



TESIS

**PENGALAMAN KELUARGA MENGHADAPI
KETIDAKPATUHAN ANGGOTA KELUARGA DENGAN
SKIZOFRENIA DALAM MENGIKUTI REGIMEN
TERAPEUTIK: PENGOBATAN**

Oleh:

Ice Yulia Wardani

0607195503

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009**



TESIS

**PENGALAMAN KELUARGA MENGHADAPI
KETIDAKPATUHAN ANGGOTA KELUARGA DENGAN
SKIZOFRENIA DALAM MENGIKUTI REGIMEN
TERAPEUTIK: PENGOBATAN**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

Oleh:

Ice Yulia Wardani

NPM 0607195503

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009**

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2009

Ice Yulia Wardani

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2009

Ice Yulia Wardani

Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan

xiii + 184 halaman+ 10 skema + 12 lampiran

Abstrak

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan merupakan masalah yang banyak dialami oleh pasien skizofrenia. Keluarga sebagai *caregiver* di rumah dituntut untuk mampu mengatasi masalah ini. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman mendalam tentang makna pengalaman menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Penelitian ini menggunakan desain fenomenologi deskriptif. Partisipan adalah *caregiver* pasien di rumah, yang didapatkan dengan cara *purposive sampling* sebanyak 12 orang yang berasal dari 9 keluarga pasien. Metode pengumpulan data adalah *indepth interview*, dengan tipe pertanyaan semi terstruktur. Hasil wawancara dalam bentuk transkrip dianalisa dengan menggunakan teknik Collaizi. Hasil penelitian mengidentifikasi sepuluh tema yaitu persepsi tentang kepatuhan meliputi perilaku patuh, penyebab patuh, durasi patuh setelah pasien dirawat di rumah sakit; sedangkan persepsi ketidak patuhan meliputi perilaku tidak patuh, penyebab, dan akibatnya; dukungan keluarga didapat dari keluarga dan masyarakat dalam bentuk dukungan instrumental, emosional, informasional, dan penilaian; merawat anggota keluarga yang tidak patuh dirasakan sebagai suatu beban sehingga keluarga menggunakan mekanisme koping baik positif maupun negatif; keluarga mengharapkan mendapatkan pelayanan yang mampu menumbuhkan atau meningkatkan kepatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia; penerimaan tanggung jawab dan perubahan sikap merupakan makna pengalaman keluarga dalam merawat pasien. Temuan penelitian ini menggambarkan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatan, meliputi dukungan yang diberikan, beban yang dirasakan, dan bagaimana keluarga mengatasi beban yang dirasakan. Temuan penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan oleh praktisi keperawatan baik di area praktik maupun area pendidikan untuk mengembangkan cara penanganan ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia. Penelitian ini merekomendasikan agar perawat memahami konsep ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia sehingga mampu memberikan intervensi keperawatan yang tepat baik untuk pasien maupun untuk keluarganya.

Kata kunci: Skizofrenia, pengalaman keluarga, dan ketidakpatuhan.

Daftar Pustaka: 61 (1974-2008)

MAGISTER PROGRAM OF FACULTY OF NURSING

UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2009

I Y. Wardani

Family's experience in facing the schizophrenia's family member's non-compliance in following the therapy regiment: treatment.

xiii + 184 pages + 10 schemas + 12 appendixes

Abstract

The non-compliance to the treatment is the common issue among the patients with schizophrenia. Family as the main caregiver at home was being charged to be able to solve this problem. The objective of the study was to understand deeply about the family experiences in facing the non-compliance the treatment of patient with schizophrenia. This study used the phenomenology descriptive design. The participants were the patient's caregiver at home, and they were taken by using purposive sampling technique. The number of participants were 12 people taken from 9 patients' family. The method used for collecting data was in-depth interview, with semi structure questions. The interview's transcript was then analyzed by using the Collaizi method. Ten themes were identified as study result. There are perception of compliance that consist of compliance behavior, the causes of compliance, the length of compliance after hospitalization; perception of non-compliance covers non compliance behavior, the causes and the impact; social support from family and community includes instrumental, emotional, informational, and appraisal support; applying positive or negative coping mechanism in caring for family member in response to family burden; family expectation for services that able to increase compliance; the meaning of family's experience in taking care their family members are acceptable responsibility and behavioral changes. The finding of this study described the family experience in treating the family member with non-compliance to the treatment, including the support given, the burden felt by the care giver, and the strategy used to ease the burden. The findings of this study can be used as reference by the nursing practitioners, both in clinical and educational area, to develop the strategy to solve the non-compliance of patients with schizophrenia. This study recommends the nurses to understand the concept of non-compliance in patients with schizophrenia in order to give proper nursing interventions both for patients and the family.

Keywords: schizophrenia, family's experience, and non-compliance

Reference: 69 (1974-2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas rahmat dan karunia-Nya laporan tesis dengan judul : **“Pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan”** dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di FIK UI.

