

BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN GANGGUAN JIWA BERAT

Kissa Bahari, Imam Sunarno, Sri Mudayatiningsih
Poltekkes Kemenkes Malang, Jalan Besar Ijen No 77 C Malang
E-mail : kissabahari@yahoo.com

Family Burden In Taking Care Of People With Severe Mental Disorders

Abstract: *The Purpose of this study to depth analysis of family burden in taking care of people with severe mental disorders. Research methods use qualitative with phenomenology design. Research location in Blitar city. Amount Participants are four-person, those are taken by purposive sampling. The result of these study is the family burden in taking care of people with severe mental disorders are three themes, 1) objective burden, 2) subjective burden, 3) iatrogenic burden. Conclusions family of people with severe mental disorders experience overload burden are three themes, consists of 1) objective burden 2) subjective burden, 3) iatrogenic burden. Recommend of these study are given of holistic, integrated, and continual social support from family, community, and government.*

Keywords: *burden of disease, family, severe mental disorder*

Abstrak: *Tujuan penelitian ini untuk analisis mendalam tentang beban keluarga dalam merawat orang dengan gangguan mental yang parah. Metode penelitian menggunakan kualitatif dengan desain fenomenologi. Lokasi penelitian di kota Blitar. Jumlah Peserta terdiri dari empat orang, diambil secara purposive sampling. Hasil dari penelitian ini adalah beban keluarga dalam merawat orang dengan gangguan mental yang parah adalah tiga tema, 1) beban objektif, 2) Beban subyektif, 3) Beban iatrogenik. Kesimpulan keluarga penderita gangguan mental berat mengalami beban obyektif, subjektif dan iatrogenik. Rekomendasi dari penelitian ini diberikan secara holistik, terpadu, dan terus menerus mendapat dukungan sosial dari keluarga, masyarakat, dan pemerintah.*

Kata kunci: *beban penyakit, keluarga, gangguan jiwa berat*

PENDAHULUAN

Gangguan jiwa berat atau disebut dengan psikotik/psikosa adalah suatu gangguan jiwa yang serius, yang timbul karena penyebab organik ataupun fungsional yang menunjukkan gangguan kemampuan berfikir, emosi, mengingat, berkomunikasi, menafsirkan dan bertindak sesuai dengan kenyataan, sehingga kemampuan untuk memenuhi tuntutan hidup sehari-hari sangat terganggu (Maramis, 2004). Hal yang sama dinyatakan Stuart & Laraia (2005) bahwa gangguan psikotik dapat mempengaruhi berbagai area fungsi individu meliputi fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan

emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional

Kompleksitas gejala yang ditimbulkan gangguan jiwa berat akan berdampak pada penurunan produktivitas seseorang pada seluruh sendi kehidupan dalam jangka waktu yang relatif lama, sehingga ketergantungannya sangat tinggi pada keluarga/orang lain. Ketidakproduktifan akan semakin lama dan berat apabila tidak mendapat penanganan dan dukungan yang baik dari keluarga atau masyarakat sekelilingnya. Kondisi inilah yang membuat kebanyakan masyarakat memberikan stigma negatif bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) sudah tidak berguna lagi, harkat dan martabat mereka dan keluarganya dianggap rendah.

Stigmatisasi ini memberikan satu beban psikologis yang berat bagi keluarga penderita gangguan jiwa. Schultz dan Angermeyer, 2003 dalam Subandi, (2008) menyebutkan stigmatisasi sebagai *penyakit kedua*, yaitu sebuah penderitaan tambahan yang tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga dirasakan oleh anggota keluarga. Dampak merugikan dari stigmatisasi ini adalah kehilangan *self esteem*, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu, yang akhirnya menyebabkan perilaku pencarian bantuan menjadi tertunda (Lefley, 1996 dalam Subandi, 2008). Stigmatisasi juga menyebabkan kepedulian masyarakat akan kesehatan jiwa sangat minim. Hal tersebut terbukti masih sering kita jumpai orang dengan gangguan jiwa berat ditelantarkan dan banyak berkeliaran di jalanan.

