

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien skizofrenia memiliki ketergantungan dalam pemulihan gejala penyakit jiwa kronis (Treveli, 2018). Tanggung jawab perbaikan melalui minum obat teratur, melakukan aktifitas, interaksi sosial, spiritual membutuhkan peran aktif *caregiver*, namun kemampuan *caregiver* masih kurang (Rosdiana, 2018; Gonani, 2019). Upaya peningkatan kemampuan *caregiver* telah dilakukan melalui berbagai cara, salah satunya pemberdayaan melalui edukasi (Hasan & Musleh, 2017). Pemberdayaan belum berjalan sesuai harapan, sebab diberikan secara parsial, belum menyentuh sisi moral, spiritual untuk menumbuhkan tanggung jawab, perhatian, kepedulian yang diperlukan untuk merawat pasien skizofrenia (Rahmani *et al.*, 2019; Santosa *et al.*, 2021). Penelitian ini melakukan intervensi dengan pemberdayaan meliputi pengetahuan, pemberdayaan dan motivasi berbasis moral spiritual untuk menumbuhkan *responsibility, respect, care* (Wakimizu, *et al.*, 2018). Sehingga penelitian pengembangan model pemberdayaan *caregiver* dalam meningkatkan kemampuan merawat pasien skizofrenia ini dapat memberikan kontribusi dalam perbaikan perawatan pasien skizofrenia dalam membantu minum obat teratur, melakukan aktifitas, interaksi sosial dan spiritual.

World Health Organization (2021) menginformasikan penyakit skizofrenia menyerang 20 juta orang di seluruh dunia dan meningkat setiap tahunnya. Survey RISKESDAS tahun 2018 melaporkan, prevalensi skizofrenia di Indonesia mencapai 6,7 permil penduduk atau 7 orang setiap 1000 jiwa mengalami skizofrenia dan di propinsi Jawa Timur sebanyak 155.000 orang menderita skizofrenia (Kementerian

Kesehatan RI, 2018). Skizofrenia termasuk jenis penyakit yang sering mengalami kekambuhan, sehingga perawatan yang baik untuk mencegah kambuh sangat penting dilakukan (Olivares *et al.*, 2013). Studi di Amerika Serikat menginformasikan kekambuhan pasien skizofrenia mencapai 40% terjadi tahun pertama sejak keluar dari rumah sakit disebabkan perilaku keluarga dan ketidakmampuan *caregiver* memberikan perawatan (Barnett *et al.*, 2018). Kondisi di Indonesia penelitian Fitryasari (2018) menyatakan 46% pasien kambuh 1-3 kali setahun dan sebagian kecil lebih dari tiga kali setahun. Hasil penelitian sesuai dengan informasi WHO bahwa angka kekambuhan skizofrenia diseluruh dunia hampir sama (Bulut *et al.*, 2016). Adapun peningkatan orang dengan skizofrenia di kabupaten Gresik, tahun 2017 sebanyak 1.003 orang, tahun 2018 menjadi 1.102 orang, dan tahun 2019 meningkat menjadi 1.342 orang (Dinkes, Gresik, 2020).

Hasil penelitian Dewi (2018) melaporkan penyebab ketidakmampuan *caregiver* meliputi faktor lingkungan, diri sendiri dan faktor pasien. Lama pengasuhan, tinggal serumah bersama pasien, status pasangan suami isteri, gender, dan gangguan kehidupan sehari-hari juga berpengaruh terhadap ketidakmampuan *caregiver* (Kim *et al.*, 2012). Bentuk ketidakmampuan *caregiver* merawat antara lain tidak berhasil membantu pasien minum obat teratur dan melakukan aktifitas (Rindayati, *et al.*, 2020). Berbagai masalah dalam merawat pasien skizofrenia membuat *caregiver* merasa terbebani. Hasil penelitian Ajibade, Ajao, & Fabiyi (2016) melaporkan *caregiver* mengalami beban ringan 37,0% dan beban sedang 31,1%. Beban memerlukan coping yang positif, menghadapi beban dengan coping negatif dapat mengakibatkan stres (Bademli & Lok, 2020). *Caregiver* yang stres mengalami keluhan seperti pusing, nyeri perut, sulit tidur, dada berdebar, cemas,

bahkan malu berinteraksi (Chiu *et al.*, 2013). Kondisi demikian menjadikan *caregiver* tidak mampu merawat sehingga pasien minum obat tidak teratur, bahkan menghentikan minum obat, yang berakhir dengan kekambuhan (Irman, Patricia & Srimayenti, 2018). Dampak kekambuhan menambah besarnya beban secara objektif dan subjektif bagi *caregiver* (Lippi, 2016).

