

Memahami Beban, Kondisi Psikososial dan Koping Keluarga (Caregivers) Dalam Merawat Penderita Gangguan Jiwa (Pendekatan Keluarga)

Rosyanti, Lilin; Hadi, Indriono

Lilin Rosyanti

Jurusan Keperawatan, Poltekkes
Kemenkes Kendari, Indonesia

Indriono Hadi

Jurusan Keperawatan, Poltekkes
Kemenkes Kendari, Indonesia

Health Information: Jurnal
Penelitian

Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia
ISSN: 2085-0840
ISSN-e: 2622-5905
tfrequency: Bianual
vol. 13, no. 2, 2021
jurnaldanhakcipta@poltekkes-kdi.ac.id

Abstrak: Keluarga berperan penting dalam proses penanganan pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa tidak dapat mengatasi masalah psikologisnya sendiri, sehingga membutuhkan dukungan terutama keluarga atau pengasuh. Merawat pasien adalah tugas berat yang menimbulkan tantangan sosial, fisik, psikologis, perilaku dan keuangan bagi keluarga, membuat keluarga rentan terhadap gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, dan masalah somatik. Tujuan ; Menggali gambaran beban dan kondisi psikososial serta koping keluarga (caregivers) dalam merawat pasien gangguan jiwa. Metodologi; Semua peer-review dan literatur dimasukkan dalam review, melalui pencarian database (MEDLINE, Embase, PsycINFO, Scopus, pudmed, Elsevier, Google Scholar). Data digali dan dirangkum sebagai review tulisan naratif ilmiah. Hasil ; Beban pengasuh: beban keuangan, beban transportasi, beban waktu, beban ekonomi, beban pengasuh perempuan dan hari tua, beban keselamatan pasien, beban konflik. Kondisi psikososial pengasuh: gangguan fungsi keluarga, stres/distress psikologis, gangguan rutinitas dan manajemen gejala pasien, kurangnya dukungan sosial, stigma dan diskriminasi. Koping yang digunakan; mendekatkan diri kepada pencipta/ibadah, berdoa, swadaya kelompok, penggunaan koping, kasih sayang, kesabaran, menambah pengetahuan, manajemen masalah, pemilihan tempat pengobatan, penggunaan galur. Kesimpulan; Ada tiga hal penting yang harus diperhatikan oleh caregiver/care giver dalam merawat pasien, yaitu: beban caregiver, kondisi psikologis caregiver, dan caregiver coping.

Kata kunci: gangguan jiwa, caregiver, beban, kondisi psikologis, koping

Abstract: Families play an important role in the process of treating patients with mental disorders. Mental patients cannot cope with their own psychological problems, so they need support, especially family or caregivers. Caring for a patient is a tough task that poses social, physical, psychological, behavioral and financial challenges for the family, making the family vulnerable to psychological disorders such as depression, anxiety, and somatic problems. Aim ; Exploring the description of the burden and psychosocial conditions as well as family coping (caregivers) in treating patients with mental disorders. Methodology; All peer-reviewed and literature were included in the review, via database searches (MEDLINE, Embase, PsycINFO, Scopus, pudmed, Elsevier, Google Scholar). Data was extracted and summarized as a review of scientific narrative writings. Results ; Caregiver burden: financial burden, transportation burden, time burden, economic burden, female caregiver burden and old age, patient safety burden, conflict burden. Psychosocial conditions of caregivers: impaired family functioning, psychological stress/distress, disruption of routine and symptom management of patients, lack of social support, stigma and discrimination. Coping used; get closer to the creator/worship, pray, self-help groups, use of coping, compassion, patience, increase knowledge, problem management, selection of treatment sites, use of strains. Conclusion; There are three important things that must be considered by caregivers/care givers in caring for patients, namely: caregiver burden, caregiver's psychological condition, and caregiver coping.

Keyword: mental disorder, caregiver, burden, psychological condition, coping

PENDAHULUAN

Pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia berkembang pesat sebagai respon terhadap kebijakan kesehatan nasional dan global untuk mendukung seseorang yang hidup dengan gangguan jiwa. Gangguan jiwa adalah penyakit kejiwaan yang ditandai dengan gangguan fungsi perilaku atau psikologis, adanya penyimpangan dari beberapa konsep normatif; berhubungan dengan penyakit, yang terdiri dari gangguan perkembangan saraf (retardasi mental, gangguan Autisme, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), gangguan Komunikasi dll), penyakit mental berat (skizofrenia, gangguan depresi mayor, gangguan bipolar dll) dan jenis gangguan jiwa lainnya dikategorikan dalam

kelompok masalah mental dan perilaku yang berbeda, semuanya dinamakan gangguan jiwa (Edition, 2013; Minichil, Getinet, Derajew, & Seid, 2019)

Keluarga berperan penting dalam proses perawatan pasien gangguan jiwa. Dalam perawatannya, dibutuhkan caregiver khususnya anggota keluarga. Pasien gangguan jiwa pada umumnya tidak dapat mengatasi masalah psikologisnya sendiri, sehingga membutuhkan dukungan dari orang lain terutama keluarga/caregiver. Setiap keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa dihadapkan pada pengalaman yang berbeda antara satu keluarga dengan keluarga lainnya. Pengasuhan terhadap pasien gangguan jiwa merupakan tanggung jawab berat, termasuk bantuan, perawatan praktis dan dukungan emosional. Perawatan merupakan tugas berat yang berisi tantangan sosial, emosional, perilaku, dan keuangan bagi keluarga menyebabkan mereka rentan terhadap tekanan mental seperti depresi, kecemasan, dan masalah somatik (Gupta & Sharma, 2013; Seid, Demilew, Yimer, & Mihretu, 2018)

Gangguan jiwa tidak hanya mempengaruhi individu yang telah didiagnosis tetapi juga keluarga, teman, dan orang terdekat di sekitar mereka. Gangguan psikologis dan beban berat akan dialami oleh keluarga yang merawat, terjadi distress mental di antara pengasuh dengan berbagai tingkat misalkan depresi, kecemasan, gangguan mood termasuk kehilangan harapan, perasaan sedih, kesepian, isolasi, ketakutan, mudah terganggu, gugup, gejala somatik seperti sakit kepala, kelelahan, dan insomnia yang timbul dari memberikan perawatan untuk anggota keluarga yang sakit gangguan jiwa (Crowe & Brinkley, 2015).