Dalam penyusunan laporan ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D, selaku Dekan FIK UI
2. Krisna Yetty, M.App.Sc, selaku ketua Program Magister dan Spesialis FIK UI
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc, selaku pembimbing tesis yang telah membuka wawasan penulis, memberi bimbingan dan arahan dengan sabar, serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini
4. Wiwin Wiarsih, S.Kp., M.N., selaku pembimbing tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini
5. Herni Susanti, S.Kp, M.N., sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini

6. Teman-teman pengajar di Kelompok Keilmuan Jiwa dan Komunitas FIK UI, terima kasih atas masukan dan kesediaannya menjadi teman diskusi penulis
7. Bidang Diklat, Bidang Perawatan, dan khususnya teman-teman staf ruang Srikandi RSMM Bogor, terima kasih atas pengertian dan dukungannya
8. Seluruh partisipan penelitian, terima kasih atas kesediaannya berbagi pengalaman dengan peneliti, sehingga peneliti mempunyai kesempatan belajar banyak dari pengalaman tersebut. Semoga Allah SWT selalu memberikan kasih sayang dan kekuatan pada Bapak Ibu sekalian
9. Suami (Lukito), dan anak-anakku (Aisyah dan Arkan) tersayang, terima kasih atas bantuan dan pengertiannya, maaf atas waktu-waktu yang sering kalian lewatkan tanpa umi
10. Mama dan Papa atas doa, dukungan, dan pengorbanannya menjaga cucu tercinta selama penulis melanjutkan studi
11. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga tesis ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Jakarta, Juli 2009

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL..... | i |
| PERNYATAAN PERSETUJUAN..... | ii |
| LEMBAR NAMA PENGUJI TESIS..... | iii |
| PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT..... | iv |
| ABSTRAK..... | v |
| KATA PENGANTAR..... | vii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR SKEMA..... | xi |
| DAFTAR GAMBAR..... | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | xiii |
| BAB I. PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 11 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 12 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 12 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Kepatuhan Pasien Skizoprenia..... | 14 |
| B. Keluarga Sebagai Pendukung kepatuhan..... | 27 |
| C. Dampak Ketidapatuhan | 36 |
| D. Peran Perawat Spesialis Jiwa | 43 |
| E. Kerangka Pikir Penelitian | 46 |

BAB III METODE PENELITIAN

| | |
|-------------------------------------|----|
| A. Desain Penelitian..... | 49 |
| B. Partisipan Penelitian..... | 52 |
| C. Tempat dan Waktu Penelitian..... | 54 |
| D. Etika Penelitian | 55 |
| E. Alat Pengumpul Data | 58 |
| F. Prosedur Pengumpulan Data | 61 |
| G. Pengolahan dan Analisa Data..... | 64 |
| H. Keabsahan Data..... | 66 |

BAB IV HASIL PENELITIAN

| | |
|----------------------------------|----|
| A. Karakteristik Partisipan..... | 70 |
| B. Analisis Tema..... | 74 |

BAB V PEMBAHASAN

| | |
|--|-----|
| A. Interpretasi Hasil Penelitian..... | 110 |
| B. Integrasi Hasil Penelitian pada Teori <i>Self Care</i> Orem | 159 |
| C. Keterbatasan Penelitian..... | 163 |
| D. Implikasi Keperawatan..... | 166 |

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|------------------|-----|
| A. Simpulan..... | 172 |
| B. Saran..... | 176 |

| | |
|---------------------|-----|
| DAFTAR PUSTAKA..... | 180 |
|---------------------|-----|

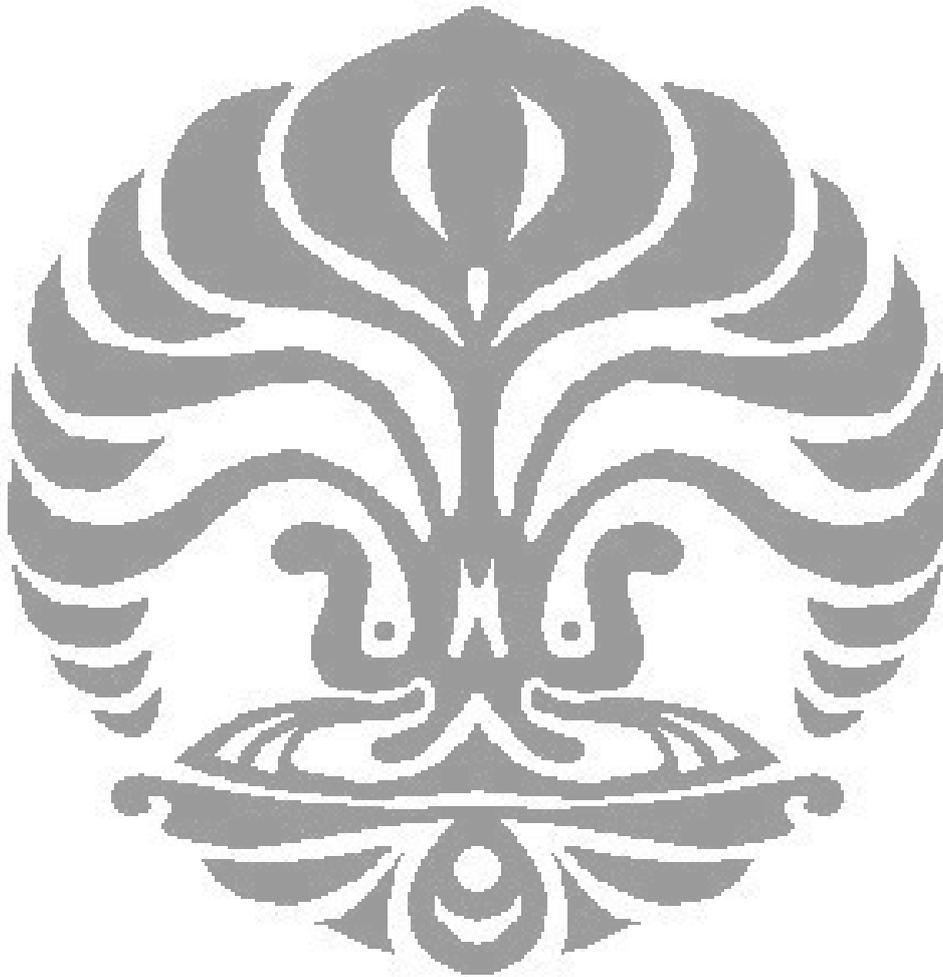
LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