Beberapa upaya untuk pemecahan masalah melalui pemberdayaan sudah pernah dilakukan. Undang-undang nomor 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa merupakan upaya untuk menurunkan prevalensi skizofrenia. Namun hasil penelitian melaporkan penerapannya bahwa *caregiver* memiliki pengalaman negatif dalam mendapat dukungan, walau pemerintah menyediakan sumber daya multi dimensi namun tingkat kesadaran masih rendah (Wang & Wang, *et al.*, 2020). Pemberdayaan *caregiver* merawat pasien skizofrenia dilaporkan oleh Sakanashi & Fujita (2017) dengan perlakuan berupa pelatihan pikiran positif pada *caregiver*. Hasil positif pelatihan didapatkan kontrol pikiran positif *caregiver* dapat mendukung kemandirian pasien, sedangkan kelemahannya *caregiver* belum mengetahui cara merawat pasien dengan benar. Pemberdayaan *caregiver* menggunakan *Familylink Education Programme* (FLEP) ditemukan efektif dalam mengurangi kekhawatiran dan ketidaksenangan, namun secara signifikan juga meningkatkan ketegangan intra-psikis, depresi dan semua langkah pemberdayaan di negara maju (Chiu *et al.*, 2013). Berbagai pemberdayaan yang telah dilakukan memiliki kekurangan dengan realitas kekambuhan pasien masih tinggi.

Penelitian ini melakukan pengembangan *Caregiver Empowerment Model* yang memiliki beberapa variabel meliputi tuntutan pengasuhan (*caregiving demand*), nilai dasar (*vilial value*), penilaian (*appraisal*), dan hasil pengasuhan

(*caregiving outcome*) oleh Jones, *et al.*, (2011) digabung dengan *Caregiver Burden Model* dengan variabel *characteristics of patient*, *characteristics of caregivers* dan beban *caregiver* (*caregiver burden*) (Gabriel, *et al.*, 2019). Kelebihan *caregiver empowerment model* adalah pemilihan tantangan (*challenge*) mempengaruhi hasil positif pengasuhan, namun model tidak memiliki variabel beban sesuai situasi kondisi merawat skizofrenia. Berdasar hasil penelitian menginformasikan beban *caregiver* yang merawat skizofrenia dalam tingkat sedang hingga tinggi (Strunoiu, *et al.*, 2019). Sehingga beban merawat ditambahkan sebagai variabel dari *Caregiver Burden Model*. Sedangkan *Caregiver Burden Model* memiliki kelebihan sesuai dengan situasi kondisi beban yang dialami *caregiver*, namun tidak memiliki solusi dari beban yang dialami. *Caregiver* yang mengalami beban berharap mendapat pendidikan tentang masalah yang dihadapi (Copanitsanou *et al.*, 2018). Sehingga penggabungan dua model ini tepat diterapkan untuk perawatan skizofrenia.

Dasar penggabungan model, pertama model baru sesuai dengan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dimana indikator utamanya pasien skizofrenia mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan (Kemenkes RI., 2015). Kedua sesuai dengan budaya gotong royong, tepo sliro dan toleransi pada keluarga Indonesia, yang memiliki kebiasaan merawat saudara yang sakit (Rosyani, *et.al.*, 2019). Aplikasi model digunakan oleh *caregiver* sebagai salah satu anggota keluarga yang memiliki hubungan darah dan merawat pasien skizofrenia di rumah.