Kekurangpedulian masyarakat tersebut tentunya dapat berdampak pada semakin meningkatnya jumlah orang yang mengalami gangguan jiwa. Berdasar hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 prevalensi nasional gangguan mental emosional pada penduduk ≥ 15 tahun sudah sebesar 11,6%, di Jawa Timur sudah mencapai 12,3%. Adapun prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia 4-5 diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi DKI Jakarta (20.3 permil), dan di Jawa Timur 3,1 permil (Depkes, 2008). Jika penduduk Jawa Timur pada tahun 2010 mencapai 37.476.757 jiwa (BPS Jatim, 2010), maka penduduk Jawa Timur yang mengalami gangguan jiwa berat pada tahun 2014 diperkirakan lebih dari 116.000 orang.

Besarnya dampak yang ditimbulkan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) menyebabkan kemampuan dan beban keluarga dalam menyediakan sumber-sumber penyelesaian masalah (*coping resources*) semakin berat dan kompleks. Kompleksitas beban tersebut

disebabkan hambatan pasien dalam melaksanakan peran sosial, dan hambatan dalam pekerjaan. Hasil studi Bank Dunia pada tahun 2001 di beberapa negara menunjukkan hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* dari *Global Burden of Disease* sebesar 13% disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dari pada dampak yang disebabkan oleh penyakit tuberkulosis (2%), kanker (5%), penyakit jantung (10%), diabetes (1%) (WHO, 2003). Tingginya persentase tersebut menunjukkan bahwa beban terkait masalah kesehatan jiwa paling besar dibandingkan dengan masalah kesehatan atau penyakit kronis lainnya. Beban yang dapat ditimbulkan meliputi beban obyektif, beban subyektif, dan beban iatrogenik (Mohr, 2006).

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 menyakitkan, menghancurkan, penuh 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 dimasa depan karena penderita tidak mampu mencapai apa yang di cita-citakan) (Lefley, 1987; Marsh dan Johnson, 1997 dalam Subandi, 2008).

Beberapa penelitian lain melaporkan tentang tingginya beban yang berhubungan dengan perawatan terhadap anggota keluarga dengan

gangguan jiwa. Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa menimbulkan stress yang sangat besar. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari gangguan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama, anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran, dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah (Gibbons *et al.*, 1963 dalam McDonell *et al.*, 2003). Perasaan dan ketakutan keluarga berdampak pada kurangnya partisipasi keluarga dalam perawatan dan penerimaan yang rendah. Sikap keluarga tersebut justru kontra produktif dengan upaya kesembuhan pasien, sehingga tidak heran apabila realitasnya pasien dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia tingkat kekambuhannya sangat tinggi. Kondisi ini berakibat masyarakat awam memandang salah bahwa gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan.

Berdasarkan hal tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi untuk menggali beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat. Penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi penting untuk dilakukan guna memahami suatu fenomena dengan baik. Metode fenomenologi adalah mempelajari kesadaran dan perspektif pokok individu melalui pengalaman subjektif atau peristiwa hidup yang dialaminya (Polit & Hungler, 2001).

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis secara mendalam beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat, yang meliputi beban materiil (beban obyektif), beban mental (beban subyektif), dan beban keluarga yang disebabkan karena kurang terjangkau atau bermutunya pelayanan kesehatan jiwa (beban iatrogenik).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah *qualitatif research* dengan desain studi fenomenologi. Partisipan penelitian ini adalah keluarga dengan klien gangguan jiwa berat di kota Blitar sejumlah 4 orang berasal dari suku Jawa. Teknik pengambilan partisipan secara *purposive sampling*, dengan kriteria partisipan: Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat minimal selama 6 bulan, telah tinggal bersama anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat minimal selama tiga bulan pada saat penelitian dilakukan, tidak mengalami gangguan wicara, gangguan pendengaran yang parah, gangguan memori, dan tidak mengalami gangguan jiwa yang dapat menyulitkan proses wawancara, dan mampu berkomunikasi lisan dengan baik.

Teknik pengumpulan data secara triangulasi dengan cara wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumenter. Alat pengumpul data saat wawancara adalah dengan menggunakan *voice recorder*, panduan wawancara dan *field note*, serta peneliti sendiri. Observasi dilakukan untuk mengetahui respon nonverbal dan kondisi fisik partisipan. Studi dokumenter untuk mengetahui diagnosa gangguan jiwa yang dialami anggota keluarga.

Pengumpulan data diawali dengan rekrutmen partisipan sesuai dengan kriteria, selanjutnya meminta kesediaan menjadi partisipan, dan menandatangani lembar *informed consent*. Kemudian menjelaskan metode wawancara dan pencatatan lapangan yang akan dilakukan dalam penelitian.