| | Halaman |
|--|---------|
| Skema 4.1. Analisis Tema 1: Persepsi Tentang Kepatuhan | 78 |
| Skema 4.2. Analisis Tema 2: Persepsi Tentang Ketidapatuhan | 86 |
| Skema 4.3. Analisis Tema 3: Sumber Dukungan | 87 |
| Skema 4.4. Analisis Tema 4: Bentuk Dukungan | 93 |
| Skema 4.5. Analisis Tema 5: Beban Caregiver | 97 |
| Skema 4.6. Analisis Tema 6: Koping Positif Keluarga | 101 |
| Skema 4.7. Analisis Tema 7: Koping Negatif Keluarga | 103 |
| Skema 4.8. Analisis Tema 8: Bentuk Pelayanan yang Diberikan | 105 |
| Skema 4.9. Analisis Tema 9: Program Pelayanan Peningkatan Kepatuhan | 108 |
| Skema 4.10 Analisis Tema 10: Penerimaan Tanggung Jawab dan Perubahan Sikap Sebagai Makna Merawat Anggota Keluarga | 109 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 2.1. Kerangka Pikir Penelitian Berdasarkan Modifikasi Teori <i>Self Care</i> Orem | 48 |
| Gambar 5.1. Integrasi Hasil Penelitian Pada Teori <i>Self Care</i> Orem | 162 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--------------|---|
| Lampiran 1 | Penjelasan tentang Penelitian |
| Lampiran 2 | Lembar Persetujuan Menjadi partisipan |
| Lampiran 3 | Data Demografi |
| Lampiran 4 a | Pedoman Wawancara Mendalam sebelum Uji Coba |
| Lampiran 4 b | Pedoman Wawancara Mendalam sesudah Uji Coba |
| Lampiran 5 | Lembar Catatan Lapangan |
| Lampiran 6 | Jadual Pelaksanaan Penelitian |
| Lampiran 7 | Surat Ijin Penelitian |
| Lampiran 8 | Keterangan Lulus Uji Etik |
| Lampiran 9 | Rekapitulasi Data Demografi Partisipan |
| Lampiran 10 | Kisi-kisi Tema Penelitian |
| Lampiran 11 | Contoh Transkrip Wawancara |
| Lampiran 12 | Daftar Riwayat Hidup |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan memberikan dampak pada nilai-nilai kesehatan yang dianut suatu masyarakat. Fenomena ini memberikan kontribusi pada perkembangan definisi kesehatan yang telah bergeser pada esensi nilai yang lebih luas. Undang-Undang tentang kesehatan nomor 23 tahun 1992 pasal 1 ayat 1 menjelaskan definisi kesehatan yaitu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Secara global organisasi kesehatan dunia (WHO), 1985, mendefinisikan kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera fisik (jasmani), mental (rohani) dan sosial yang lengkap bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Dari definisi tersebut bisa disimpulkan bahwa kesehatan fisik, kesehatan jiwa dan kesehatan sosial adalah satu kesatuan yang tidak bisa terpisahkan dalam menentukan status kesehatan seseorang.

Untuk dapat menyempurnakan pemahaman tentang kesehatan, WHO (2001) mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi sejahtera dimana individu menyadari kemampuan yang dimilikinya, dapat mengatasi stress dalam kehidupannya, dapat bekerja secara produktif, dan mempunyai kontribusi dalam

kehidupan bermasyarakat. Departemen Kesehatan (2003), mendefinisikan kesehatan jiwa sebagai suatu kondisi mental yang sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif, sebagai bagian dari kualitas hidup seseorang dengan memperhatikan semua segi kehidupannya. Dari dua definisi ini terlihat kesehatan jiwa adalah modal untuk hidup produktif baik bagi diri sendiri maupun bagi masyarakat sekitar.