Pengasuhan adalah tanggung jawab yang membutuhkan waktu yang panjang, menimbulkan masalah sosial, emosional, perilaku, dan keuangan bagi pengasuh dan menyebabkan berbagai keterbatasan pada kehidupan pribadi mereka. Pengasuh dalam keluarga sering digambarkan sebagai pasien yang terlupakan. Pengasuh sering mengalami tekanan psikologis termasuk perubahan suasana hati, kelelahan, sakit kepala, nyeri sendi dan otot, dan konflik perkawinan dan keluarga. (Tabeleão, Tomasi, & Quevedo, 2014)

METODE

Artikel ini meninjau secara sistematis, mengeksplorasi Gambaran Beban dan Kondisi Psikososial Serta Koping Keluarga (Caregivers) Dalam Merawat Penderita Gangguan Jiwa. Semua peer-review dan literatur dimasukkan dalam review, yang diidentifikasi melalui pencarian database (MEDLINE, Embase, PsycINFO, Scopus, pudmed, Elsevier, Google Scholar). Tulisan ini mencakup segala jenis desain studi yang menggambarkan atau mengevaluasi Beban dan Kondisi Psikososial Serta Koping keluarga atau pengasuh Keluarga (Caregivers) Dalam Merawat Penderita Gangguan Jiwa. Data diekstraksi dan diringkas sebagai ulasan tulisan naratif ilmiah.

HASIL DAN PEMBAHASAN

BEBAN CAREGIVER

Beberapa tinjauan beban yang dialami oleh pengasuh/caregiver ketika merawat keluarga yang mengalami gangguan jiwa :

1. Beban Pengasuh (Caregiver)

Gangguan jiwa memiliki konsekuensi bagi dirinya sendiri dan keluarga yang merawat mereka. Dampak pada pasien akan mengalami hambatan perawatan diri, penurunan hubungan sosial, hilangnya kesempatan kerja. Sedangkan Keluarga pasien mengalami gangguan emosional dan psikologis seperti adanya perasaan kehilangan dan kesedihan, yang disebabkan ketidakpastian dan perasaan malu, bersalah, dan marah, terisolasi dari pergaulan sosial. Selain itu kehidupan pribadi mereka terganggu karena adanya anggota keluarga yang harus dirawat, terjadi perubahan peran sehingga dapat menimbulkan stres, secara fisik, psikologis maupun ekonomi. (Zhou et al., 2021)

2. Beban Kendala Keuangan

Masalah keuangan menjadi prioritas utama Ketika merawat anggota keluarga gangguan mental. keluarga memiliki waktu terbatas dalam bekerja mendapatkan uang karena sebagian besar waktu digunakan untuk merawat kerabat mereka. Uang yang diperoleh dengan waktu kerja yang terbatas digunakan untuk transportasi ke rumah sakit, membeli obat-obatan, dan kegiatan lain. Sebagian pengasuh akan bekerja atau menjual barang miliknya serta sumber daya lainnya seperti pakaian pribadi, ternak, sampai barang miliknya habis. Pengasuh juga terlibat dalam pekerjaan kasar untuk tetap bertahan dari krisis ekonomi. Beberapa pengasuh tidak dapat bekerja karena harus tinggal di rumah dan merawat orang yang sakit. Pengasuh yang tidak dapat bekerja sebagian besar bergantung pada kerabat jauh lainnya untuk dukungan keuangan. Beberapa pengasuh mengungkapkan keputusan dalam membuat keuntungan ekonomi sambil merawat kerabat mereka yang sakit (Ae-Ngibise et al., 2015)

3. Beban Biaya transportasi

Adanya tekanan keuangan disebabkan peningkatan biaya untuk perawatan pasien, dan penurunan jam kerja terutama jarak tinggal jauh dari rumah sakit, perjalanan dilakukan dengan taksi, angkutan umum sehingga sebagian besar keluarga mengalami krisis keuangan berganda dengan sedikit uang yang mereka miliki. Beberapa tidak datang ke rumah sakit selama dua bulan atau lebih dan menitipkan pada kerabat untuk mengambil obat di klinik. (Ae-Ngibise et al., 2015; Zhang, Mellsop, Brink, & Wang, 2015)

Beban yang lain adalah saat mengantar pasien yang tidak mau ke perawatan psikiatri selalu melelahkan bagi pemberi perawatan. Proses ini sering melibatkan kekuatan, ancaman, atau tindakan pemaksaan dalam pengaturan sosial yang selanjutnya meningkatkan antagonisme pada pasien yang mengarah ke penolakan perawatan dan kekerasan. Keengganan pasien

untuk perawatan kejiwaan karena beberapa faktor seperti tingkat keparahan penyakit, wawasan yang buruk, episode afektif, gangguan psikotik, usia muda, percobaan bunuh diri baru-baru ini, imigrasi, etnis minoritas, jenis kelamin laki-laki, dan masalah hukum (Zhang et al., 2015)

