

## BAB 6

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Faktor demografi berpengaruh terhadap kebutuhan pengasuhan, *filial value* dan sumber dukungan.

Faktor demografi berpengaruh positif terhadap kebutuhan pengasuhan, namun berpengaruh tidak signifikan terhadap *filial value* dan sumber dukungan.

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi beban *caregiver* meliputi jenis kelamin laki-laki dari penderita, usia muda, keparahan penyakit, faktor budaya dan stigma (Awad & Voruganti, 2008) durasi penyakit dan kecacatan (Jagannathan et al, 2014). Studi ini juga menekankan pentingnya usia dari *caregiver*, tingkat pendidikan, dan waktu yang dihabiskan dengan penderita dapat menentukan beban *caregiver* (Hulya & Adhana, 2011 ; Chan SW, 2011). Tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah dikaitkan dengan peningkatan beban *caregiver* (Ohaeri, 2001). Skizofrenia menimbulkan beban ekonomi yang tidak proporsional karena pengeluaran untuk rawat inap, perawatan dan rehabilitasi, dan hilangnya produktivitas (Rice, 1999) Namun, Mory et al. 2002 melaporkan bahwa meskipun sebagian besar pasangan dari penderita gangguan jiwa mengalami kerugian finansial terkait penyakit, biaya ini biasanya tidak dianggap sebagai masalah beban ekonomi (Grover et al, 2005)

Studi di Asia telah melaporkan bahwa hampir 70% *caregiver* adalah perempuan (Cheng & Chan, 2005 ; Chan SW et al, 2009). Perempuan yang mempunyai tugas sebagai *caregiver* skizofrenia beresiko 6 kali lebih banyak mengalami gejala depresi dan kecemasan daripada mereka yang tidak sebagai *caregiver* (WFMH, 2010 ; Chan SW, 2010) Studi yang mengeksplorasi hubungan antara kondisi ekonomi dan beban pengasuh telah menunjukkan bahwa sebagian besar pengasuh adalah perempuan. Tingkat beban yang tinggi ditemukan pada 47,3% responden. Tingkat beban yang dialami secara signifikan berhubungan dengan tempat tinggal dan jumlah anggota keluarga (Yusuf et al, 2009)

Beberapa sumber berpendapat bahwa beban *caregiver* akan berkurang dengan meningkatnya tingkat pengetahuan *caregiver* tentang penyakit (Worakul P, Thavichachart N, Lueboonthavatchai P, 2007;Khoshknab et al, 2014), namun penelitianlain menunjukkan bahwa beban keluarga meningkat seiring dengan peningkatan tingkat pengetahuan tentang penyakit (Sefashi et al, 2008). Beban *caregiver* berkorelasi negatif dengan fungsi dan tingkat pendapatan pasien dan berkorelasi positif dengan usia penderita, waktu harian yang dihabiskan dengan pasien, jumlah rawat inap, durasi tinggal di rumah yang sama, dan pendidikan *caregiver*. Fungsi dan kondisi umum pasien skizofrenia yang dirawat juga dapat mempengaruhi beban *caregiver* (Yazici Esra, et al., 2016).Meskipun skor beban pengasuh dari mereka yang tinggal di rumah yang sama ditemukan

secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan *caregiver* yang tidak tinggal serumah (Yazici Esra et al., 2016).

Studi yang dilakukan di negara-negara Asia menunjukkan bahwa beban *caregiver* meningkat dengan bertambahnya usia *caregiver*, sedangkan beban *caregiver* menurun seiring bertambahnya usia di Meksiko dan Amerika (Chan SWW, 2011), *caregiver* yang lebih tua tampaknya menerima kondisi saat ini dan kondisi kronis mereka, dan lebih khawatir tentang bagaimana penderita akan menerima perawatan setelah mereka meninggal. Waktu yang dihabiskan oleh anggota keluarga dengan penderita di rumah yang sama merupakan prediktor peningkatan (positif) beban, sedangkan fungsi pasien, tahun (durasi) pendidikan *caregiver*, dan pendapatan bulanan pasien merupakan prediktor negatif, pendapatan bulanan pasien menurun, beban perawat meningkat (Stanley et al, 2017).

