anggota keluarga.

Ciri pertama *ngemong* adalah menunjukkan sikap yang toleran dan tidak mencela. Misalnya ayah Rima menyatakan bahwa ketika Rima sedang sakit maka dia akan merawatnya dengan lemah-lembut. Seluruh anggota keluarga berusaha menjaga perasaan Rima, jangan sampai marah atau merasa tertekan. Dari beberapa kali pertemuan, saya meperhatikan bahwa kakak laki-laki Rima selalu berusaha memperlakukannya dengan lembut dan dengan

penuh kehangatan. Ketika Rima menunjukkan perilaku yang tidak wajar selama wawancara sedang berlangsung, kakaknya merangkul Rima dengan lembut untuk menenangkannya. Keluarganya juga membiarkan Rima memasang poster-poster yang dibelinya di pasar desa. Ayahnya juga menunjukkan sikap toleran dengan membiarkan Rima membuat gambar-gambar di tembok, walaupun tembok itu baru saja dicat.

Pada kasus Joko, istri Joko menceritakan bahwa pada awal munculnya gangguan mental Joko seringkali memukul istrinya dan anak-anaknya. Istrinya menanggapiya secara toleran. Istri Joko mengakui bahwa hal itu sangat sulit untuk diterima, namun dia selalu belajar untuk bersabar, sambil terus berdoa di malam hari. Serupa dengan hal tersebut, istri Bambang menyatakan betapa sulitnya me-*ngemong* suaminya ketika dia menunjukkan perilaku yang tidak wajar.

Ciri kedua *ngemong* adalah sikap tidak banyak menuntut. Hal tersebut paling jelas terlihat dalam keluarga Priyo. Ayah Priyo menyatakan bahwa dia bersikeras bahwa anaknya tidak perlu bekerja di sawah ataupun melakukan pekerjaan rumah tangga. Bahkan ketika Priyo sudah lulus SMA, ayahnya tidak menuntut agar Priyo harus mencari pekerjaan sebagaimana pemuda lain di desanya. Pada kasus Wulan, orang tuanya tidak menuntut agar dia kembali bersekolah kalau sudah sembuh. Orangtuanya menjaga agar

Wulan tidak *kagol* (kecewa berat) lagi sebagaimana terjadi sebelumnya ia sakit.

Ciri ketiga dari *ngemong* adalah pemenuhan kebutuhan para partisipan. Hal ini paling jelas ditunjukkan oleh keluarga Rima. Pada salah satu kunjungan saya ke rumahnya saya sedang wawancara dengan ayahnya, tiba-tiba Rima datang bersama kakak lakinya. Kata kakaknya ia baru saja mengajak Rima ke pasar untuk membeli kalung yang diinginkan Rima. Pada kunjungan yang lain, ayah Rima menyatakan bahwa dia baru saja membeli sepeda motor tua untuk memenuhi permintaan Rima, walaupun ayahnya harus menjual seekor sapi yang tinggal satu-satunya. Serupa dengan keadaan di atas, Wulan meminta kepada orangtuanya agar dia segera dinikahkan dengan seorang pemuda yang melamarnya. Menurut ibunya, Wulan terlalu muda untuk menikah karena masih berusia 17 tahun. Sebenarnya dia ingin agar Wulan mendapatkan pekerjaan terlebih dahulu. Ayah Wulan menjelaskan pada saya bahwa setelah berdiskusi lama dengan calon suami dan keluarganya, akhirnya dia menyetujui pernikahan mereka, asalkan kedua belah pihak keluarga bersedia *ngemong* pengantin baru.

Jadi, ide pokok yang mendasari sikap *ngemong* adalah sebuah sikap toleran dan penerimaan yang positif atas perilaku agresif dan impulsif. Hal ini sesuai dengan penelitian Zaumseil dan Lessman (1995) yang mengungkapkan

bahwa seluruh anggota keluarga penderita gangguan mental menekankan pentingnya *ngemong*. Kedua peneliti ini selanjutnya menyarankan agar keluarga yang memiliki anggota keluarga penderita gangguan mental dapat bersikap toleran, penuh perhatian dan penuh kasih sayang. Mereka menekankan agar keluarga tidak menunjukkan sikap mencela, menyalahkan, dan bermusuhan pada penderita gangguan mental dalam keluarga Jawa. Namun Browne (1999) mendapatkan hasil yang berbeda. Dia mengidentifikasi beberapa keluarga penderita gangguan mental yang justru menunjukkan sikap mencela dan permusuhan.