4. Beban waktu

Sebagian besar pengasuh menghabiskan sebagian besar waktu mereka untuk merawat kerabat mereka yang menderita gangguan jiwa. Beberapa tanggung jawab pengasuh termasuk mandi, mencari perawatan medis, kunjungan ke dukun tradisional, keamanan, menyiapkan makanan dan memberi mereka makan dan membantu mereka dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Beberapa pengasuh merasa lebih menderita daripada yang sakit. Durasi yang dihabiskan untuk merawat pasien bervariasi pada kasus khusus, selama penyakit pasien tidak sembuh, maka mereka akan terus merawatnya. Timbulnya reaksi emosional stress dan frustrasi karena waktu yang dihabiskan untuk merawat pasien (Ae-Ngibise et al., 2015; Hajebi, Naserbakht, & Minoletti, 2019)

5. Beban Biaya obat

Selain biaya transportasi, kekurangan obat di rumah sakit mengganggu sistem perawatan pasien. Pengobatan sebagai komponen penting dan keluarga sebagai sumber daya inti akan membantu mempertahankan kepatuhan. Obat dinyatakan sebagai kontributor utama untuk perbaikan pasien. Sehingga jika menggunakan lebih dari dua jenis obat dan obatnya tidak didapatkan dirumah sakit dan harus membelinya di apotek swasta. Sehingga pasien menggunakan satu jenis obat karena ketidakmampuan keluarga. Kurangnya uang untuk transportasi dan obat-obatan untuk pasien diduga menjadi kendala utama untuk perbaikan pasien, dan munculnya perilaku destruktif. (Marimbe et al., 2016; Nirmala, Vranda, & Reddy, 2011)

6. Beban Lebih Tinggi Pada Pengasuh Wanita Dan Usia Lebih Tua

Beban perawatan lebih tinggi di antara pengasuh keluarga perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan secara alami cenderung mengambil peran sebagai pengasuh bagi anggota keluarga dan kerabat yang sakit mental. Selain itu, pengasuh perempuan memiliki lebih banyak beban emosional, sosial, keuangan dan hubungan dan karena itu lebih rentan terhadap beban perawatan, tidak seperti, laki-laki yang cenderung memiliki sikap lebih 'gaya manajerial' untuk menjauhkan diri dari situasi stres. Lebih banyak beban di antara orang yang lebih tua, karena memikul lebih banyak tanggung jawab dalam perawatan daripada orang yang lebih muda, terutama menyediakan kebutuhan keuangan, sosial dan medis dari kerabat mereka yang sakit, menjadi wali dari orang-orang yang sakit jiwa (Ampalam et al., 2012; Kok & Reynolds, 2017)

Beban yang dialami oleh pengasuh lebih tinggi pada pengasuh perempuan, lanjut usia, dan bercerai. Beberapa tanggung jawab yang dimiliki perempuan di sebagian besar keluarga, termasuk rumah, pekerjaan rumah, merawat anak-anak, menjadi pengasuh utama pasien atau orang tua dalam keluarga, dan terkadang pekerjaan. Semua faktor ini dapat meningkatkan tanggung jawab dan akibatnya ketegangan dan kesusahan pada wanita dan meningkatkan beban yang dialami oleh mereka. Beban yang dialami oleh pengasuh yang bercerai atau janda lebih tinggi disebabkan oleh penurunan dukungan sosial, terutama dukungan sosial yang dirasakan, pada peserta yang bercerai atau janda. Bercerai memiliki persepsi yang lebih rendah tentang dukungan sosial di masyarakat; dan masalah ini dapat menambah beban yang dialami oleh pengasuh tersebut (Hajebi et al., 2019)

7. Beban Keselamatan pasien

Pengasuh menyatakan keprihatinan tentang keselamatan pasien yang kadang-kadang menyerang dan membunuh orang lain atau diri mereka sendiri. Kekhawatiran anggota keluarga terhadap keselamatan kerabat yang sakit jiwa menyebabkan keluarga mengalami kecemasan terutama ketika kerabat tersesat di jalan atau ketika mereka mengganggu dan melakukan kekerasan. Orang tua yang merawat pasien gangguan jiwa mengalami beban berat, ketika kerabat yang sakit keluar, mereka tidak ingat untuk kembali ke rumah. Para pengasuh harus meluangkan waktu dan tenaga untuk mencari pasien di mana-mana, kadang tersesat selama beberapa minggu. Pasien lebih agresif dan kasar ketika mereka tidak minum obat ketahanan keluarga terganggu ketika pasien mengganggu kehidupan sosial keluarga yang normal seperti dengan mencegah anggota keluarga melakukan aktivitas dasar seperti makan dan menonton televisi. (Nirmala et al., 2011)

8. Beban adanya Konflik dengan tetangga

Perilaku anggota keluarga yang sakit jiwa terkadang tidak terkendali dengan reaksi berlebihan seperti marah-marah, berteriak-teriak, mengucapkan kata-kata hinaan yang kasar dan memukul baik pada keluarga yang merawat maupun orang lain, sehingga menyebabkan adanya kesulitan dalam membentuk dan mempertahankan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya. Beberapa pengasuh telah disalahkan atas perilaku kerabat mereka di pengadilan yang menyebabkan kesalahpahaman yang tak ada habisnya antara keluarga dengan kerabat yang sakit dan keluarga tetangga (Nuralita, Camellia, & Loebis, 2019)

