

MODEL STRES KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA DI PONOROGO

Sugeng Mashudi¹, Ririn Nasriati², Eky Octaviani³

¹Program Studi Ners, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhamamdiyah Ponorogo

^{2,3}Program Studi DIII keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhamamdiyah

ABSTRACT

Abstrak

Stres keluarga merupakan respons keluarga penderita skizofrenia yang dipersepsikan sebagai ancaman dan tantangan. Kejadian Skizofrenia tidak hanya berdampak pada penderita, namun berpengaruh pada anggota keluarga dan masyarakat sekitar. Faktor penderita dan faktor keluarga bisa menjadi prediktor stres keluarga penderita Skizofrenia. Sebanyak 90% penderita Skizofrenia yang tinggal bersama keluarganya akan memberikan dampak terhadap sosial ekonomi keluarga. Stres keluarga yang dipersepsikan sebagai ancaman akan menurunkan kualitas perawatan penderita Skizofrenia, sebaliknya stress keluarga yang dipersepsikan sebagai tantangan akan menjamin kestabilan kondisi penderita Skizofrenia. Penelitian ini bertujuan memprediksi model stress keluarga penderita Skizofrenia di Ponorogo. Populasi penelitian adalah keluarga yang anggota keluarga mengalami Skizofrenia yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Kesehatan Jiwa Ponorogo. Jenis penelitian ini adalah crosssectional, dengan teknik simple random sampling didapatkan sampel sebanyak 30 responden. Variabel independen penelitian adalah stigma, fungsi keluarga, dan kepatuhan minum obat. Data yang diperoleh melalui kuisioner yang telah dimodifikasi peneliti dan dilakukan uji validitas dan reliabilitas akan dianalisis dengan SMART PLS untuk mengetahui model stress keluarga penderita Skizofrenia di Ponorogo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa model stress keluarga tersusun atas kepatuhan minum obat dan stigma, sedangkan fungsi keluarga tidak menunjukkan nilai yang signifikan. Nilai koefisien stigma terhadap stress keluarga sebesar 0,278 artinya setiap kenaikan satu poin stigma akan mempengaruhi stress keluarga sebesar 0,278. Nilai koefisien kepatuhan minum obat terhadap stress keluarga sebesar 0,573 artinya setiap kenaikan satu poin kepatuhan minum obat akan menaikkan nilai stress keluarga sebesar 0,573. Perlu dilakukan penelitian lanjutan tentang model stress keluarga dengan melibatkan faktor lingkungan dan faktor petugas kesehatan sehingga tersusun model stres yang lebih kompleks

Keyword:

Usia,
Kehamilan,
Persalinan,
Tingkat Kecemasan

1. PENDAHULUAN

Penderita Skizofrenia yang kambuh merupakan beban bagi penderita, caregiver serta masyarakat (Suzuki, *et al.*, 2014). Caregiver yang merawat penderita dengan beragam penyakit kronis, menjadi pengalaman tersendiri karena setiap penyakit kronis terkait dengan munculnya kecacatan yang signifikan dan membutuhkan bantuan caregiver (Bolden, 2008). Caregiver tidak siap berperan dengan sedikit atau tanpa dukungan (National Alliance for Caregiving, 2006). Caregiver merasa kelelahan serta tidak bisa menangani semua tanggung jawab mereka (Center on an Aging Society, 2005). Meskipun gejala penyakit bervariasi, dalam jangka panjang caregiver sering melaporkan merawat penderita penyakit kronis

merupakan sebuah beban, mengalami depresi, cemas, dan menurunkan kesehatan fisik caregiver (Bolden, 2008). Hasil wawancara dengan saudara SN (perawat kesehatan jiwa) pada Desember 2018 menunjukkan bahwa keluarga yang jarang mengantar penderita ke puskesmas untuk berobat (tidak taat berobat) dikarenakan merasa putus asa (stres) terhadap perkembangan penderita. Keluarga yang stress cenderung tidak memberikan dukungan yang optimal pada penderita.