Pertemuan pertama peneliti dengan partisipan untuk membina hubungan saling percaya, dengan saling mengenal lebih jauh antara peneliti dan partisipan. Hal ini bertujuan untuk saling membuka diri dan partisipan merasa nyaman berkomunikasi dengan peneliti, sehingga pada akhirnya akan diperoleh data yang lengkap sesuai dengan tujuan penelitian. Selain itu peneliti juga mengumpulkan data demografi/ biodata

partisipan, dan membuat kesepakatan waktu pelaksanaan wawancara pertemuan berikutnya.

Proses pengumpulan data dilakukan pada pertemuan kedua, dengan melakukan wawancara di rumah partisipan. Selama proses wawancara peneliti mencatat semua perilaku non-verbal yang ditunjukkan oleh partisipan ke dalam catatan lapangan. Waktu yang dibutuhkan untuk setiap wawancara terhadap masing-masing partisipan adalah sesuai dengan kesepakatan. Pada akhir pertemuan peneliti memperlihatkan transkrip hasil wawancara.

Proses keabsahan data merupakan validitas dan reliabilitas dalam penelitian kualitatif. Hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Speziale & Carpenter, 2003). Teknik yang dilakukan untuk membuktikan keakuratan penelitian yaitu: *Credibility*, *Dependability*, *Confirmability*, dan *Transferability*.

Analisis data yang digunakan adalah menurut metode Colaizzi (1978 dalam Polit & Beck, 2004), meliputi langkah-langkah: 1) Membaca transkrip secara seksama, 2) Mengidentifikasi kata kunci yang muncul, 3) Mengelompokkan kata-kata kunci dalam kategori-kategori, 4) Mengelompokkan kategori-kategori dalam suatu tema, 5) Memformulasikan tema-tema yang muncul dari kategori, 6) Membuat kluster tema (koneksi diantara kategori-kategori dan tema-tema), 7) Mengintegrasikan hasil analisis kedalam deskripsi atau penjabaran yang lengkap.

Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Dinkes kota Blitar pada bulan Nopember 2014.

HASIL PENELITIAN

Diskripsi gambaran umum partisipan berserta anggota keluarga yang dirawat dapat dilihat pada tabel 1.

Beban obyektif yang dialami oleh keluarga dengan gangguan jiwa berat terdiri dari 4 kategori yaitu beban dalam membantu kebutuhan dasar,

biaya perawatan sehari-hari, kebutuhan pengobatan, tempat tinggal, dan penanganan saat kambuh.

Kebutuhan dasar yang harus dipenuhi keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berat secara umum partisipan menyampaikan bahwa kebutuhan yang harus dipenuhi adalah makan, minum, mandi, pakaian, membersihkan kotoran dan air kencing.

Beban keluarga lainnya adalah biaya perawatan sehari-hari bagi penderita. Keluarga sebagian besar mengungkapkan kesulitan biaya, dikarenakan kondisi ekonomi yang kurang dan sudah merawat anggota keluarga puluhan tahun. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari penderita keluarga berusaha bekerja semampunya dan seadanya. Upaya lain keluarga adalah dengan menyisakan kekayaan yang masih dipunyai dan berusaha menghemat.

Beban materiil keluarga berikutnya adalah memberikan pengobatan pada penderita. Pengobatan berusaha dipenuhi keluarga semampunya agar anggota keluarga yang sakit tidak kambuh. Pengobatan diperoleh dari Puskesmas yang setiap bulannya atau apabila habis diambil keluarga.

Penanganan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami kekambuhan juga menjadi beban. Upaya yang dilakukan keluarga dengan cara yang bervariasi yaitu: 1) diam saja sambilmengawasi jangan sampai merusak barang, 2) berusaha menenangkan jangan sampai merusak barang-barang, 3) melakukan pengikatan, 4) membawa ke RSJ, dan 5) pengobatan alternatif.

Beban berikutnya adalah penyediaan tempat tinggal bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Cara yang dilakukan keluarga adalah diletakkan di kamar/gubuk tersendiri dibelakang rumah, dengan tujuan agar tidak mengganggu keluarga yang lain.