Bukti pengaruh agama / spiritualitas tidak jelas, studi tidak menemukan adanya hubungan campuran (yaitu, kombinasi hasil positif, negatif, atau tidak signifikan) antara agama / spiritualitas dan kesejahteraan. Hasil membingungkan ini merupakan cerminan multidimensi agama / spiritualitas dan keragaman hasil kesejahteraan yang diteliti. Mereka juga sebagian mencerminkan seringnya penggunaan ukuran agama / spiritualitas yang tidak dimurnikan. Penelitian di masa depan harus didorong oleh teori dan memanfaatkan ukuran-ukuran agama / spiritualitas secara psikometri.

Saran diberikan untuk membantu memandu pekerjaan di masa depan (Hebert et al, 2007).

Penelitian yang mengeksplorasi hubungan faktor demografi dan beban *caregiver* sudah banyak dipaparkan, dan banyak yang menunjukkan hubungan yang signifikan. Hasil dari penelitian ini bahwa ada pengaruh faktor demografi dengan kebutuhan pengasuhan sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Tuntutan peran yang lain mengacu pada adanya peran lain yang harus dikerjakan selain sebagai *caregiver*, semakin tinggi kesibukan peran yang lain maka akan meningkatkan beban akibat pengasuhan. *Caregiver* akan berusaha untuk membagi waktu dan menyeimbangkan peran-peran ini, sehingga bisa mengalami tekanan fisik maupun mental dan mengalami beban pengasuhan.

Penelitian ini tidak mengeksplorasi lebih jauh bagaimana beban pengasuhan, apa saja hasil negatif yang dirasakan *caregiver*. Kemampuan fungsional penderita skizofrenia yang dikategorikan dalam kemampuan mandiri, dengan bantuan dan bantuan total. Kategori bantuan total di mana penderita tidak mau minum obat sama sekali, tidak mau kontrol ke puskesmas dan *caregiver* hanya berupaya sekali untuk membujuk minum obat dan kontrol, kemudian membiarkan dengan alasan bahwa gejala yang dialami penderita tidak terlalu parah dan mengganggu. Bahkan jika gejala yang muncul pada penderita adalah diam di kamar maka *caregiver* berasumsi lebih baik diam seperti itu, asalkan tidak teriak-teriak dan

mengamuk. Ada juga *Caregiver* yang tidak mau terlalu memaksa pada penderita, karena takut mengamuk, sehingga untuk aktifitas kebersihan diri dan makan minum pada penderita skizofrenia tidak terlalu mendapatkan pengawasan dan pendampingan *caregiver*. Faktor pendidikan, usia, jenis kelamin, hubungan dengan penderita, status pekerjaan, status pernikahan merupakan indikator yang sangat mempengaruhi kebutuhan pengasuhan dalam penelitian ini. Agama dan suku mengajarkan pada *caregiver* untuk selalu pasrah dengan keadaan, sudah terjadi mau bagaimana lagi. Temuan ini dapat dijadikan dasar dalam pembuatan program pendidikan *caregiver* dan keluarga, untuk penelitian selanjutnya.

Peneliti belum menemukan referensi pengaruh faktor demografi terhadap *filial value* dan sumber dukungan. *Caregiver* mengemukakan jika merawat anggota keluarga yang sakit sudah menjadi kewajiban dan tanggungjawab, kalau tidak demikian siapa yang akan merawat. *Caregiver* yang belum menikah bersedia untuk tidak memikirkan pernikahan demi merawat keluarga tercinta. Mayoritas *Caregiver* mendapatkan sumber dukungan dari keluarga yang masih dalam satu kota, dari tetangga, para kader kesehatan, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa seluruh respon (100%) memiliki *filial value* yang tinggi, serta sumber dukungan yang tinggi sebanyak 95,2%.