Peningkatan prevalensi gangguan jiwa akan diikuti oleh penambahan caregiver yang memberikan perawatan di rumah (Hwang, *et al.*, 2011). Kemampuan caregiver untuk memberikan perawatan tergantung

pada status kesehatan caregiver (Sadak, *et al.*, 2017). Namun demikian, caregiver sering mengabaikan kesehatan fisik dan mentalnya dengan memprioritaskan kesehatan penderita (Fonareva & Oken, 2014). Stress kronik dapat teridentifikasi sebagai faktor risiko utama dari buruknya kesehatan caregiver (Fonareva & Oken, 2014). Intervensi untuk mengurangi tingkat keparahan akan meningkatkan perbaikan pasien dan memperbaiki kualitas hidup caregiver (NAPA, 2016). Caregiver akan memberikan perawatan kepada pasangan, orang tua, maupun orang yang dicintainya dikarenakan penyakit kronis seperti skizofrenia (Sautter, *et al.*, 2015). Sehingga, pemahaman kehadiran caregiver oleh perawat di rumah menjadi sangat penting (Sautter, *et al.*, 2015).

Diperkirakan 43,5 juta orang Amerika memerlukan caregiver dengan durasi 19 jam per minggu (NACA, 2009). Sekitar 1% populasi di UK terdiagnosis skizofrenia (Smith, 2015). di Iran sekitar 7 juta penduduk menderita gangguan mental (Von, *et al.*, 2016). Prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia mencapai 1,7 per mil; 1-2 orang dari 1.000 penduduk di Indonesia mengalami gangguan jiwa berat (Risksesdes, 2013). Jawa Timur 1,4% (Depkes Jatim, 2013). Desa Paringan Ponorogo pada 2013 dari 5980 penduduk ditemukan klien dengan Skizofrenia sebanyak 67 penderita, penduduk (Mashudi, 2016). Dukuh Mirah dengan penduduk 750 orang sampai 2017 ditemukan 29 penderita skizofrenia (data puskesmas Sampung 2017). Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat puskesmas Sampung, meskipun jumlah penderita di dukuh Mirah sebanyak 29 orang, namun yang rutin kontrol ke puskesmas hanya 3 orang. Gambaran perilaku berobat di dukuh mirah bisa jadi merupakan cerminan keluarga di Ponorogo dalam menangani Skizofrenia. Berdasarkan data tersebut, dengan semakin banyaknya penderita Skizofrenia yang tidak kontrol ke pusat pelayanan kesehatan, maka kemungkinan untuk kambuh cukup besar. Kekambuhan pada penderita Skizofrenia tidak hanya berpengaruh pada penderita saja tetapi juga menjadi beban bagi caregiver (Von, *et al.*, 2016). Jika hal ini dibiarkan dapat mengarah pada konflik hubungan antar anggota keluarga. Meskipun gangguan jiwa memang tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun akan menyebabkan klien menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga penderita dan lingkungan masyarakat (Afifah, 2013). Dampak gangguan jiwa pada masyarakat sangat besar dan luas karena memerlukan biaya perawatan,

kehilangan waktu produktif, dan masalah yang berkaitan dengan hukum (melakukan tindakan kekerasan maupun mengalami penganiayaan). Selain itu konsumsi antipsikotik yang tidak diimbangi dengan olahraga akan menimbulkan dampak metabolik seperti kegemukan, resiko DM, dan hipertensi (Cuerda, *et al.*, 2014).