Kesehatan jiwa sangat dipengaruhi oleh kemampuan seseorang dalam mengatasi sumber stres kehidupan. Kemiskinan, maraknya tindak kekerasan, bencana alam, konflik antar masyarakat, bahkan ketidakmampuan beradaptasi dengan perkembangan teknologi merupakan beberapa contoh sumber stres. Ketidakmampuan seseorang dalam mengatasi sumber stres dapat mengakibatkan gangguan mental emosional yang seringkali berujung pada terjadinya gangguan jiwa.

Pemahaman yang penting tentang gangguan jiwa sangat dibutuhkan untuk dapat menyikapi dan mengatasi masalah ini. Departemen Kesehatan (Dep.Kes, 2003) mendefinisikan gangguan jiwa sebagai suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya. Sedangkan WHO (2001) mendefinisikan gangguan jiwa mengacu pada kriteria yang ditetapkan oleh *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem* edisi sepuluh yang menyebutkan bahwa gangguan jiwa merupakan sekumpulan gangguan pada fungsi pikir, emosi, perilaku dan

sosialisasi dengan orang sekitar. Definisi lain tentang gangguan jiwa yang sering digunakan praktisi keperawatan bersumber dari *American Psychiatric Association* (1994) dan Townsen (2005). *American Psychiatric Association* mendefinisikan gangguan jiwa sebagai suatu sindrom atau pola perilaku, atau psikologis seseorang yang secara klinis cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu keadaan penderitaan (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sementara Townsen mengungkapkan gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stresor dari lingkungan internal dan eksternal yang ditunjukkan dengan pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang tidak sesuai dengan norma lokal dan budaya setempat, dan mengganggu fungsi sosial, pekerja, dan fisik individu.

Gangguan jiwa sangat penting dilihat dari akibat yang ditimbulkan. Hal ini dapat dibuktikan dari pengertian gangguan jiwa yang keseluruhannya mengungkapkan akibat gangguan jiwa seperti hambatan dalam melaksanakan peran sosial, dan hambatan dalam pekerjaan yang secara langsung menyebabkan penurunan produktifitas. Pernyataan ini didukung dengan studi bank dunia pada tahun 1995 di beberapa negara yang menunjukkan hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* sebesar 8.1% dari *Global Burden of Deases* disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi daripada dampak yang disebabkan oleh penyakit tuberkolosis (7.2%), kanker (5.8%), penyakit jantung (4.4%), maupun malaria (2.6%)(Dep. Kes, 2003). Tingginya angka tersebut menunjukkan bahwa beban terkait masalah kesehatan jiwa paling besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya.

Data status kesehatan jiwa di Indonesia dapat dilihat dari hasil riset kesehatan dasar (Ris.Kes.Das, 2008) yang dilakukan oleh badan penelitian pengembangan kesehatan Departemen Kesehatan yang menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 4.6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (20.3 permil), diikuti oleh Nangroe Aceh Darussalam (18.5 permil), Sumatera Barat (16.7 permil), NTB (9.9 permil), dan Sumatra Selatan (9.2 permil).

Salah satu jenis gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart & Laraia, 2005). Menteri kesehatan R.I. dalam sambutannya pada acara hari kesehatan dunia di Bogor, tanggal 10 Oktober 2008, mengatakan bahwa skizofrenia dialami oleh satu orang dari 1000 penduduk. Menurut data statistik direktorat kesehatan jiwa, pasien gangguan jiwa terbesar adalah skizofrenia yaitu 70% (Dep.Kes, 2003). Kelompok Skizofrenia juga menempati 90% pasien di rumah sakit jiwa di seluruh Indonesia (Jalil, 2006).

Salah satu masalah dalam penanganan skizofrenia adalah kekambuhan. Kekambuhan pada satu tahun setelah terdiagnosa skizofrenia dialami oleh: 60 - 70% pasien yang tidak mendapatkan terapi medikasi; 40% pasien yang hanya mendapat medikasi; 15.7% pada pasien yang mendapat kombinasi terapi

medikasi, psikoterapi dan mendapat dukungan dari tenaga kesehatan, keluarga dan masyarakat (Olfson dkk, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Selain tingginya angka kekambuhan, frekuensi kekambuhan dan proporsi kambuh dalam satu tahun menambah masalah dalam penanganan skizofrenia. Hasil survey yang dilakukan oleh federasi kesehatan jiwa sedunia (*World Federation Of Mental Health*) tahun 2006 terhadap 697 psikiater dan 1082 keluarga menunjukkan bahwa 37% keluarga mengatakan anggota keluarga mereka kambuh lima kali atau lebih setelah didiagnosa skizofrenia. Menurut Sulinger (1988) yang dikutip oleh Keliat (2003), pasien skizofrenia akan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua. Jalil (2006) mengungkapkan berdasarkan hasil penelitian di RS Dr Sardjito Yogyakarta tahun 2003, diperkirakan angka kekambuhan penderita gangguan jiwa adalah 25% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua bahkan 100% pada tahun ketiga.