Dalam penelitian ini saya menemukan kedua tendensi tersebut. Anggota keluarga menekankan pentingnya sikap *ngemong* dalam mempercepat proses penyembuhan. Namun saya juga menyaksikan bagaimana beberapa keluarga menunjukkan sikap mencela dan permusuhan yang tinggi. Jadi, keluarga Jawa lebih kompleks dan beragam dibandingkan dengan citra ideal keluarga dalam negara berkembang yang dikatakan selalu bersikap toleran dan mendukung.

Diskusi

Penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya bahwa beban psikologis dan penderitaan tidak hanya dirasakan oleh keluarga pengasuh penderita schizofrenia yang telah mengalami gangguan mental dalam jangka panjang.

Para keluarga yang merawat penderita psikosis episode pertama, yang masih baru beberapa bulan sakit, ternyata juga harus melakukan berbagai strategi *coping* (Tennakon dan kawan-kawan, 2000). Salah satu dampak yang paling menyusahkan bagi keluarga adalah adanya stigma sosial, khususnya berkaitan dengan urusan pernikahan.

Dari penelitian ini saya mengungkap beragamnya tingkat dukungan keluarga dan dukungan sosial. Pada umumnya dukungan tinggi ditunjukkan oleh keluarga nuklir, sementara tingkat dukungan oleh keluarga besar dan pihak tetangga (dukungan sosial) cukup beragam.

Konsep *ngemong* sangat penting sebagai salah satu bentuk dari dukungan keluarga. Konsep ini berangkat dari praktek cara membesarkan anak pada keluarga Jawa pada umumnya, kemudian diterapkan oleh keluarga penderita gangguan psikotis. Data yang saya kumpulkan menegaskan pentingnya prinsip *ngemong* dalam pencegahan kambuhnya penyakit. Sikap toleran, tidak mencela dan tidak menuntut yang ditunjukkan dalam konsep *ngemong* sejalan dengan kriteria *Expressed Emotion* yang rendah, yang telah diketahui sebagai salah satu faktor yang dapat mencegah kekambuhan dari gangguan schizophrenia.

Lebih jauh lagi penelitian ini juga mengungkapkan bahwa konsep *ngemong* digunakan tidak terbatas pada pengasuhan anak atau anggota keluarga yang

mengalami gangguan. Prinsip dasar dari *ngemong* adalah menghadapi seseorang dimana perilakunya menyerupai seorang anak. Misalnya, seorang suami mungkin akan *ngemong* istrinya yang memiliki banyak tuntutan, atau seorang anak perempuan dewasa harus *ngemong* ibunya yang impulsif. Konsep ini juga dapat diterapkan pada lingkup masyarakat yang lebih luas. Seorang kepala desa harus *ngemong* warganya agar konflik tidak timbul diantara mereka.

Daftar Pustaka

- Browne, K. O. (1999). *Landscapes of Desire and Violence: Storied Selves and Mental affliction in Central Java, Indonesia*. Unpublished Dissertation, University of Wisconsin - Madison.
- Cohen, A. (1992). Prognosis for schizophrenia in the third world: A re-evaluation of cross-cultural research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, 53-75.
- Garcia, J. I. R., Chang, C. L., Young, J. S., Lopez, S. R., dan Jenkins, J. H. (2006). Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 624-631.
- Geertz, H. (1961). *The Javanese Family: A Study of Kinship and Socialization*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Good, B. J. dan Subandi, M. A. (2004). Experiences of psychosis in Javanese