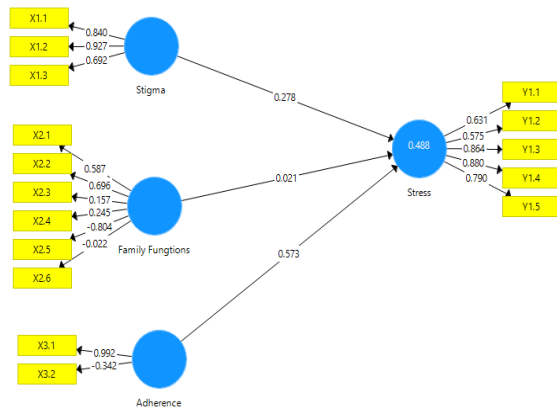
Skizofrenia terjadi pada klien karena interaksi antara kerentanan dan stress. Ketika kerentanan meningkat, namun stress menurun atau kerentanan menurun namun stress meningkat, maka klien akan beresiko terjadi kekambuhan. Meskipun pengobatan psikofarmakologi diberikan secara rasional, hal ini tidak menjamin klien akan sembuh. Terapi nonfarmakologis tanpa menyertakan terapi farmakologis juga tidak akan efektif. Diperlukan inovasi dari perawat untuk menggabungkan terapi farmakologis dan nonfarmakologis. Usaha penggabungan kedua terapi tersebut menurunkan kerentanan dan stress sehingga mencegah kekambuhan klien dengan Skizofrenia. Pasien skizofrenia, khususnya yang mengkonsumsi antipsikotik membutuhkan program pengaturan makan dan aktivitas fisik dari perawat (NIHCE, 2014).

Dukungan keluarga sangat relevan penderita skizofrenia yang dirawat di rumah (Jansen dkk., 2015). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga terkait dengan tingkat kekambuhan yang secara signifikan lebih sedikit rehospitallisation (Norman *et al.*, 2005), meningkatkan angka kematian (Revier *et al.*, 2015) dan keterlibatan pengobatan (Stowkowy *et al.*, 2012). Caregiver biasanya yang pertama memperhatikan perubahan dan mengidentifikasi indikator kambuh dan krisis (Jackson dan McGorry, 2009). Adaptasi caregiver untuk berespons terhadap kondisi penderita berpengaruh terhadap kondisi penyakit. (Cechnicki *et al.*, 2013) beban caregiver tinggi, Beban perawatan, dan strategi penanganan yang kurang adaptif (Kuipers *et al.*, 2006).