KONDISI PSIKOSOSIAL PENGASUH

1. Gangguan fungsi keluarga

Fungsi keluarga adalah kemampuan keluarga untuk melanjutkan aktivitas sehari-hari meskipun ada ancaman internal atau eksternal. Gangguan dalam rutinitas normal disebabkan merawat dan menjaga kerabat gangguan jiwa dalam rumah. sepanjang waktu caregiver memikirkan kerabat mereka

yang sakit dan rasa malu yang menyertai; Melakukan ritual menjadi sumber kekhawatiran dan stres; tidak bisa tidur; tugas sehari-hari terganggu; hubungan sosial terpengaruh secara negatif; gangguan interaksi dengan rekan kerja lainnya; adanya stigma masyarakat terhadap orang-orang dengan masalah mental. Pengasuh mengalami gangguan emosional ketika anggota keluarga menjadi agresif atau kasar baik pada pengasuh atau orang lain. Hal ini terutama mengkhawatirkan bagi pengasuh ketika agresi terjadi pada teman baru yang mengunjungi rumah untuk pertama kalinya (Ae-Ngibise et al., 2015; Fernandes, Fernandes, Almeida, & Cunningham, 2021; Gupta & Sharma, 2013)

2. Tekanan psikologis / distress psikologis pengasuh

Dampak emosional anggota keluarga karena pengasuhan adalah area yang mengubah kualitas pengasuhan, dinyatakan dalam bentuk tekanan psikologis yang dinilai bahwa hal tersebut membebani atau melebihi sumber daya dan membahayakan kesejahteraannya. "tekanan psikologis" sering diterapkan pada kombinasi gejala yang tidak dapat dibedakan mulai dari gejala depresi dan kecemasan umum hingga ciri-ciri kepribadian, cacat fungsional, dan masalah perilaku. Tekanan psikologis adalah keadaan penderitaan emosional yang disertai dengan gejala depresi (kehilangan minat, kesedihan, dan keputusan) serta kecemasan (kegelisahan, takut), yang berhubungan dengan gejala somatik (insomnia, sakit kepala, dan kelemahan) yang terjadi serta berbeda diantara budaya. (Raj, Shiri, & Jangam, 2016)

Penderitaan dan beban selama perawatan, akan mempengaruhi kualitas hidup dan kesehatan pengasuh, serta produktivitas sebagai individu, selanjutnya mempengaruhi kemampuan pengasuh untuk memberikan perawatan yang berkualitas bagi kerabat yang sakit, sehingga memperburuk kesehatan mental kerabat yang sakit dan mengurangi kemungkinan pemulihan atau peningkatan kesehatan mereka. (Minichil et al., 2019). Konsekuensi kesehatan mental yang paling umum pada pengasuh adalah depresi, kecemasan dan kelelahan. Studi yang dilakukan menunjukkan bahwa pengasuh mengalami beban di berbagai bidang termasuk efek pada fungsi keluarga, isolasi sosial, masalah keuangan, dan kesehatan. 18-47% pengasuh mengalami depresi. Juga diketahui bahwa merawat seseorang dengan penyakit kejiwaan dikaitkan dengan tingkat stres yang lebih tinggi daripada merawat seseorang dengan gangguan fungsional dari penyakit medis kronis lainnya. Dukungan sosial yang buruk dan tingkat keparahan penyakit memiliki peran utama dalam menentukan jumlah beban pada pengasuh. (Ampalam et al., 2012)

3. Gangguan Rutinitas dan Masalah dalam mengelola gejala pasien

Gangguan tugas-tugas rumah tangga dan tanggung jawab lainnya adalah beban berat bagi pengasuh. Gejala pasien yang tidak dapat diprediksi menjadi faktor yang membatasi waktu pengasuh dalam tanggung jawab terhadap fungsi keluarga lainnya. Orang tua pasien dengan penyakit mental memiliki peran ganda termasuk merawat pasien serta memastikan bahwa anggota

keluarga lainnya mendapatkan kebutuhan mereka terpenuhi. Keluarga mengalami kesulitan dalam mengatasi gejala pasien. Mereka menyatakan keprihatinan tidak ada orang lain yang akan mampu menangani perilaku pasien yang tidak terduga. Pengasuh adalah yang telah belajar bagaimana menangani perilaku pasien; oleh karena itu, pengasuh harus tetap di rumah untuk melindungi pasien dan orang lain dari perilaku pasien yang tidak terkontrol. Sebagian besar mengungkapkan rasa takut diserang oleh pasien serta kekhawatiran akan keselamatan pasien. (Crowe & Brinkley, 2015)

4. Kurangnya dukungan sosial

Gejala penyakit pasien akan meningkat, jika pasien tidak mendapatkan dukungan dari orang lain, baik keluarga maupun orang sekitarnya. Adanya jarak yang semakin jauh antara kerabat lain dan pengasuh seiring gejala pasien meningkat. Ketidaktahuan anggota keluarga tentang sifat penyakit mental sebagai faktor penyebab kurangnya dukungan karena sebagian besar dari mereka berpikir bahwa penyakit itu berlangsung singkat. Pengasuh mengalami perasaan tidak berdaya terkait dengan fakta bahwa tidak ada orang lain yang bersedia membantu mereka merawat keluarga mereka mereka dan bahwa mereka harus bertahan dengan masalah pengasuhan dan sangat membutuhkan kerja sama dengan anggota keluarga lainnya. (Igberase, Morakinyo, Lawani, James, & Omoaregba, 2012)

Masalah utama yang dihadapi oleh pengasuh keluarga ketika merawat pasien sakit jiwa adalah kurangnya dukungan sosial, stigma, dan konflik yang disebabkan oleh pasien. Kendala keuangan antara penyakit mental dan kemiskina. Penyakit mental tidak dapat menghasilkan pendapatan dan mereka sering kali harus bergantung pada dukungan keuangan dari anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar dan membayar pengeluaran kesehatan. Dengan demikian, anggota keluarga sebaiknya memberikan waktu tersendiri untuk merawat anggota keluarga yang sakit, Sehingga memberikan kesempatan bagi pengasuh untuk mendapatkan atau mempertahankan pekerjaan dan penghasilan, agar tidak terjadi kemiskinan dan mencegah penurunan kondisi pasien memburuk (Igberase et al., 2012)