- culture: Reflections on a case of acute, recurrent psychosis in contemporary Yogyakarta, Indonesia. In J. H. Jenkins and R. J. Barrett (eds.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (pp. 167-195). Cambridge: Cambridge University Press.
- Guarnaccia, P. J., Parra, P., Deschamps, A., Milstein, G., dan Argiles, N. (1992). *Si Dios Quiere*: Hispanic families' experience of caring for a seriously mentally ill family member. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(2), 187-216.
- Guarnaccia, P. J. (1998). Multicultural experience of family care giving: A study of African American, European American, and Hispanic American families. *New Directions for Mental Health Services*, 77, 45-61.
- Guinness, P. (1986). *Harmony and Hierarchy in Javanese Kampung*. Singapore, New York: Oxford University Press.
- Hatfield, A.B. (1979). Help seeking behaviour in families of schizophrenics. *American Journal of Community Psychology*, 7, 563-569.
- Hopper, K. (2004). Interrogating the meaning of "culture" in the WHO international studies of schizophrenia. In J. H. Jenkins dan R. J. Barrett (Eds.), *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience* (pp. 87-109). Cambridge: Cambridge University Press.
- Hopper, K., dan Wanderling, J. (2000). Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia: Result from ISOs, the WHO collaborative follow-up project. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 835-846.
- Ip, G., dan Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The experiences of family carers in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 288-294.
- Jenkins, J. H., dan Karno, M. (1992). The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 9-20.
- Keeler, W. (1987). *Javanese Shadow Plays, Javanese Selves*. New Jersey: Princeton University Press.
- Lefley, H. P. (1987). The family response to mental illness in a relative. In A. B. Hatfield (Ed.), *Families of the mentally ill: Meeting the challenge*. *New Directions for Mental Health Services*, 34, 3-21.
- Lefley, H. P. (1996). *Family Caregiving in Mental Illness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Marsh, D. T. (1992). *Families and Mental Illness: New Directions in Professional Practice*. New York: Praeger.
- Marsh, D. T., dan Johnson, D. L. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. *Professional Psychology, Research and Practice*, 28(3), 229-237.
- McConachie, H., dan Waring, M. (1997). The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES):

- Direction for Use. In I. Sclare (Ed.), *Child Psychology Portfolio: Parental Coping and Support* (pp. 11-18). Windsor, Berkshire, UK: NFER-Nelson.
- Mulder, N. (1994). *Individual and Society in Java: A Cultural Analysis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Ostman, M., dan Hansson, L. (2001). The relationship between coping strategies and family burden among relatives of admitted psychiatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 159-164.
- Pejlert, A. (2001). Being parent of adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parent's narratives. *Health and Social Care in the Community*, 9(4), 194-204.
- Redko, C. (2003). Religious construction of a first episode of psychosis in Urban Brazil. *Transcultural Psychiatry*, 40(4), 507-530.
- Rungreangkulkij, S., dan Chesla, C. (2001). Smooth a heart with water: Thai mothers care for a child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 120-127.
- Scazufca, M., dan Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 174, 154-158.
- Schulze, B., dan Angermeyer. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science dan Medicine*, 56, 299-312.
- Shiraisi, S. S. (1997). *Young Heroes: The Indonesian Family in Politics*. Ithaca, New York: Southeast Asia Program Publications, Cornell University.
- Subandi, M.A. 2007. Takut, Bingung dan Teror: Dimensi Psikokultural dalam Pengalaman Psikotik. *Jurnal Psikologi*, 34(1):40-54
- Tennakoon, L., Fannon, D., Doku, V., O' Ceallaigh, S., Soni, W., Santamaria, M., Kuipers, E., dan Sharma, T. (2000). Experience of care giving: Relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 529-533.
- Waxler, N. E. (1979). Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167(3), 144-158.
- Weiss, M. G., Jadhav, S., Raguram, R., Vounatsou, P., dan Littlewood, R. (2001). Psychiatric stigma across culture: Local validation in Bangalore and London. *Anthropology dan Medicine*, 8(1), 71-87.
- Zaumseil, M., dan Lessmann, H. (1995). *Dealing with Schizophrenia in Central Java*. http://www.fu-berlin.de/psychologie/klinische/java_99.pdf.