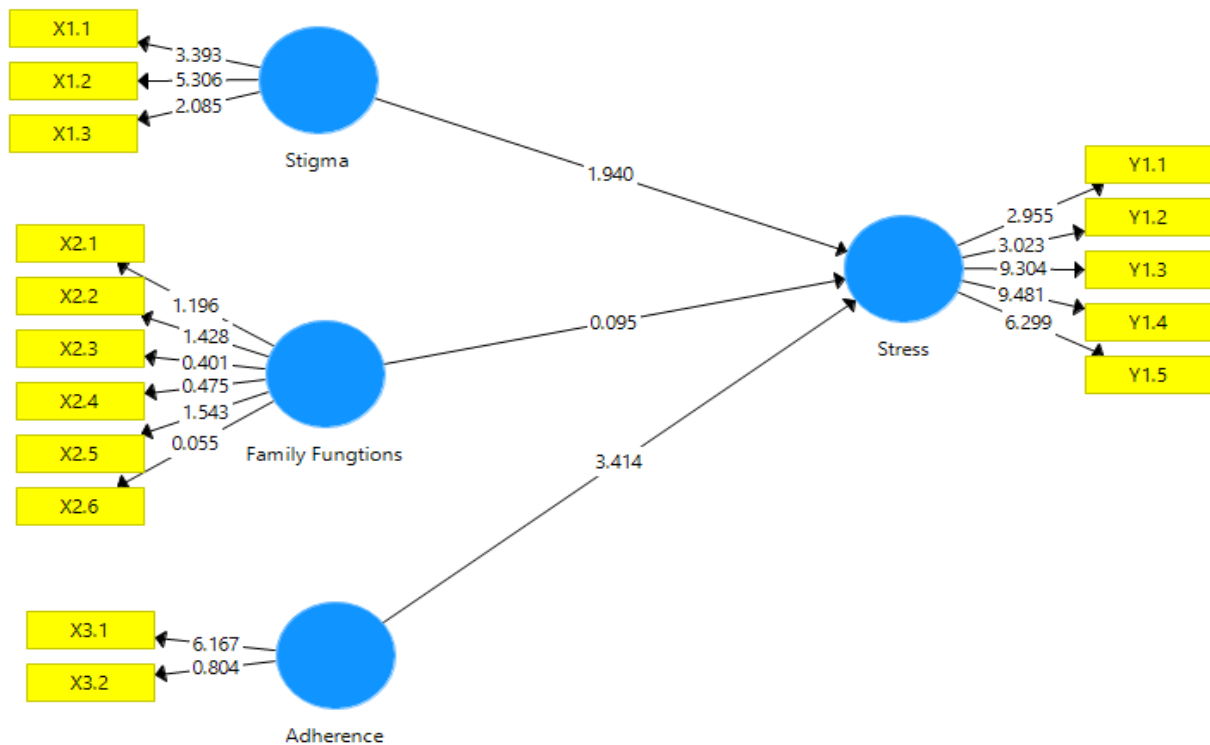
Model stress keluarga merupakan upaya keluarga dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita Skizofrenia. Melalui dukungan keluarga penderita gangguan jiwa akan mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan (Depkes, 2016). Dukungan finansial, pengetahuan, dan psikososial diperlukan oleh keluarga dengan Skizofrenia (Von, *et al.*). Psikoedukasi keluarga tidak hanya menurunkan beban caregiver pada keluarga, tetapi juga berpengaruh positif pada sikap keluarga sebagai caregiver serta bagi pasien mampu menurunkan rasio kekambuhan dan menurunkan dosis obat (Tanriverdi & Ekinci, 2012).

2 METODE PENELITIAN

Populasi penelitian adalah keluarga yang anggota keluarga mengalami Skizofrenia yang menjalani rawat jalan di Puskesmas Kesehatan Jiwa Ponorogo. Jenis penelitian ini adalah crossectional, dengan teknik *simple random sampling* didapatkan sampel sebanyak 30 responden. Variabel independen penelitian adalah stigma, fungsi keluarga, dan kepatuhan minum obat. Data yang diperoleh melalui **Gambar 1** Nilai koefisien model stress keluarga penderita Skizofrenia



Gambar 2 Nilai T-Statistik Model stress keluarga penderita Skizofrenia



koefisioner yang telah dimodifikasi peneliti dan dilakukan uji validitas dan reabilitas akan dianalisis dengan SMART PLS untuk mengetahui model stress keluarga penderita Skizofrenia di Ponorogo

3 HASIL DAN PEMBAHASAN

a) Hasil Outer Model

Berdasarkan gambar 1 menunjukkan bahwa koefisien stigma terhadap stress adalah sebesar 0,278, artinya setiap kenaikan 1 poin stigma akan menaikkan nilai stress sebesar 0,278. Nilai koefisien fungsi keluarga terhadap stress sebesar 0,021, artinya setiap kenaikan fungsi keluarga sebesar 1 maka stress keluarga akan naik sebesar 0,021. Koefisien kepatuhan terhadap stress sebesar 0,573 artinya setiap kenaikan faktor kepatuhan akan meningkatkan stress sebesar 0,573.

Tabel 1. Hubungan antar variabel berdasarkan nilai t statistik

Variabel	Nilai t statistik	Keterangan ($\alpha=0,07$)
Stigma → Stres	1,940	Ada pengaruh
Fungsi Keluarga → Stres	0,095	Tidak Ada pengaruh
Kepatuhan → Stres	3,414	Ada pengaruh

Berdasarkan hasil uji model menunjukkan bahwa, terdapat pengaruh stigma terhadap stress, terdapat kepatuhan minum obat terhadap stress dan tidak terdapat pengaruh antara fungsi keluarga dengan stress.