5. Stigma dan diskriminasi

anggota keluarga mengalami beban yang berat dalam memberikan perawatan dan dukungan yang diperlukan dalam merawat pasien gangguan jiwa. Pada umumnya pasien gangguan jiwa biasanya berkonsultasi dengan dukun dan tidak datang ke fasilitas kesehatan. Keyakinan tentang penyebab penyakit mental menjadi salah satu alasan tidak mencari perawatan kesehatan. Sebagian besar anggota keluarga memandang penyakit mental bukan sebagai penyakit, tetapi sebagai kutukan; produk sihir dan roh jahat. dalam semua kasus, anggota keluarga menanggung banyak beban penyakit ganggua mental yang dialami pasien dan ini mempengaruhi mereka secara

psikologis dan sosial.(Caqueo-Urizar & Gutiérrez-Maldonado, 2006; Chiu, Wesson, & Sadavoy, 2013; Ssebunnya, Kigozi, Lund, Kizza, & Okello, 2009)

Pada umumnya masyarakat memiliki sikap negatif terhadap kerabat mereka yang sakit mental, kerabatnya lebih distigmatisasi daripada pengasuh itu sendiri dan ketika mereka mendengar atau melihat kerabat mereka yang sakit dikucilkan, mereka merasa bersalah dan terganggu secara psikologis. stigma dan diskriminasi masyarakat diperparah oleh sikap negatif dari kerabat dekat terhadap pengasuh, sehingga menciptakan jarak yang semakin jauh antara mereka dan masyarakat pada umumnya. Stigma di antara anggota keluarga, setelah timbulnya penyakit, menjadi beban yang tak tertahankan bagi pengasuh. Stigma disebabkan kurangnya pengetahuan tentang sifat penyakit mental. Perlunya pendidikan tentang penyakit mental harus diberikan kepada orang-orang untuk mencegah stigma dan diskriminasi. Dukungan sosial penting untuk kesejahteraan keluarga yang terkena gangguan jiwa. Sebuah temuan penelitian mengungkapkan bahwa keluarga harus mengambil peran utama dalam mendukung kerabat dengan penyakit mental; dan rencana kolaboratif mencakup strategi untuk membantu anggota keluarga dalam menangani stigma. Ada hubungan antara dukungan sosial caregiver dengan stigma pada kerabat gangguan jiwa. stigma dapat mengikis moral pengasuh keluarga dan mengakibatkan penarikan keluarga sehingga kadang terjadi menyembunyikan pasien untuk menghindari stigma dan diskriminasi sosial. (Minichil et al., 2019; Perlick et al., 2007)

Pada umumnya pasien gangguan jiwa biasanya berkonsultasi dengan dukun dan tidak datang ke fasilitas kesehatan. Keyakinan tentang penyebab penyakit mental menjadi salah satu alasan tidak mencari perawatan kesehatan. Sebagian besar anggota keluarga memandang penyakit mental bukan sebagai penyakit, tetapi sebagai kutukan; produk sihir dan roh jahat, dalam semua kasus, anggota keluarga menanggung banyak beban penyakit gangguan mental dan mempengaruhi mereka secara psikologis dan sosial (Caqueo-Urizar & Gutiérrez-Maldonado, 2006; Chiu et al., 2013; Ssebunnya et al., 2009)

KOPING YANG DIGUNAKAN PENGASUH

Gangguan jiwa dapat menyebabkan berbagai masalah psikososial, disertai penurunan kualitas hidup anggota keluarga yang sehat, adanya jarak dalam hubungan sosial antara pasien dan keluarga. Tekanan psikososial semakin meningkat disebabkan stigma yang melekat pada pasien, menjadi masalah yang mempengaruhi diri pasien dan keluarga. Dibutuhkan adaptasi dan penggunaan Koping yang tepat yang diterapkan saat merawat pasien gangguan jiwa. Mekanisme koping yang di gunakan keluarga saat menangani pasien gangguan jiwa berbeda tiap keluarga sesuai dengan latar belakang sosial, budaya, agama dll. (Iseselo, Kajula, & Yahya-Malima, 2016). Beberapa mekanisme koping yang digunakan pengasuh keluarga:

1. Mendekatkan diri kepada sang pencipta dengan ibadah, doa

Strategi koping merupakan aspek penting dalam merawat pasien dengan penyakit mental. Pengasuh dalam menangani perilaku mengganggu pasien adalah dengan ibadah dan doa adalah salah satu strategi koping yang banyak digunakan.(Iseselo et al., 2016). Terapi yang dapat di gunakan adalah terapi SQEFT (spritual quranic emotional freedom tehnic) dapat di gunakan untuk mengatasi gangguan jiwa yang dialami pasien, dan gangguan psikologis pada pengasuh. (Lilin, Veny, Indriono, & Syahrianti, 2018; Rosyanti et al.)