Penggabungan model diawali pada antiseden yaitu variabel *background* terdiri dari demografi, hubungan sebelumnya dan *resources* meliputi personal, *family*, *community* oleh Jones, *et al.*, (2011) digabung dengan karakteristik pasien, dan karakteristik *caregiver* yang kemudian ditambahkan faktor lingkungan dan

pelayanan kesehatan (Gabriel, *et al.*, 2019). Selanjutnya pada penilaian (*appraisal*) ditambahkan intervensi pemberdayaan terdiri dari 1) pengetahuan meliputi skizofrenia, asuhan keperawatan jiwa dan peran *caregiver*, 2) pemberdayaan meliputi fungsi keluarga, koping, *self efficacy*, pelayanan kesehatan, resiliensi, komitmen, 3) motivasi berbasis moral dan spiritual. Adapun *caregiver outcome* merupakan kondisi sebelum dan setelah mendapat intervensi meliputi membantu pasien minum obat teratur, membantu melakukan aktifitas, interaksi sosial dan spiritual. Kemampuan *caregiver* mempengaruhi kondisi pasien skizofrenia menjadi minum obat teratur, melakukan aktifitas, interaksi dan spiritual (Keliat, 2011).

Intervensi pemberdayaan diberikan dalam bentuk pelatihan, materi berbentuk modul merupakan hasil *focus group discussion* (FGD) yang dilakukan FGD 1 dengan *caregiver* dan FGD 2 dengan perawat dan petugas dinas kesehatan, kemudian dilakukan konsultasi pakar. Dari paparan yang telah diuraikan maka penelitian mengambil judul penelitian “Pengembangan Model Pemberdayaan *Caregiver* dalam Meningkatkan Kemampuan Merawat Pasien Skizofrenia”. Model baru dapat dimanfaatkan oleh perawat di pelayanan kesehatan sebagai intervensi kepada *caregiver* yang merawat pasien skizofrenia di rumah.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah beberapa faktor (karakteristik *caregiver*, karakteristik pasien, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan) berpengaruh terhadap tuntutan pengasuhan (*caregiving demands*) dalam merawat pasien skizofrenia?

2. Apakah beberapa faktor (karakteristik *caregiver*, karakteristik pasien, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan) berpengaruh terhadap nilai-nilai dasar (*filial value*) dalam merawat pasien skizofrenia?
3. Apakah beberapa faktor (*caregiving demands*, *filial value*) berpengaruh terhadap *appraisal* dalam merawat pasien skizofrenia?
4. Apakah beberapa faktor (karakteristik *caregiver*, karakteristik pasien, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan, *caregiving demands*, *appraisal*) berpengaruh terhadap kemampuan *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia?
5. Bagaimanakah penyusunan modul pemberdayaan *caregiver* dalam meningkatkan kemampuan merawat pasien skizofrenia?
6. Apakah ada pengaruh penerapan modul pemberdayaan *caregiver* terhadap peningkatan kemampuan merawat pasien skizofrenia?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengembangkan model pemberdayaan dalam meningkatkan kemampuan *caregiver* merawat pasien skizofrenia.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tahap 1

1. Menganalisis pengaruh beberapa faktor (karakteristik *caregiver*, karakteristik pasien, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan) terhadap *caregiving demands* dalam merawat pasien skizofrenia.

2. Menganalisis pengaruh beberapa faktor (karakteristik *caregiver*, karakteristik pasien, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan) terhadap *filial value* dalam merawat pasien skizofrenia.
3. Menganalisis pengaruh beberapa faktor (*caregiving demands*, *filial value*) terhadap *appraisal* merawat pasien skizofrenia
4. Menganalisis pengaruh beberapa faktor (karakteristik *caregiver*, karakteristik pasien, faktor lingkungan, pelayanan kesehatan, *caregiving demands*, *filial value*) terhadap *caregiver outcome* dalam merawat pasien skizofrenia.

Tahap 2

Menyusun modul pemberdayaan dalam meningkatkan kemampuan *caregiver* merawat pasien skizofrenia.

Tahap 3

1. Menganalisis pengaruh penerapan modul pemberdayaan terhadap kemampuan *caregiver* membantu minum obat teratur, aktifitas, interaksi sosial dan spiritual.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini menghasilkan temuan baru berupa model pemberdayaan *caregiver* dalam meningkatkan kemampuan merawat pasien skizofrenia dan modul pemberdayaan *caregiver* dalam meningkatkan kemampuan merawat pasien skizofrenia. Selain itu penelitian ini juga berkontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan kesehatan jiwa khususnya pada asuhan keperawatan pasien

skizofrenia yang dapat diaplikasikan di komunitas untuk menunjang keperawatan kesehatan jiwa komunitas.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan *caregiver* tentang cara merawat pasien skizofrenia dalam minum obat secara teratur, membantu aktifitas, membantu interaksi dan membantu spiritualitas.
2. Meningkatkan strategi coping, keyakinan, ketahanan *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia di rumah.
3. Menumbuhkan motivasi untuk perhatian (*respect*), tanggung jawab (*responsibility*), dan peduli (*care*) *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia di rumah.
4. Meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam merawat pasien skizofrenia dengan masalah harga diri rendah, isolasi sosial, halusinasi, risiko perilaku kekerasan dan defisit perawatan diri.