Tabel 1. Gambaran Umum Partisipan

Biodata Partisipan		Diskripsi Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa
Kode	: P1	Kondisi Anggota keluarga P1 dengan perilaku marah-marah melempar-lempar barang, bicara kasar, membuang, merusak benda-benda yang ada di sekitarnya, dirawat dalam kamar dan dikunci, pasien tidak bisa berjalan, lama gangguan jiwa 30 th.
Jenis Kelamin	: Perempuan	
Usia	: 74 th	
Suku	: Jawa	
Pekerjaan	: tidak kerja	
Pendidikan	: Tidak sekolah	
Hubungan Keluarga Lama Merawat	: ibu : 30 th	
Kode/Initial	: P2	Kondisi anggota keluarga P2 pendiam, sering berada didalam kamar, rambutnya panjang, bajunya lusuh. Kadang-kadang sering keluar rumah untuk beli rokok atau jajan sambil berbicara sendiri, tidak pernah melukai, menyakiti atau mengancam.
Jenis Kelamin	: Laki-laki	
Usia	: 50 th	
Suku	: Jawa	
Pekerjaan	: Tukang becak	
Pendidikan	: SD	
Hubungan Keluarga Lama Merawat	: Kakak : 30 th	
Kode	: P3	Kondisi anggota keluarga P3 mengalami gangguan jiwa lebih dari 20 tahun, perilaku saat kambuh marah, makanan maupun minuman dicampur menjadi satu sama kotoran dan 'diorat-arit' sambil berteriak-teriak mengeluarkan kata kotor (<i>misoh</i>) sambil memaki-maki pada semua orang yang ada didekatnya. Kadang-kadang lepas berjalan tanpa arah menelusuri parit atau sungai. Setiap ada orang yang berbicara dan tertawa maka dia makin marah. Biasa mengumpulkan sampah dan menaruh sampah-sampah itu dirambutnya sampai rambutnya penuh sampah, menyanyi sendiri, berbicara sendiri. Pasien suka merusak asbes dan berdiri menjulurkan kepalanya di sela-sela asbes yang pecah untuk melihat situasi luar.
Jenis Kelamin	: Laki-laki	
Usia	: 65 th	
Suku	: Jawa	
Pekerjaan	: Petani	
Pendidikan	: SMA	
Hubungan Keluarga Lama Merawat	: Kakak Ipar : 20 th	
Kode	: P4	Kondisi anggota keluarga P4 kurang lebih 1 tahun menderita kelainan mental. Perilaku yang ditunjukkan oleh anggota keluarga saat kambuh kadang-kadang diam namun kadang agresif, suka melempar semua barang yang ada disekitarnya dan kadang-kadang lari keluar rumah dan bergulung-gulung di tanah sambil teriak-teriak sesuka hatinya. Jika diberitahu oleh tetangga disuruh minggir dari jalan raya masih menurut, sulit diajak komunikasi.
Jenis Kelamin	: Laki-laki	
Usia	: 46 th	
Suku	: Jawa	
Pekerjaan	: Buruh	
Pendidikan	: SD	
Hubungan Keluarga Lama Merawat	: Ayah : 1 th	
		Kondisi anggota keluarga P4 yang lain yang juga mengalami gangguan jiwa saat kambuh banyak diam sendiri dan tidak bisa diajak komunikasi (bicara tidak nyambung).

Dukungan sosial pada keluarga berasal dari saudara, tetangga, dan pemerintah. Dukungan dari saudara yang diperoleh keluarga adalah dari anak, istri, menantu atau anggota keluarga yang lain. Dukungan berupa bantuan makanan dan tenaga untuk membersihkan kotoran penderita. Dukungan dari tetangga berupa makanan seadanya namun tidak setiap hari ada. Terdapat satu partisipan tidak ada orang sekitar/tetangga yang membantunya. Adapun dukungan dari instansi pemerintah berupa bantuan uang dari tempat bekerja penderita sebelum sakit, bantuan langsung tunai dari pemerintah, bantuan pengobatan gratis dari Puskesmas setiap bulan. Namun menurut keluarga dirasakan masih kurang dan mengharapkan bantuan yang lebih dalam memberikan biaya hidup, pengobatan bagi keluarga yang sakit, dan sembako secara rutin.

Beban subyektif atau beban mental yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa terdapat 3 kategori yaitu bermacam-macam perasaan keluarga, sikap masyarakat, dan sikap petugas kesehatan.

Perasaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang gangguan jiwa mengalami perasaan tidak menyenangkan yang bercampur aduk yaitu 1) merasa berat menanggung, terlebih kondisi ekonomi/penghasilan keluarga yang sangat kurang, 2) merasa bosan, 3) perasaan sabar dan tabah, 4) khawatir/cemas, 5) perasaan takut melukai, 6) perasaan sedih, 7) perasaan malu pada tetangga terutama saat kambuh.

Sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga cenderung memaklumi, namun terdapat sebagian masyarakat yang tidak peduli.

Sikap tenaga kesehatan secara umum sudah ada perhatian namun belum jelas seberapa intensif petugas kesehatan memberikan perhatian. Bentuk perhatian tenaga kesehatan berupa kunjungan ke rumah, memberikan saran untuk mengambil obat ke Puskesmas setiap akhir bulan atau bila sudah habis.

Beban iatrogenik yang dialami keluarga terdiri dari 3 kategori yaitu keterjangkauan pelayanan kesehatan jiwa, fasilitas kesehatan jiwa dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa.

Keterjangkauan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan di RSJ terbentur pada masalah biaya. Hal tersebut dikarenakan jaraknya yang terlalu jauh yaitu berobat ke RSJ Lawang atau RSJ Menur Surabaya. Sehingga membutuhkan biaya transportasi yang cukup banyak. Sedangkan layanan kesehatan jiwa di Puskesmas sudah terjangkau namun hanya untuk mengambil obat saja.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal (puskesmas) secara umum partisipan menyatakan belum memadai atau belum sesuai harapan keluarga karena puskesmas belum menyediakan tempat untuk merawat pasien gangguan jiwa terutama bila kambuh.

Pandangan keluarga terhadap kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara umum menyatakan pelayanan/pengobatan yang diberikan belum memuaskan karena menurut keluarga pengobatan yang sudah bertahun-tahun dilakukan belum bisa menyembuhkan, masih tetap kambuhan.

PEMBAHASAN

Bantuan pemenuhan kebutuhan dasar pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa berat yang harus dipenuhi adalah kebutuhan makan, minum, mandi, pakaian, membantu buang air besar, buang air kecil, kebersihan tempat tidur. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Carpenito, (2007) bahwa keadaan individu yang mengalami kerusakan fungsi kognitif, menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri (makan, mandi atau hygiene, berpakaian atau berhias, *toileting*, instrumental). Hal senada juga disampaikan Mukhrimah, (2008) Kurangnya perawatan diri

pada pasien gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun, seperti ketidak mampuan merawat kebersihan diri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan toileting (Buang Air Besar atau Buang Air Kecil). Sedangkan menurut Depkes (2000) penyebab kurang perawatan diri salah satunya adalah Kemampuan realitas turun, kemampuan realitas yang kurang, menyebabkan ketidak pedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.

Kebutuhan biaya perawatan sehari-hari, sebagian besar mengungkapkan kesulitan biaya, terlebih kondisi ekonomi/ penghasilan keluarga yang minim. Hasil tersebut sesuai dengan pendapat Videbeck, (2008) yang menyatakan bahwa Gangguan jiwa akan menimbulkan beban berat bagi keluarga, baik mental maupun materi karena penderita tidak dapat lagi produktif. Pendapat lain mengatakan perawatan kasus psikiatri mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang. Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya (Djarmiko, 2007). Kondisi seperti itu tentunya membuat keluarga bekerja keras dengan segala upaya untuk memenuhi kebutuhannya, serta berusaha menyisihkan kekayaan yang masih dipunyai dan bersikap hemat.

Beban berikutnya adalah dalam pemenuhan kebutuhan pengobatan agar keluarga tidak kambuh. Orang dengan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia membutuhkan pengobatan yang relatif lama sebagaimana yang dipaparkan Andri, (Februari, 2012) yang menyatakan bahwa skizofrenia pada episode pertama kali mengalami gangguan jiwa biasanya memerlukan pengobatan minimal satu tahun. Hal ini untuk mencegah keberulangan kembali penyakit ini. Kebanyakan

pasien skizofrenia tidak langsung mendapatkan pengobatan yang sesuai saat pertama kali mengalami sakit ini. Banyak pasien yang sebelumnya melakukan terapi alternatif terlebih dahulu. Lamanya mendapatkan pertolongan pada pasien skizofrenia berhubungan dengan baik dan buruknya harapan kesembuhan pada pasien ini. Pada beberapa kasus pasien dengan gangguan skizofrenia sering kali kambuh karena sering menghentikan pengobatan. Hal ini disebabkan karena pasien sering merasa tidak sakit dan akhirnya tidak mau berobat. Inilah salah satu kendala terbesar berhadapan dengan pasien skizofrenia, ketiadaan kesadaran bahwa dirinya sakit membuat pengobatan menjadi sangat sulit dilakukan. Peran keluarga sangat diperlukan agar pasien patuh makan obat sesuai aturan.