Pengasuh yang lebih tua lebih religius daripada orang dewasa yang lebih muda. Berdoa sebagai salah satu mekanisme koping, kebiasaan berdoa sebagai cara untuk menghadapi semua masalah dan perilaku selama pengasuhan. Pengasuh lebih dekat kepada sang pencipta dan mencari layanan rumah sakit (Iseselo et al., 2016; Triana & Sudjarmiko, 2021) Sebagian besar waktu pengasuh menggunakan doa yang dipanjatkan berharap adanya kesembuhan serta rejimen pengobatan sebagai mekanisme koping dalam mengatasi stres merawat kerabat mereka yang sakit. Doa dan puasa oleh pasien dan pengasuh sering dilakukan untuk kesembuhan (Ae-Ngibise et al., 2015; Rosyanti et al., 2018)

2. Kebutuhan kelompok swadaya

Perlunya kelompok dukungan sosial untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gangguan jiwa. Tetangga dan masyarakat menjadi faktor penting untuk dukungan sosial yang sangat penting untuk kesembuhan pasien dan caregiver. Kelompok sosial dapat berupa pendidikan; keagamaan; interaksi sosial; organisasi dan kegiatan apapun yang membantu pasien dan keluarga menjalin hubungan sosial sehingga meringankan rasa kesepian dan rasa terisolasi. Pendidikan dapat meningkatkan fungsi kognitif yang dapat memburuk terutama pada caregiver yang setiap hari merawat pasien. Dibutuhkan kelompok pendukung caregiver untuk mengatasi masalah fisik dan psikologis yang dialami oleh caregiver. Perlu dukungan profesional, sosial saat mencurahkan tekanan emosional yang dirasakan. Dukungan dari keluarga, teman dan sahabat menjadi bagian penting untuk mendapatkan bantuan praktis dalam pengelolaan gangguan emosional yang di alami, yang terdiri dari orang tua, anak-anak, saudara kandung, pasangan atau mitra, keluarga besar, teman dekat, tetangga, rekan kerja, pelatih dan guru. (Chiu et al., 2013)

3. Koping Penerimaan dan keyakinan

Dua strategi untuk mengatasi masalah yang ada. Pengasuh belajar untuk menerima dan menenangkan perilaku menyimpang kerabat yang sakit mental untuk menghindari ketidakpuasan dan kekecewaan yang dapat diakibatkan oleh perilaku aneh pasien. Pengasuh keluarga sebaiknya mengambil langkah positif strategi pemecahan masalah untuk memenuhi kebutuhan psikologis, emosional dan praktis kerabat mereka. Sebagian besar anggota keluarga membawa kerabat mereka yang sakit ke rumah sakit setelah berkonsultasi; Pengasuh keluarga mencari dukungan agama sebagai satu-

satunya sarana harapan dan dorongan. Mereka mengatakan bahwa praktik keagamaan memberi mereka ketenangan pikiran dan membantu mereka bertahan dalam situasi pengasuhan, berdoa akan mengurangi penderitaan kerabat mereka yang sakit, sehingga meningkatkan ibadah dan iman sangat diperlukan untuk terus merawat kerabat, terlepas dari perilaku destruktif dari pasien.(Triana & Sudjarmiko, 2021)

4. Cinta, kesabaran, dan pengetahuan tentang masalah

Strategi koping caregiver adalah hal penting dalam situasi sulit. Banyak pengasuh memperlihatkan keputusan ketika menghadapi masalah sosial dan masalah psikologis saat merawat pasien. Keluarga adalah sumber utama dukungan untuk pengasuh secara fisik, finansial dan emosional. Pengasuhan terjadi di keluarga inti. (Sheth, 2005). Stigma sebagai tantangan sosial terbesar yang mempengaruhi keluarga merawat pasien dengan penyakit mental, mengikis moral pengasuh keluarga dan mengakibatkan penarikan pendukung potensial. Pengasuh akan kehilangan dukungan dari kerabat dekat mereka serta sumber dukungan sosial lainnya setelah timbulnya penyakit mental kerabat mereka. stigma dan diskriminasi merupakan fenomena sosial dan budaya. Stigma akan menyebabkan pasien terkucilkan, sehingga memperburuk gangguan jiwa yang diderita. Stigma ditujukan selain pada penderita gangguan jiwa, juga ditujukan pada keluarga pasien. Stigma ini menjadi ciri khas perbedaan antara penyakit fisik dengan gangguan jiwa. Selain itu, adanya keyakinan pada masyarakat bahwa gangguan jiwa terjadi akibat dari supranatural dan keturunan orang tua atau kerabat terdekatnya. (Kakuma et al., 2010; Mwape et al., 2010). Untuk itu fungsi keluarga sangat penting ketika menghadapi stigma dengan adanya berbagai masalah yang ada sehingga pengasuh harus mempertahankan rasa cinta, sayang dan pengetahuan agar dapat bertahan dan memperkuat fungsi keluarga.(Chien, Chan, & Morrissey, 2007; Udoh, Omorere, Sunday, Osasu, & Amoo, 2021)

5. Meningkatkan pengetahuan dalam ketahanan merawat keluarga gg mental

Keluarga dengan penyakit mental memiliki kebutuhan khusus, sehingga pentingnya untuk belajar bagaimana berhubungan dengan orang yang sakit, dan memahami penyakit dan manifestasinya. Dengan memperoleh pengetahuan, akan mampu mengatasi situasi yang merugikan dan merawat pasien. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit menyebabkan keluarga melaporkan kasus stigma dan meragukan kebenaran diagnosis dan penyakit. Banyak pengasuh keluarga melihat kehidupan sosial mereka terbatas, tidak hanya karena beban merawat pasien, tetapi juga karena penolakan yang disebabkan oleh stigma. Selain rasa malu, pengasuh keluarga merasa bersalah atas penyakit kerabatnya, yang mengarah pada pemicu stigma mereka sendiri, dan perasaan ini sering menyebabkan menghindari situasi sosial. Perlunya adanya kompetensi sosial, yang dapat tercermin adanya keterampilan dasar

percakapan dan dalam pemeliharaan hubungan, yang memerlukan upaya lebih besar dari keluarga untuk mempertahankan hubungan (Fernandes et al., 2021)