1.5 Rencana Temuan Baru

Penelitian ini menghasilkan model baru yaitu Pengembangan Model Pemberdayaan *Caregiver* dalam Meningkatkan Kemampuan Merawat Pasien Skizofrenia. Model baru berasal dari penggabungan dua model yaitu *Caregiver Empowerment Model* oleh Jones, *et al.*, (2011) digabungkan dengan *Caregiver Burden Model* (Gabriel, Aluko, & Ibrahim, 2019). *Caregiver Empowerment Model* memiliki kelebihan pemilihan *challenge* yang mempengaruhi hasil positif, dan kekurangan model belum sesuai dengan situasi pemberian perawatan skizofrenia

yaitu beban *caregiver*. Penelitian Strunoiu, *et al.*, (2019) menginformasikan *caregiver* yang merawat pasien skizofrenia mengalami beban dengan tingkat sedang dan sebagian tinggi. Sehingga dilakukan penambahan variabel beban dari *Caregiver Burden Model*. Kelebihan *Caregiver Burden Model* telah sesuai dengan situasi kondisi perawatan skizofrenia dengan *caregiver burden*, namun belum memiliki solusi beban. *Caregiver* yang memiliki beban berharap mendapat intervensi berupa pendidikan dari masalah yang dihadapi (Copanitsanou *et al.*, 2018). Berdasar hasil penelitian yang telah dilakukan maka penggabungan dua model tepat digunakan untuk perawatan pasien skizofrenia.

Dasar pertimbangan pembentukan model baru untuk diterapkan adalah dilaksanakannya Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang memiliki indikator pengobatan dan pemeliharaan pasien skizofrenia di Indonesia (Kemenkes RI., 2015). Pertimbangan selanjutnya adalah adanya budaya gotong royong, tepo sliro dan toleransi yang ada di masyarakat Indonesia (Rosyani, *et.al.*, 2019). Berdasar dua pertimbangan yang dikemukakan sebelumnya kiranya sangatlah tepat bila model baru diterapkan di Indonenia khususnya dan di dunia secara lebih luas.

Kelebihan penggabungan model baru adalah *caregiver burden* diberikan intervensi berupa pemberdayaan *caregiver* dengan pemilihan hasil positif. Pengembangan model dilakukan, pertama pada antiseden menggabungkan *background* dan *resources* dari *Caregiver Empowerment Model* oleh Jones, *et al.*, (2011) dengan karakteristik pasien dan karakteristik *caregiver* dari *Caregiver Burden Model* (Gabriel, *et al.*, 2019). Kedua, variabel *appraisal* untuk memilih *challenge* dengan hasil positif diberikan intervensi berupa pemberdayaan terdiri

dari: 1) pengetahuan meliputi skizofrenia, asuhan keperawatan jiwa (ISOS, HDR, ISOS, halusinasi, DPD) dan peran *caregiver*, 2) pemberdayaan meliputi fungsi keluarga, koping, *self efficacy*, pelayanan kesehatan, resiliensi, komitmen, 3) motivasi berbasis moral dan spiritual untuk menumbuhkan *responsibility, respect dan care*. *Caregiver* yang telah memiliki kemampuan merawat, berdaya dalam menghadapi tuntutan pengasuhan dan memiliki motivasi dalam tanggung jawab, penghargaan dan peduli dalam merawat pasien skizofrenia mempengaruhi *caregiver outcome*, berupa komitmen dalam membantu minum obat teratur, melakukan aktifitas, interaksi sosial dan spiritual mempengaruhi kondisi pasien dalam minum obat teratur, melakukan aktifitas, interaksi sosial dan spiritual (Keliat, 2011).