PEMBAHASAN

1. Pengaruh Stigma Terhadap Stres Keluarga

Berdasarkan gambar 1 menunjukkan bahwa koefisien stigma terhadap stress adalah sebesar 0,278, artinya setiap kenaikan 1 poin stigma akan menaikkan nilai stress sebesar 0,278. Nilai t statistik stigma terhadap stres keluarga 1,940 artinya terdapat pengaruh stigma terhadap stres keluarga. Sehingga Hipotesis diterima, terdapat pengaruh stigma terhadap stres keluarga.

Stres keluarga terjadi karena adanya stigma, semakin tinggi stigma maka stres keluarga akan semakin berat. Stress keluarga digambarkan sebagai perilaku keluarga yang sulit santai, gugup, mudah marah, reaktif, tidak sabar. Perilaku reaktif keluarga berperan paling dominan kejadian stress keluarga. Stres keluarga terjadi karena adanya stigma. Stigma keluarga tersusun atas stereotip, pengalaman diskriminasi, dan penarikan sosial. Pengalaman diskriminatif berperan paling dominan dalam munculnya stigma. Tingginya stigma berpengaruh terhadap stress (Hernandez, *et al.*, 2016). Stigma merupakan stressor utama pada keluarga penderita Skizofrenia (Nicolas, *et al.*, 2009).

2. Pengaruh Fungsi Keluarga Terhadap Stres Keluarga

Nilai koefisien fungsi keluarga terhadap stress sebesar 0,021, artinya setiap kenaikan fungsi keluarga sebesar 1 maka stress keluarga akan naik sebesar 0,021. Nilai t statistik fungsi keluarga terhadap stres keluarga 0,095 artinya tidak terdapat pengaruh fungsi keluarga terhadap stres keluarga. Sehingga Hipotesis diterima, terdapat pengaruh stigma terhadap stres keluarga.

Stres keluarga terjadi karena adanya stresor, semakin tinggi stresor maka stres keluarga akan semakin berat. Fungsi keluarga digambarkan sebagai pemecahan masalah, komunikasi, peran, respons afektif, dan fungsi umum. Stresor mempengaruhi stress

(Lazarus dan Folkman, 1980). Stresor pada penelitian ini adalah fungsi keluarga. Namun pada penelitian ini hipotesis penelitian tidak terbukti, tidak ada pengaruh fungsi keluarga dengan stress keluarga. Stres merupakan suatu keadaan yang dinamis di manapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stresor (King, 1981).

3. Pengaruh Kepatuhan Minum Obat Terhadap Stres Keluarga

Koefisien kepatuhan terhadap stres sebesar 0,573 artinya setiap kenaikan faktor kepatuhan akan meningkatkan stress sebesar 0,573. Nilai t statistik kepatuhan minum obat terhadap stres keluarga 3,414 artinya terdapat pengaruh kepatuhan minum obat terhadap stres keluarga. Sehingga Hipotesis diterima, terdapat pengaruh kepatuhan minum obat terhadap stres keluarga. Kekambuhan penderita Skizofrenia karena tidak taat minum obat akan menyebabkan penderita dirawat di rumah sakit, keadaan ini akan menambah beban perawatan keluarga sehingga menyebabkan stress keluarga (Chapman & Horne, 2013). Merawat penderita skizofrenia memberikan pengalaman peningkatan stres (Mitsonis, *et al.*, 2012).

4. KESIMPULAN

Sesuai dengan hypothesis penelitian dan hasil analisis data peneliti memiliki kesimpulan bahwa dalam model stress keluarga tersusun atas dua hal penting yaitu: 1) terdapat pengaruh stigma terhadap stress keluarga dan 2) terdapat pengaruh kepatuhan minum obat dengan stress keluarga. Perawat perlu memberikan pendidikan kesehatan untuk menurunkan stress keluarga penderita skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- [1]. Suzuki T, Uchida H, Takeuchi H, Tsuboi T, Hirano J, Mimura M. A review on schizophrenia and relapse—a quest for user-friendly psychopharmacotherapy. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2014;29(9):414–426.
- [2]. Bolden L, MN W. The clinical utility of the Stress Process Model in family caregivers of liver transplant candidates. *Prog Transplant.* 2008;18(2):74–79 6p.
- [3]. 3National Alliance for Caregiving. Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco; 2006.