Angka rawat ulang atau re-hospitalisasi dapat digunakan untuk melihat angka kekambuhan pada pasien skizofrenia. Berdasarkan data dari bidang perawatan Rumah Sakit Soeharto Herdjan Jakarta, pada bulan Februari 2008 tercatat dari 97 pasien yang dirawat 58% adalah pasien rawat ulang ('her-op'). Sementara di RS Marzoeki Mahdi Bogor menunjukkan dari 160 pasien yang dirawat 53% adalah pasien rawat ulang. Kekambuhan pasien menjadi tantangan bagi profesi keperawatan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, agar pasien dapat hidup produktif di masyarakat. Re-hospitalisasi pasien gangguan jiwa sangat

berhubungan dengan dua faktor utama yaitu ketidakpatuhan pengobatan dan ketidakpatuhan terhadap pelaksanaan program perawatan di rumah yang telah dirancang oleh perawat, keluarga dan pasien sebelum pulang ke rumah (Bostelman, dkk, 1994)

Berdasarkan beberapa hasil penelitian/survey dan pengalaman peneliti sebagai praktisi keperawatan jiwa, fenomena kekambuhan lebih banyak diakibatkan oleh putus obat. Salah satu survey yang membuktikan bahwa kekambuhan diakibatkan oleh ketidakpatuhan adalah survey yang dilakukan oleh *World Federation of Mental Health* tahun 2006. Survey ini dilakukan terhadap 982 keluarga yang mempunyai anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, hasilnya menunjukkan 51% pasien gangguan jiwa kambuh akibat berhenti minum obat, 49% kambuh akibat merubah dosis obat sendiri.

Sebagai praktisi keperawatan, peneliti sering kali merawat pasien yang mengalami kekambuhan akibat dua hal, yaitu ketidakpatuhan minum obat atau ketidakmampuan mengatasi stres. Dari keduanya, penyebab terbesar adalah ketidakpatuhan minum obat. Kondisi ini menimbulkan pertanyaan bagi peneliti, apa yang menyebabkan pasien tidak patuh terhadap pengobatannya, padahal saat pasien dirawat, pasien dan keluarga sudah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang pengobatan baik dari dokter maupun perawat. Berdasarkan pengalaman peneliti berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa, terungkap bahwa pasien merasa kesulitan untuk mempertahankan kepatuhan setelah dirumah, terutama

saat gejala psikiatri sudah tidak ada. Beberapa pasien mengatakan kendala ini bisa berasal dari dirinya atau keluarganya.

Ketidakpatuhan pasien gangguan jiwa terhadap regimen terapeutik: pengobatan menjadi masalah global di seluruh dunia. Menurut Sacket dan Snow (1979, dalam Evangeliste, 1999) hanya 25% sampai 50% pasien gangguan jiwa yang patuh terhadap pengobatan. Sementara Burke dan Dunbar-Jacob (1995, dalam Evangeliste, 1999) mengungkapkan hasil studi literturnya bahwa kepatuhan pasien terhadap pengobatan berkisar antara 15 % sampai 85 % tergantung pada obat yang digunakan dan pemahaman pasien tentang definisi kepatuhan. Husar (1995) menuliskan satu dari tiga pasien tidak patuh terhadap regimen terapeutik.

Agar dapat mengatasi masalah ketidakpatuhan, perawat harus memahami faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan. Menurut Husar (1995), penyebab ketidakpatuhan terhadap terapi obat adalah sifat penyakit yang kronis sehingga pasien merasa bosan minum obat, berkurangnya gejala, tidak pasti tentang tujuan terapi, harga obat yang mahal, tidak mengerti tentang instruksi penggunaan obat, dosis yang tidak akurat dalam mengkonsumsi obat, dan efek samping yang tidak menyenangkan.

Baker dan Kastermans (1994 dalam Kyngas, dkk, 2000) mengatakan bahwa kepatuhan merupakan bagian dari perilaku *self care* dan ketidakpatuhan termasuk dalam *self care defisit*. Berdasarkan hal tersebut maka teori *Self Care* dari Orem

dapat digunakan untuk memahami ketidakpatuhan. Teori Orem terdiri dari tiga teori pokok yaitu *teori self care*, *teori self care defisit* dan *teori nursing system*. *Self care defisit* (ketidakpatuhan) terjadi akibat ketidakmampuan *self care agency* (pasien) memenuhi *self care demands* (tindakan-tindakan kepatuhan); pada kondisi ini, *nursing system* (tindakan keperawatan) dibutuhkan untuk membantu mengatasi *self care defisit*.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan oleh perawat antara lain: memantau respon klien terhadap pengobatan; memberikan pendidikan pada pasien dan keluarga tentang pengobatan dan menginformasikan kepada dokter kapan obat efektif, tidak efektif, atau tidak lagi dibutuhkan. Perawat juga perlu menerapkan prinsip 6-benar minum obat pada pasien yaitu benar obat, benar pasien, benar dosis, benar cara, benar waktu, dan benar pendokumentasian.