## **6.2 Faktor kebutuhan pengasuhan, *filial value* dan sumber dukungan berpengaruh terhadap penilaian pengasuhan.**

Faktor *filial value* tidak signifikan berpengaruh terhadap penilaian pengasuhan, sedangkan kebutuhan pengasuhan dan sumber dukungan berpengaruh signifikan terhadap penilaian pengasuhan.

Merawat anggota keluarga yang sakit telah menjadi peran utama perempuan di negara-negara Asia seperti Jepang, Taiwan, Malaysia, Filipina, dan Indonesia. Masalah budaya menentukan bahwa istri, anak perempuan yang sudah dewasa, atau menantu perempuan, terutama menantu perempuan pertama biasanya menjadi perawat utama bagi kerabat yang lebih tua (Sahar et al, 2003) Di India, merawat anggota keluarga lainnya merupakan kewajiban dan tidak pernah dianggap sebagai beban. Dengan demikian, tidak semua pengasuh merasakan beban yang sama karena beban tersebut bervariasi sesuai dengan dukungan keluarga, kepercayaan budaya, dan strategi koping.

*Caregiver* juga cenderung mengalami masalah sosial karena orang-orang disekitarnya. Magaña et al 2007 menemukan bahwa persepsi stigma dan gejala depresi di antara perawat secara signifikan terkait. Struening et al 2001 melaporkan bahwa masyarakat sering menghubungkan pasien sakit jiwa yang serius dengan kekerasan dan 70% dari responden yang dilibatkan dalam penelitian mereka percaya bahwa pasien tersebut berbahaya. Hal ini mengarah pada stereotipe dan diskriminasi terhadap *caregiver* sehingga semakin sulit bagi mereka untuk mencari bantuan dan dukungan.

Karakteristik budaya dapat menjelaskan perbedaan beban *caregiver* karena masing-masing budaya mungkin berbeda dalam penilaian mereka

terhadap penyakit mental, mulai dari penerimaan dan integrasi sosial hingga stigmatisasi; keyakinan tentang asal mula penyakit mental, keyakinan yang berakar pada agama dan penilaian masyarakat tentang peran *caregiver* (van Wijngaarden et al., 2003).

Faktor stres dan penilaian melaporkan efek prediksi langsung pada beban pengasuhan, *filial piety* secara tidak langsung mempengaruhi beban pengasuhan dengan mengubah penilaian peran *caregiver*. *Filial piety* berfungsi sebagai pelindung untuk mengurangi efek negatif dari stresor dan untuk meningkatkan efek positif dari faktor penilaian pada beban pengasuhan (Lai, 2010). Menunjukkan tingkat beban yang tinggi, dukungan sosial yang rendah dan koping yang buruk pada *caregiver* penderita skizofrenia dibandingkan kelompok referensi (Stanley, 2017)

Kebutuhan pengasuhan yang mengarah pada stressor fisik pada *caregiver* berpengaruh signifikan terhadap penilaian pengasuhan, di mana sebagian besar responden (97%) menilai bahwa pengasuhan sebagai suatu tantangan dan bukan sebagai sumber stres. Responden dapat menyesuaikan waktu antara merawat penderita dengan waktu untuk melakukan kegiatan sendiri, dan masih bisa melakukan kegiatan-kegiatan sosial. Mereka dapat menikmati tugas-tugas pengasuhan sesuai dengan pengetahuan yang mereka miliki, meskipun penderita tidak mau minum obat, tidak mau kontrol ke puskesmas, tidak mau melakukan kegiatan produktif dan melakukan

kegiatan kebersihan diri asal-asalan, yang terpenting mereka tetap melakukan tugas pengasuhan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.