- [4]. Center on an Aging Society. How Do Family Caregivers Fare? Source. 2005;
- [5]. Hwang BB, Fleischmann KE, Howie- J, Stotts NA, Dracup K, Hour CE. CAREGIVING FOR PATIENTS WITH HEART FAILURE: IMPACT ON PATIENTS' FAMILIES. 2011;20(6):431–42.
- [6]. Sadak T, Korpak A, Wright JD, Lee MK, Noel M, Buckwalter K, et al. Psychometric Evaluation of Kingston Caregiver Stress Scale. Clin Gerontol. 2017;00(00):1–13.
- [7]. Fonareva I, Oken BS. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. Int Psychogeriatrics. 2014;26(05):725–47.
- [8]. NAPA. Clinical Care Recommendations. Advisory Council on Alzheimer's Research, Care and Services. Retrieved from. 2016.
- [9]. Sautter JM, Tulsy JA, Johnson KS, Maren K, Burton-chase AM, Lindquist JH. Caregiver Experience During Patients' Advanced Chronic Illness and Last Year of Life. 2015;62(6):1082–90.
- [10]. National Alliance for Caregiving A. Caregiving in the U.S.: A focused look at those caring for someone age 50 or older. 2009.
- [11]. Smith G. Skizophrenia. In: Peate I, editor. Mental Health Nursing at a Glance. First Edit. UK: John Wiley&Sons, Ltd; 2015. p. 34.
- [12]. Von Kardorff E, Soltaninejad A, Kamali M, Eslami Shahrbabaki M. Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia - A qualitative exploratory study. Nord J Psychiatry. 2016;70(4):248–54.
- [13]. Riskesdas. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta: Litbang; 2013. 510 p.
- [14]. Mashudi S, Widiyahseno Ba, Priyoto. Model Kampung Gila Ponorogo. 1st ed. Ponorogo; 2016. 120 p.
- [15]. Afifah I. SEMINAR "SEHAT JIWAKU, SEHAT BANGSAKU" Kesehatan Jiwa Tidak Mematikan, tapi menimbulkan Beban Penderita. Dinas Kesehatan Jatim. 2013. [17]. Cuerda C, Velasco C, Merchán-Naranjo J, García-Peris P, Arango C. The effects of second-generation antipsychotics on food intake, resting energy expenditure and physical activity. Eur J Clin Nutr. 2014;68(2):146–52.
- [16]. National Institute of Health and Clinical Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults. NICE Guidel treament Manag. 2014;(February):74–80.
- [17]. Tanriverdi D, Ekinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. Int J Nurs Pract. 2012;18(3):281–8.
- [18]. Hernandez SHA, Morgan BJ, Parshall MB. Resilience, stress, stigma, and barriers to mental healthcare in U.S. Air Force Nursing Personnel. Nurs Res. 2016;65(6):481–6.
- [19]. Nicolas Rusch, Patrick W, Abigail Wassel, Patrick Michaels, Manfred Olszewski, Sandra Wilkinis K batia. A Stress-Coping Model of Mental Illness Stigma: I. Predictors of Cognitive Stress Appraisal. NIH Public Access. 2009;110(1):59–64.
- [20]. King IM. A Theory For Nursing: Systems, Concepts, Process. Albany, NY: Delmar; 1981.
- [21]. Chapman SCE, Horne R. Medication nonadherence and psychiatry. Curr Opin Psychiatry. 2013;26(5):446–52.
- [22]. Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012;47(2):331–7.