6. Menghadapi Masalah secara langsung : (Jaeger, Hüther, & Steinert, 2019)

Adanya Stigma, diskriminasi dan eksklusi, Kesulitan hidup/beban ekonomi, berbagai Masalah yang berhubungan dengan penyakit mental, Hubungan keluarga, Masalah pelayanan kesehatan jiwa, Kurangnya rehabilitasi. Masalah kesehatan mental menyebabkan kesulitan pribadi, keluarga, sosial dan ekonomi. Peran dan tanggung jawab keluarga dan pengasuh dalam menanggapi masalah melalui pengobatan dan perawatan, pengajaran, penelitian dan pembuatan kebijakan perlu diakui dan dihormati dengan cara yang lebih nyata. Pengalaman merawat anggota keluarga dengan kesehatan mental dapat membawa manfaat, tetapi dapat meningkatkan penderitaan anggota keluarga dan meningkatkan risiko sejumlah masalah fisik, psikologis, sosial dan keuangan. Sehingga penting mendukung ketahanan pasien dan keluarga, dan memeriksa kekuatan mereka dan faktor-faktor yang melindungi mereka. Konsekuensi jangka panjang dari perawatan dan dukungan, informasi dan pelatihan yang penting bagi pasien dan keluarga pada berbagai tahap penyakit secara mendalam dan pemberdayaan serta komunikasi yang tepat dengan layanan yang diformalkan. (Javed & Herrman, 2017)

7. Memilih Membawa Anggota Keluarga Untuk Dirawat Kerumah Sakit

Pengasuh, yang tinggal dengan pasien gangguan jiwa, pada umumnya anggota keluarga berasal dari status sosial ekonomi rendah. Sebagian besar tidak memiliki pengetahuan, ketidaksengajaan dan psikopatologi parah yang menjadi faktor pengasuh menggunakan beberapa metode koersif untuk membawa pasien ke rumah sakit Karena memiliki risiko membahayakan diri sendiri, orang lain, dan properti publik atau pribadi, dan itulah alasan utama untuk membawa pasien ke perawatan psikiatri akut dan darurat. Termasuk ketidakmampuan untuk merawat pasien dan masalah minum obat (G. S. Gowda et al., 2018). Sebagian besar pengasuh membawa pasien ke rumah sakit dengan alasan ; (a) kunjungan ke rumah sakit untuk konsultasi, masalah kesehatan, (b) mengunjungi rumah sakit untuk melihat beberapa kerabat lain yang dirawat, dan (c) beberapa fungsi sosial. Hal yang paling sulit diungkapkan oleh caregiver adalah membawa pasien ke pelayanan kesehatan daripada menemani pasien selama dirawat dirumah. (G. S. Gowda et al., 2018)

8. Pengasuh menyetujui penggunaan strain

Pengasuh menyetujui penggunaan pengkekangan kimia; pengkekangan fisik dan ECT selama perawatan psikiatri akut dan darurat ketika kapasitas pengambilan keputusan pasien hilang. Pentingnya melibatkan kerabat dalam pengobatan dan perencanaan perawatan pasien yang dapat ditingkatkan dengan komunikasi yang tepat dan pengambilan keputusan bersama antara

pengasuh dan penyedia layanan kesehatan. Keterlibatan keluarga dalam perawatan dapat membantu mengatasi penurunan pengalaman pengobatan koersif. (Dirik et al., 2017; Guru S. Gowda et al., 2019)

REFERENSI

- Ae-Ngibise, K. A., Doku, V. C. K., Asante, K. P., & Owusu-Agyei, S. (2015). The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Global Health Action*, 8(1), 26957. doi: 10.3402/gha.v8.26957
- Ampalam, P., Gunturu, S., & Padma, V. (2012). A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian journal of psychiatry*, 54(3), 239-243. doi: 10.4103/0019-5545.102423
- Bøen, H., Dalgard, O. S., & Bjertness, E. (2012). The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC geriatrics*, 12(1), 1-12.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-724.
- Carrà, G., Cazzullo, C. L., & Clerici, M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC Psychiatry*, 12, 140. doi: 10.1186/1471-244x-12-140
- Chien, W. T., Chan, S. W., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*, 16(6), 1151-1161. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01501.x
- Chiu, M., Wesson, V., & Sadavoy, J. (2013). Improving caregiving competence, stress coping, and mental well-being in informal dementia carers. *World journal of psychiatry*, 3(3), 65-73. doi: 10.5498/wjp.v3.i3.65
- Crowe, A., & Brinkley, J. (2015). Distress in caregivers of a family member with serious mental illness. *The Family Journal*, 23(3), 286-294.
- Dirik, A., Sandhu, S., Giacco, D., Barrett, K., Bennison, G., Collinson, S., & Priebe, S. (2017). Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*, 7(9), e017680-e017680. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017680
- Edition, F. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Am Psychiatric Assoc, 21.
- Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., Almeida, A. S., & Cunningham, R. C. (2021). Barriers to Family Resilience in Caregivers of People Who Have Schizophrenia. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 53(4), 393-399.