*Filial value* sebagaimana dalam penelitian Lai, 2010 berfungsi sebagai pelindung untuk mengurangi efek negatif dari stressor yang dapat mempengaruhi penilaian pengasuhan. Dengan demikian tidak ada pengaruh yang signifikan terhadap penilaian pengasuhan sesuai dengan penelitian tersebut. Faktor lain dari responden bahwa merawat penderita skizofrenia sudah menjadi kewajiban dan tanggungjawab, sehingga tidak terlalu berpengaruh terhadap penilaian pengasuhan. Pengaruh *filial value* terhadap penilaian pengasuhan perlu diteliti lebih lanjut untuk menentukan peran *filial value* dalam penilaian pengasuhan.

Sumber dukungan berpengaruh positif terhadap penilaian pengasuhan. Sumber dukungan yang dimiliki respon sebagian besar mendukung untuk menilai pengasuhan sebagai suatu tantangan. Perhatian dari keluarga, tetangga, kader kesehatan, tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan yang cukup besar sangat berpengaruh terhadap penilaian pengasuhan. Rutinitas tenaga kesehatan dalam kunjungan rumah merupakan perhatian yang mampu menguatkan *caregiver* dalam melakukan tugas-tugas pengasuhan.

### **6.3 Faktor penilaian pengasuhan berpengaruh terhadap *caregiver self efficacy***



Penilaian pengasuhan berpengaruh positif terhadap *caregiver self efficacy*, semakin positif penilaian pengasuhan maka semakin tinggi tingkatan *self efficacy* pada *caregiver*.

Penelitian tentang pengaruh penilaian pengasuh terhadap *self efficacy* belum banyak dilakukan akan tetapi penelitian tentang *self efficacy* pada pengasuhan antara lain :

Penelitian tentang pola koping hasilnya cukup mirip, meskipun *caregiver* pasien skizofrenia lebih sering menggunakan strategi yang berfokus pada emosi. Jenis kelamin *caregiver*, disfungsi pasien, dan neurotisme *caregiver* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pola koping, tetapi hanya menjelaskan sebagian kecil dari varian dalam penggunaan strategi koping yang berbeda (Talwar & Maitheken, 2010).

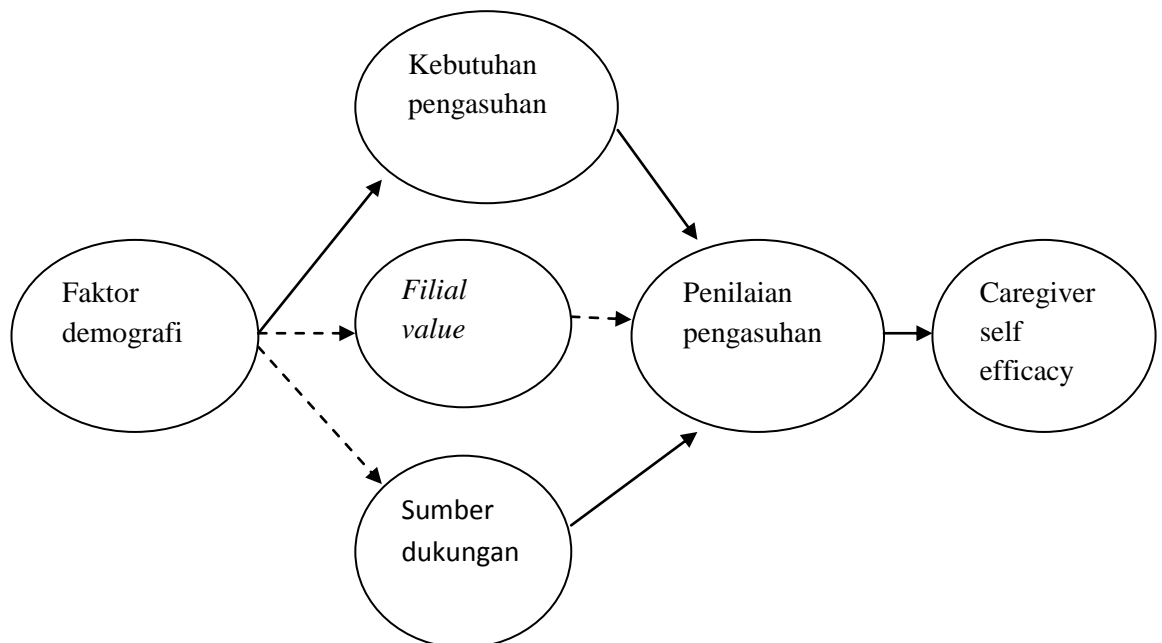
Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban pengasuhan semakin menurun dengan meningkatnya tingkat efikasi diri pada anggota keluarga *caregiver* (Hatice Dumaz, 2014). Kualitas hidup *caregiver* yang lebih tinggi secara langsung dipengaruhi oleh *self efficacy*, ekstrovert kepribadian, dan pendapatan keluarga yang lebih tinggi. Kualitas hidup *caregiver* yang lebih tinggi secara tidak langsung terpengaruh oleh kepedulian keluarga yang lebih baik dan kepribadian ekstrovert (Mulyanti et al, 2017).