Selain perawat, keluarga sebagai *caregiver* pasien saat di rumah memegang peranan penting dalam mendukung kepatuhan pasien gangguan jiwa terhadap regimen terapi yang diberikan. Penelitian yang dilakukan oleh Jalil (2006) berjudul faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizofrenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap kekambuhan pada penderita skizofrenia adalah pengetahuan keluarga tentang gangguan jiwa, ekspresi emosi keluarga terhadap pasien gangguan jiwa, dan kepatuhan minum obat. Hal ini diperkuat dengan hasil disertasi Keliat (2003) yang berjudul pemberdayaan pasien dan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di RSMM Bogor melaporkan bahwa

pasien dan keluarga yang diberikan pendidikan kesehatan cara merawat pasien di rumah mengalami kekambuhan setelah 92 hari di rumah, sementara yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan selama 42 hari. Angka ini menunjukkan pentingnya keterlibatan keluarga dalam perawatan klien.

Merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa merupakan beban bagi keluarga. Perilaku pasien yang tidak wajar, pandangan masyarakat sekitar, jangka waktu minum obat yang panjang dan lain-lain merupakan pengalaman yang unik dialami keluarga. Selain itu dampak sosial ekonomi yang ditimbulkan dari gangguan jiwa yang paling ringan sampai yang paling berat sangat bervariasi. Adapun dampak yang paling berat dirasakan oleh keluarga bila salah seorang anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa berat adalah timbulnya stigma dan persepsi masyarakat yang buruk terhadap keluarga tersebut, sehingga kemungkinan besar keluarga tersebut dapat dikucilkan.

Pemahaman mendalam tentang pandangan keluarga, peran keluarga terhadap kepatuhan, hambatan yang dihadapi dalam merawat anggota keluarga yang tidak patuh terhadap penatalaksanaan regimen terapeutik: pengobatan diharapkan dapat memperluas wawasan tenaga kesehatan khususnya perawat jiwa dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga, untuk selanjutnya mengembangkan strategi dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat. Pemahaman ini bisa didapatkan melalui penelitian kualitatif karena fenomena pendampingan terhadap kepatuhan klien dialami secara berbeda dan dinamis oleh tiap keluarga. Realita yang dihadapi dipengaruhi oleh nilai-nilai sosial,

budaya, ekonomi, suku, dan jenis kelamin (Denzin & Lincoln, 1994 dalam Struebert & Carpenter, 1999). Aspek-aspek tersebut akan mempengaruhi arti dan makna seseorang terhadap kondisi yang dialaminya. Oleh karena itu peneliti perlu menggunakan pendekatan kualitatif, khususnya desain fenomenologi karena pendekatan ini merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman manusia. Lebih lanjut peneliti menggunakan jenis fenomenologi deskriptif yang mengeksplorasi langsung, menganalisis, dan mendeskripsikan fenomena tertentu, sebatas mungkin dari perkiraan yang belum teruji (Streubert & Carpenter, 1999).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik mempelajari pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan pasien skizofrenia terhadap regimen terapeutik: pengobatan. Hasil penelitian diharapkan dapat memberi gambaran pengalaman keluarga dalam mendampingi klien minum obat sehingga dapat diketahui dengan pasti penyebab putus obat dari perspektif keluarga yang dapat dijadikan dasar untuk mengembangkan pendekatan yang lebih tepat bagi keluarga sebagai sistem pendukung. Pengalaman keluarga tersebut dapat menjadi masukan bagi perawat, dokter bahkan pemerintah dalam mengatasi angka kekambuhan pasien skizofrenia akibat putus obat.

Penelitian ini dilakukan di RSMM Bogor karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit jiwa terbesar dan tertua di Indonesia. Rumah sakit ini memiliki 400 kapasitas tempat tidur, dengan BOR sebesar 70% dan avlos 24 hari (data tahun 2007). Sejak tahun 2000, RSMM bekerja sama dengan Fakultas Ilmu

Keperawatan UI mengembangkan ruang model praktik keperawatan profesional. Fokus perawatan di ruang ini bukan hanya pasien namun juga keluarga pasien, sebagai kelompok rentan akibat beban yang dirasakan dalam merawat pasien di rumah. Keluarga diberikan pendidikan kesehatan sebanyak satu atau dua kali pertemuan setiap minggu termasuk melibatkan keluarga dalam merawat klien selama pasien dirawat. Paket pendidikan kesehatan yang diberikan adalah cara merawat anggota keluarga sesuai dengan masalah keperawatan yang dialami. Namun kenyataannya masih banyak pasien di ruangan ini yang mengalami kekambuhan akibat ketidakpatuhan terhadap pengobatan