Pada beberapa kasus skizofrenia yang sudah kambuhan, pengobatan seumur hidup adalah pilihan yang paling disarankan. Pilihan pengobatan seumur hidup tentunya dengan memperhatikan kondisi pasien. Banyak pasien yang bisa kembali mencapai kualitas hidupnya yang baik dengan minum obat.

Beban keluarga berikutnya adalah penanganan saat anggota keluarga dengan gangguan jiwa kambuh. Cara yang dilakukan keluarga bervariasi ada yang mendiamkan saja dan mengawasi jangan sampai merusak barang-barang, melakukan pengikatan, dibawa ke RSJ, dan melalui usaha pengobatan alternatif. Berbagai macam cara ini menunjukkan kebingungan cara dan mengalami tekanan dalam memberikan penanganan, sebagaimana pendapat Kristayanti, (2009) saat kambuh pasien skizofrenia dapat muncul gejala halusinasi dan delusi, penyimpangan dalam hal berpikir dan berbicara, penyimpangan tingkah laku, masalah pada afek dan emosi serta menurunnya fungsi kognitif. Selain itu, pasien seringkali memiliki gagasan bunuh diri atau membunuh orang lain, pasien yang karena kegelisahannya dapat membahayakan dirinya atau lingkungannya,

menolak makan atau minum sehingga membahayakan kelangsungan hidupnya, dan pasien menelantarkan diri, yaitu kondisi di mana pasien tidak merawat diri dan menjaga kebersihannya dengan mandiri, seperti makan, mandi, buang air besar (BAB), buang air kecil, dan lainnya. Perilaku-perilaku pasien tersebut menjadi beban tersendiri bagi keluarga, sehingga keluarga juga mengalami krisis dan mengalami tekanan.

Beban materiil keluarga yang lain adalah penyediaan tempat tinggal. Sebagian besar partisipan mengusahakan menempatkan penderita gangguan jiwa dikamar atau ruangan dibelakang rumah yang terpisah bahkan dengan diikat. Tindakan ini dilakukan keluarga demi keamanan keluarga yang lain dan masyarakat sekitar. Tempat tinggal orang dengan gangguan jiwa semestinya tidak perlu disendirikan, waspada boleh namun pengawasan dan perhatian keluarga serta penyediaan lingkungan tempat tinggal yang layak merupakan hak setiap orang termasuk penderita dengan gangguan jiwa. Sebagaimana yang diamanatkan UU no 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa pasal 68 hak orang dengan gangguan jiwa antara lain mendapatkan lingkungan yang kondusif bagi perkembangan jiwa. Lingkungan yang kondusif bagi ODGJ dapat menciptakan suasana lingkungan terapeutik yang dapat menenangkan kondisi mental seseorang.

Beban materiil yang terakhir adalah baik tidaknya dukungan sosial dari lingkungan sekitar. Dukungan yang diperoleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah berasal dari saudara atau anggota keluarga lain, tetangga, dan instansi pemerintah. Adanya dukungan sosial dari berbagai pihak dapat meringankan beban keluarga dalam membantu merawat anggota keluarga yang sakit. Dukungan sosial sangat bermanfaat dalam mengatasi masalah dan merupakan wujud rasa memperhatikan, menghargai, dan mencintai sebagaimana pendapat Cohen & Syme, (1996

dalam setiadi, 2008) bahwa Dukungan sosial merupakan suatu yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya sehingga seseorang menjadi tahu ada orang lain yang menghargai, mencintai, dan memperhatikan. Sebaliknya ketiadaan dukungan sosial dapat menyebabkan keluarga merasa berat dalam memikul beban dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Dukungan sosial ketika penderita membutuhkan merupakan langkah vital proses penyembuhan. Dukungan sosial yang dimiliki seseorang dapat mencegah berkembangnya masalah akibat tekanan yang dihadapi (Videbeck, 2008)

Beban subyektif atau beban mental keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa muncul tiga kategori yaitu perasaan keluarga, sikap masyarakat dan tenaga kesehatan pada keluarga. Perasaan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa mengeluh merasa berat, perasan bosan, perasaan sabar dan tabah, perasaan khawatir/cemas, takut, sedih, dan malu pada tetangga.