*Self efficacy caregiver* secara signifikan dipengaruhi oleh karakteristik sosio demografis *caregiver* dan faktor-faktor eksternal pengasuhan seperti dukungan yang diperoleh *caregiver* (Shu-Ying Zhang, 2010). Temuan penelitian ini memberikan bukti bahwa, sepanjang waktu

yang lama dalam ppengasuhan, efek dari beban pengasuh pada gejala depresi dapat dijelaskan oleh *self efficacy* pengasuh dalam mengendalikan pikiran yang mengecewakan terkait dengan tugas pengasuhan (Grano C., Lucidi F., Violani C., 2017).

*Caregiver* yang memiliki penilaian pengasuhan yang positif akan memiliki *self efficacy* yang tinggi. Menilai bahwa pengasuhan adalah suatu tantangan itu berarti *caregiver* memiliki keyakinan terhadap kemampuan dirinya dalam menghadapi tugas pengasuhan. Akan tetapi dalam model ini masih ada variabel yang dapat muncul akibat dari *self efficacy*, yaitu kualitas hidup *caregiver* dan penderita, sehingga diperlukan tindak lanjut dalam pengembangan model ini pada hasil pengasuhan yang positif.

#### 6.4 Temuan Penelitian



Gambar 6.1 Model akhir *caregiver empowerment* terhadap *caregiver self efficacy* pada keluarga skizofrenia.

Keterangan :

\_\_\_\_\_ : Jalur signifikan

----- : Jalur tidak signifikan dan dihapus

Pada gambar 6.1 adalah model akhir *caregiver empowerment* terhadap *caregiver self efficacy* pada keluarga skizofrenia. Tidak semua variabel mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel lain, adapun variabel yang pada akhirnya berpengaruh terhadap *caregiver self efficacy* adalah faktor demografi, kebutuhan pengasuhan, sumber dukungan dan penilaian pengasuhan. Adapun nilai Gof model struktural ini sebesar 0,5070 yang lebih besar dari 0,5, hal ini menunjukkan bahwa model dapat diterima dan diinterpretasikan lebih lanjut. Sehingga perlu dilakukan penelitian lanjut terhadap variabel *filial value* bagaimana peran variabel ini dalam model *caregiver empowerment*.

## 6.5 Keterbatasan Penelitian

1. Tehnik pengumpulan data responden yang tidak sama, 54 responden dilakukan wawancara langsung oleh peneliti di rumah, sedangkan 50 responden melakukan pengisian kuesioner yang sebelumnya diarahkan oleh peneliti pada saat dilakukan *health education* di puskesmas. Sehingga hubungan antara penderita dengan *caregiver* yang datang saat *health education* tidak sesuai dengan harapan peneliti dan ada 19 responden yang tidak tinggal serumah dengan penderita.
2. Peneliti tidak melakukan pengumpulan data pada penderita sehingga karakteristik penderita tidak dilaporkan, sedangkan karakteristik

penderita dalam beberapa hasil penelitian mempunyai pengaruh pada variabel-variabel penelitian ini..