doi: 10.1111/jnu.12651

- Gowda, G. S., Kumar, C. N., Ray, S., Das, S., Nanjegowda, R. B., & Math, S. B. (2019). Caregivers' Attitude and Perspective on Coercion and Restraint Practices on Psychiatric Inpatients from South India. *Journal of neurosciences in rural practice*, 10(2), 261-266. doi: 10.4103/jnrp.jnrp_302_18
- Gowda, G. S., Lepping, P., Noorthoorn, E. O., Ali, S. F., Kumar, C. N., Raveesh, B. N., & Math, S. B. (2018). Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian J Psychiatr*, 36, 10-16. doi: 10.1016/j.ajp.2018.05.024
- Gupta, A., & Sharma, R. (2013). Burden and coping of caregivers of physical and mental illnesses. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 367-374.
- Hajebi, A., Naserbakht, M., & Minoletti, A. (2019). Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 54-54. doi: 10.34171/mjiri.33.54
- Igberase, O. O., Morakinyo, O., Lawani, A. O., James, B. O., & Omoaregba, J. O. (2012). Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *International Journal of social psychiatry*, 58(2), 131-137.
- Iseselo, M. K., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16(1), 146. doi: 10.1186/s12888-016-0857-y
- Jaeger, S., Hüther, F., & Steinert, T. (2019). Refusing Medication Therapy in Involuntary Inpatient Treatment-A Multiperspective Qualitative Study. *Frontiers in psychiatry*, 10, 295-295. doi: 10.3389/fpsy.2019.00295
- Javed, A., & Herrman, H. (2017). Involving patients, carers and families: an international perspective on emerging priorities. *BJPsych international*, 14(1), 1-4. doi: 10.1192/s2056474000001550
- Kakuma, R., Kleintjes, S., Lund, C., Drew, N., Green, A., & Flisher, A. (2010). Mental health stigma: what is being done to raise awareness and reduce stigma in South Africa? *African Journal of Psychiatry*, 13(2).
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F., 3rd. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*, 317(20), 2114-2122. doi: 10.1001/jama.2017.5706
- Larson, J. E., & Corrigan, P. (2008). The stigma of families with mental illness. *Academic psychiatry*, 32(2), 87-91.
- Lilin, R., Veny, H., Indriono, H., & Syahranti, S. (2018). Pendekatan Terapi Spiritual Al-quranic pada

Pasien Skizoprenia Tinjauan Sistematis. *Health Information*, 10(1), 39-52. doi: 10.36990/hijp.v10i1.103

Marimbe, B. D., Cowan, F., Kajawu, L., Muchirahondo, F., & Lund, C. (2016). Perceived burden of care and reported coping strategies and needs for family caregivers of people with mental disorders in Zimbabwe. *African journal of disability*, 5(1), 209-209. doi: 10.4102/ajod.v5i1.209

Minichil, W., Getinet, W., Derajew, H., & Seid, S. (2019). Depression and associated factors among primary caregivers of children and adolescents with mental illness in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 19(1), 249-249. doi: 10.1186/s12888-019-2228-y

Mwape, L., Sikwese, A., Kapungwe, A., Mwanza, J., Flisher, A., Lund, C., & Cooper, S. (2010). Integrating mental health into primary health care in Zambia: a care provider's perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 4(1), 1-9.

Nirmala, B. P., Vranda, M. N., & Reddy, S. (2011). Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. *Indian journal of psychological medicine*, 33(2), 119-122. doi: 10.4103/0253-7176.92052

Nuralita, N. S., Camellia, V., & Loebis, B. (2019). Relationship between Caregiver Burden and Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(16), 2583-2589. doi: 10.3889/oamjms.2019.394

Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Link, B. G., Struening, E., Kaczynski, R., Gonzalez, J., . . . Rosenheck, R. A. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(6), 535-536.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T., . . . Group, S.-B. F. E. C. S. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: a cluster analytic approach. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(6), 484.

Raj, E. A., Shiri, S., & Jangam, K. V. (2016). Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian journal of social psychiatry*, 32(1), 42.

Rosyanti, L., Hadi, I., Tanra, J., Hatta, M., Massi, M. N., & Islam, A. A. REDUCTION OF DRD2 MRNA EXPRESSION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS AFTER THE TECHNICAL INTERVENTION OF SPIRITUAL QUR'ANIC EMOTION FREEDOM. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 32, 3.

Rosyanti, L., Hadi, I., Tanra, J., Islam, A., Hatta, M., Hadju, V., . . . Ibrahim, K. (2018). The Effectiveness of Spiritual Qur'anic Emotional Freedom Technique (SQEFT) Intervence Against the Change of Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) on Patient with Schizophrenia. *Health Notions*, 2(8), 895-900.

- Seid, S., Demilew, D., Yimer, S., & Mihretu, A. (2018). Prevalence and Associated Factors of Mental Distress among Caregivers of Patients with Epilepsy in Ethiopia: A Cross-Sectional Study Design. *Psychiatry journal*, 2018, 2819643-2819643. doi: 10.1155/2018/2819643
- Shankar, J., & Muthuswamy, S. S. (2007). Support needs of family caregivers of people who experience mental illness and the role of mental health services. *Families in Society*, 88(2), 302-310.
- Sheth, H. C. (2005). Common problems in psychosocial rehabilitation. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 53-60.
- Ssebunnya, J., Kigozi, F., Lund, C., Kizza, D., & Okello, E. (2009). Stakeholder perceptions of mental health stigma and poverty in Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1), 1-9.
- Subandi, M. A., & Praptomojati, A. (2021). Cultural explanations of psychotic illness and care-seeking of family caregivers in Java, Indonesia. 58(1), 3-13. doi: 10.1177/1363461520916290
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Quevedo, L. d. Á. (2014). Burden on relatives of people with psychic disorder: levels and associated factors. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 41, 63-66.
- Triana, L., & Sudjatmiko, I. G. (2021). The Role of Religious Coping in Caregiving Stress. *Religions*, 12(6), 440.
- Udoh, E. E., Omorere, D. E., Sunday, O., Osasu, O. S., & Amoo, B. A. (2021). Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. *PLoS One*, 16(5), e0250309.
- Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1-11.
- Zhang, S., Mellsop, G., Brink, J., & Wang, X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuroscience bulletin*, 31(1), 99-112. doi: 10.1007/s12264-014-1493-5
- Zhou, Z., Wang, Y., Feng, P., Li, T., Tebes, J. K., Luan, R., & Yu, Y. (2021). Associations of Caregiving Knowledge and Skills With Caregiver Burden, Psychological Well-Being, and Coping Styles Among Primary Family Caregivers of People Living With Schizophrenia in China. *Frontiers in psychiatry*, 12.