Munculnya berbagai perasaan yang tidak menyenangkan bagi keluarga juga hampir sama dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa dalam memberikan perawatan pada penderita gangguan jiwa, anggota keluarga mengalami beban psikologis yang sangat berat. Hal ini tercermin dalam beberapa istilah yang mereka gunakan untuk menggambarkan kondisi yang mereka alami, seperti sebagai *pengalaman yang traumatis, sebuah malapetaka besar, pengalaman yang menyakitkan, menghancurkan, penuh kebingungan, dan kesedihan yang berkepanjangan*' (Marsh, 1992; Pejler, 2001 dalam Subandi, 2008).

Sikap masyarakat sekitar terhadap keluarga sebagian besar partisipan menyatakan sikap masyarakat memaklumi, namun ada juga yang menyatakan masyarakat tidak peduli.

Sikap memaklumi masyarakat sekitar menunjukkan sikap toleran, kasihan dan pemahaman masyarakat akan beratnya beban yang dirasakan keluarga. Menurut Sears (1999) sikap penerimaan masyarakat pada penderita gangguan jiwa dipengaruhi oleh faktor-faktor budaya, adat istiadat, dan pengetahuan akan gangguan jiwa. Dari aspek budaya asumsi peneliti budaya lokal disekitar keluarga berlaku budaya *teposlir* atau sikap tidak ingin mengganggu orang lain termasuk pada penderita gangguan jiwa. Diantara faktor-faktor tersebut yang paling berpengaruh adalah faktor pengetahuan.

Sikap tenaga kesehatan menurut informasi partisipan secara umum sudah ada perhatian namun belum jelas seberapa intensif petugas kesehatan memberikan perhatian. Perhatian tenaga kesehatan ditunjukkan dengan adanya kunjungan petugas kesehatan ke rumah keluarga dengan gangguan jiwa untuk melakukan penyuluhan. Namun semestinya tidak hanya sebatas kegiatan tersebut. Perlu ada upaya proaktif dari petugas untuk merawat pasien. Sikap tersebut tentunya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan petugas tentang perawatan kesehatan jiwa. Berdasarkan informasi dari dinas kesehatan kota Blitar belum ada tenaga kesehatan yang berlatar belakang pendidikan dokter/ keperawatan jiwa. Menurut Sears (1999) sikap tenaga kesehatan pada penderita gangguan jiwa salah satunya dipengaruhi oleh faktor kemampuan penanganan gangguan jiwa.

Beban iatrogenik yang dialami keluarga terdiri dari 3 kategori yaitu kurang terjangkau pelayanan kesehatan jiwa, kurangnya fasilitas kesehatan jiwa dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa yang tidak sesuai dengan harapan keluarga.

Keterjangkauan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan rujukan (RSJ) secara umum terbentur pada masalah biaya. Biaya yang dibutuhkan untuk membawa keluarga berobat ke RSJ yang jaraknya jauh membutuhkan biaya tidak hanya sekedar untuk pengobatan dan biaya

perawatan tetapi juga biaya transportasi. Sebagaimana pendapat Djatmiko, (2007) Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya. Sedangkan untuk pelayanan di Puskesmas sudah terjangkau dikarenakan obat-obatan untuk penderita gangguan jiwa yang tersedia di Puskesmas diperoleh secara gratis.

Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan disekitar tempat tinggal (puskesmas) belum memadai atau belum sesuai harapan keluarga yaitu belum adanya tempat untuk merawat pasien gangguan jiwa. Pelayanan kesehatan jiwa yang ada hanya sebagai tempat pengambilan obat saja. Menurut Andri, (Feb, 2012) hal ini menunjukkan para profesional kesehatan pun melakukan diskriminasi pelayanan terhadap penderita gangguan jiwa, dimana secara tidak sadar juga melakukan stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa. Kondisi kurangnya fasilitas pelayanan kesehatan jiwa tentunya dapat menghambat penanganan masalah kesehatan jiwa yang lebih bermutu.