B. Rumusan Masalah

Masalah terbesar yang dihadapi oleh pasien skizoprenia dan keluarganya adalah kekambuhan yang diakibatkan oleh ketidakpatuhan terhadap regimen terapeutik: pengobatan. Ketidakpatuhan sebagai salah satu penyebab kekambuhan menambah beban keluarga sebagai *caregiver*. Fenomena ketidakpatuhan terhadap terapi pasien gangguan jiwa serta pengalaman keluarga terhadap ketidakpatuhan belum banyak diteliti di Indonesia. Peran perawat jiwa untuk meningkatkan kepatuhan terhadap regimen terapeutik belum terlihat optimal. Berdasarkan hal ini timbul pertanyaan bagaimana pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan klien gangguan jiwa dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang makna pengalaman menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Menguraikan persepsi keluarga tentang respon kepatuhan pasien skizofrenia terhadap regimen terapeutik: pengobatan
- b. Menggambarkan dukungan keluarga terhadap kepatuhan
- c. Menguraikan dampak yang dirasakan akibat ketidakpatuhan
- d. Mengidentifikasi mekanisme coping keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan klien
- e. Menggambarkan peran perawat jiwa terhadap kepatuhan pasien dari perspektif keluarga
- f. Mengidentifikasi pelayanan yang dibutuhkan keluarga dalam mengatasi ketidakpatuhan klien skizofrenia terhadap regimen terapeutik: pengobatan
- g. Didapatkannya makna merawat anggota keluarga yang tidak patuh terhadap regimen terapeutik: pengobatan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi pelayanan kesehatan dan perawat kesehatan jiwa

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan dalam mengembangkan program pencegahan dan penanggulangan terjadinya kekambuhan pasien

gangguan jiwa akibat ketidakpatuhan terhadap regimen terapeutik. Pengelola pusat pelayanan kesehatan juga dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai landasan kebijakan dalam mengembangkan program preventif, promotif dan rehabilitatif dalam penanggulangan kekambuhan bagi pasien gangguan jiwa dengan melibatkan keluarga. Untuk perawat kesehatan jiwa, penelitian ini diharapkan memberikan gambaran tentang fenomena ketidakpatuhan dari perspektif keluarga untuk dijadikan acuan dalam memberikan terapi keperawatan baik tingkat generalis maupun spesialis pada pasien maupun keluarga pasien dengan skizofrenia.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi institusi pendidikan keperawatan khususnya keperawatan jiwa dalam membuat kurikulum untuk menghasilkan lulusan yang kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan jiwa khususnya program pencegahan kekambuhan melalui patuh minum obat. Lulusan pendidikan keperawatan diharapkan mempunyai kemampuan strategi komunikasi pada pasien yang mengalami ketidakpatuhan. Penelitian ini juga digunakan sebagai dasar dalam mengembangkan intervensi yang efektif bagi pasien, keluarga, dan masyarakat untuk meningkatkan kepatuhan.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar pengembangan *grounded theory* terkait dengan teori atau konsep kepatuhan pada pasien skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka akan diuraikan tentang konsep, teori dan hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian. Tinjauan pustaka meliputi tinjauan tentang kepatuhan pasien skizofrenia, peran keluarga terhadap kepatuhan, dan dampak yang dirasakan oleh keluarga akibat ketidakpatuhan pasien skizofrenia terhadap regimen terapeutik: pengobatan.

A. Kepatuhan Pasien Skizofrenia

1. Skizofrenia

Secara harfiah istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *shizo* (perpecahan/split) dan *Pheros* (pikiran). Kata ini dipakai untuk menggambarkan buruknya hubungan atau terpecahnya proses berpikir penderita dengan fungsi lain dari pikiran seperti emosi dan perilaku (*World Federation for Mental Health, 2008*).

Beberapa ahli mendefinisikan pengertian skizofrenia dengan memfokuskan pada penyebab, perilaku yang ditampakkan, dan dampak bagi kehidupan pasien dan keluarga. Menurut Videbeck (2008) skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh. Skizofrenia merupakan

suatu gangguan jiwa berat yang biasanya mulai diderita pada usia remaja akhir atau dewasa awal, dikarakteristikan dengan terjadinya distorsi persepsi, pikiran, dan emosi yang tidak sesuai (WHO, 2001). Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang membebani masyarakat sepanjang hidup penderita, dikarakteristikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku (Lenzenweger & Gottesman, 1994 dalam Sinaga, 2007).

Menurut Isaacs (2005), penyebab pasti skizofrenia sampai saat ini masih belum jelas, namun telah disepakati bahwa skizofrenia disebabkan oleh interaksi beberapa faktor yaitu faktor biologis, faktor psikososial dan faktor lingkungan. Faktor biologis meliputi predisposisi genetika, abnormalitas perkembangan syaraf, abnormalitas struktur otak, dan ketidakseimbangan neurokimia. Faktor psikologis penyebab skizofrenia dapat dijelaskan melalui teori perkembangan dan teori keluarga. Teori perkembangan mengatakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan kasih sayang dimasa-masa awal kehidupan menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas, dan menarik diri dari lingkungan sekitar. Menurut teori keluarga, bagian fungsi keluarga yang berkaitan dengan peran keluarga dalam munculnya skizofrenia adalah keluarga yang sangat mengekspresikan emosi (*High expressed emotion*) (Isaacs, 2005). Keluarga dengan ciri ini dianggap terlalu ikut campur secara emosional, kasar dan penuh kritikan. Faktor lingkungan meliputi status ekonomi yang rendah dan lingkungan yang penuh kekerasan.