Pandangan keluarga terhadap kualitas pelayanan kesehatan jiwa secara umum menyatakan pelayanan yang diberikan belum memuaskan karena pengobatan yang telah diperoleh belum bisa menyembuhkan keluarganya. Menurut perspektif keluarga bahwa yang dikatakan pelayanan memuaskan apabila sesuai dengan harapan keluarga yaitu pasien dapat disembuhkan seperti sedia kala dengan mengkonsumsi obat yang diperolehnya. Sebagaimana menurut Lovelock dan Wright (2005), kualitas pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan (*expected service*) dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan (*perceived service*) oleh pelanggan. Dalam pengukuran mutu pelayanan,

menurut Kotler (1997), harus bermula dari mengenali kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Hal ini berarti bahwa gambaran kualitas pelayanan harus mengacu pada pandangan pelanggan dan bukan pada penyedia jasa, karena pelanggan mengkonsumsi dan memakai jasa. Pelanggan layak menentukan apakah pelayanan itu berkualitas atau tidak.

PENUTUP

Kesimpulan hasil penelitian ini adalah Beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa ada tiga tema meliputi: 1) Beban obyektif, yaitu keluarga mengalami beban dalam pemenuhan kebutuhan dasar, biaya perawatan dan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan pengobatan, penanganan saat kambuh, penyediaan tempat tinggal, dan dukungan sosial. 2) Beban subyektif, yaitu keluarga mengalami berbagai perasaan yang kompleks yang tidak menyenangkan, menghadapi sikap masyarakat sekitar yang tidak peduli. Sikap negatif petugas kesehatan tidak ditemukan. 3) Beban iatrogenik, yaitu keluarga merasa keterjangkauan terhadap layanan kesehatan jiwa lanjutan (RSJ) kurang, sedangkan pelayanandi puskesmas sudah terjangkau. Ketersediaan fasilitas dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa dipelayanan kesehatan primer (puskesmas) dirasa masih kurang.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti menyampaikan beberapa saran yaitu 1) perlunya dikembangkannya program kesehatan jiwa masyarakat yang terpadu dengan melibatkan partisipasi masyarakat untuk peduli pada kesehatan jiwa dengan cara dibentuk kader kesehatan jiwa diwilayah setempat. 2) Dibentuknya sistem dukungan sosial yang terpadu melibatkan lintas sektor dan lebih berkesinambungan, misalkan dengan cara membentuk dana kesehatan bagi masyarakat miskin yang bersumber dari masyarakat setempat, dikelola oleh masyarakat, dan untuk

masyarakat, serta bekerjasama dengan dinas tenaga kerja untuk melatih bekerja kembali bagi eks ODGJ. 3) Dilakukannya penelitian lanjutan tentang sikap dan penerimaan tenaga kesehatan terhadap pelayanan pasien gangguan jiwa di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Andri, Feb. (2012). *Berobat ke psikiater berapa lama*. <http://kesehatan.kompasiana.com/kejiwaan/2012/02/11/berobat-ke-psikiater-berapa-lama-438365.html>
- BPS Jatim. (2010). Jawa Timur dalam angka. www.jatimprov.go.id. tanggal 2 Nopember 2013
- Depkes. (2008). Riset Kesehatan Dasar tahun 2007. Jakarta: Depkes RI
- Kristayanti. (2009). *Manajemen Stres bagi Keluarga Penderita Skizofrenia*. <https://lib.atmajaya.ac.id/default.aspx?tabID=61&src=k&id=159548>. tanggal 5 Desember 2014
- Lovelock and Wright, L. (2005). *Principles of Service Marketing and Management*, Second Edition, Prentice Hall, an imprint of Pearson Education, Inc
- Maramis, WF. (2004). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press
- McDonell, Short, Berry, And Dyck. (2003). Burden in schizophrenia caregiver: impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process*, Vol. 42, No 1, pg 91-103
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. (6 th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Mukhrifah, D (2008). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*, Bandung : PT. Refika Aditama.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7 th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

- Setiadi. (2008). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Speziale , H.J.S, & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitatif Research In Nursing* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing, (8th ed)*, St. Louis: Mosby.
- Subandi, A.M. (2008). *Ngemong: Dimensi Keluarga Pasien Psikotik di Jawa*. *Jurnal Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada*. Volume 35, No. 1, 62 – 79
ISSN: 0215-8884
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC
- WHO. (2003). *The world Health Report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diakses tanggal 2 Januari 2009