Perawat penting memahami gejala skizofrenia karena tidak semua pasien mempunyai gejala yang sama. Perbedaan gejala yang dialami pasien menjadi dasar penetapan diagnosa keperawatan. Skizofrenia dapat diawali dengan atau tanpa fase prodormal (*early psikosis*). Gejala yang tampak pada fase ini adalah gangguan pola tidur, gangguan napsu makan, perubahan perilaku, afek datar, pembicaraan yang sulit dimengerti, berfikir tidak realistis, dan perubahan dalam penampilan. Jika gejala ini muncul dan langsung mendapatkan terapi maka skizofrenia dapat dihindari. Namun pada beberapa pasien, mereka tidak menyadari atau tidak mengalami fase ini sehingga tidak mendapatkan penanganan awal dan berakhir pada skizofrenia. Pengobatan skizofrenia lebih efektif bila dimulai sedini mungkin saat gejala mulai muncul (*World Federation for Mental Health, 2008*). Pasien yang tidak mengalami fase prodormal atau asimtomatik mempunyai kemungkinan patuh yang lebih rendah dibanding pasien simptomatik atau mengalami gejala (Perkin, 2002).

Gejala prodormal akan berlanjut dengan gejala pasti skizofrenia yang meliputi gejala positif (fase aktif) dan gejala negatif (residual). Gejala positif, atau gejala nyata ditandai dengan terjadinya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur. Gejala negatif atau gejala samar meliputi afek datar, kurang motivasi, menarik diri dari masyarakat. Gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, tetapi gejala negatif sering kali menetap setelah gejala gejala psikotik berkurang. Gejala negatif sering kali menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien (Videbeck, 2008).

Diagnosis skizofrenia di Indonesia mengacu pada penggolongan berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi tiga (PPDGJ III), adalah:

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat sangat jelas (dan biasanya dua atau lebih bila gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):
 - a. Pasien mengalami *thought echo*, *thought insertion or withdrawal*, *thought broadcasting*. *Thought echo* adalah kondisi dimana pasien merasa isi pikiran diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikir ulangan. *Thought insertion or withdrawal* adalah kondisi dimana pasien merasa ada isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*). *Thought broadcasting* adalah kondisi dimana pasien merasa isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang sekitar mengetahuinya.
 - b. Pasien mengalami: *delusion of control* (merasa dirinya dikendalikan oleh sesuatu diluar dirinya); *delusion of influence* (merasa dirinya dipengaruhi oleh sesuatu diluar dirinya), *delusion of passivity* (merasa tidak berdaya atau pasrah terhadap sesuatu diluar dirinya), *delusion of perception* (pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat)
 - c. Pasien mengalami halusinasi auditorik (pendengaran)
 - d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar.

2. Apabila kriteria pada poin satu tidak ada, paling sedikit dua gejala dibawah ini harus selalu ada dengan jelas:
 - a. Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa gangguan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan secara terus menerus.
 - b. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherenasi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
 - c. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), fleksibilitas area, negativism, mutisme dan stupor.
 - d. Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, jarang bicara, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
3. Gejala telah berlangsung satu bulan atau lebih.
4. Ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek kehidupan perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

Diagnostic and Statistik Standard Manual of Mental Disorders Fourt edion Text Revised (DSM IV TR) membagi skizofrenia atas sub tipe secara klinik, berdasarkan kumpulan simptom yang paling menonjol. Pembagian ini meliputi:

1. Tipe katatonik, dimana simptom yang menonjol adalah katatonik.
2. Tipe disorganized, adanya kekacauan dalam bicara, perilaku, dan afek yang tidak sesuai atau datar.
3. Tipe paranoid, simptom yang menonjol merupakan adanya preokupasi dengan waham atau halusinasi yang sering
4. Tipe tak terinci, adanya gambaran simptom fase aktif, tetapi tidak sesuai dengan kriteria skizofrenia katatonik, disorganized, atau paranoid. Atau semua kriteria untuk skizofrenia katatonik, disorganized, dan paranoid terpenuhi.
5. Tipe residual, merupakan kelanjutan dari skizofrenia, akan tetapi simptom fase aktif tidak lagi dijumpai.

Terapi yang diberikan pada pasien skizofrenia meliputi terapi psikososial, dan terapi pengobatan atau psikofarmaka. Perawat mempunyai peran pada kedua jenis terapi tersebut (Gourney,1995 dalam Frisch & Frisch 2006).

Terapi psikofarmaka yang diberikan pada pasien skizofrenia adalah obat golongan antipsikotik. Obat ini terdiri dari dua kelompok yaitu kelompok tipikal (dikenal juga dengan sebutan konvensional atau tradisional) dan kelompok atipikal. Kedua kelompok ini efektif untuk sebagian besar

skizofrenia akut yang memburuk dan untuk mencegah atau memperpanjang jarak kekambuhan. Target kerja kelompok tipikal adalah mengatasi gejala positif, sementara kelompok atipikal mengatasi baik gejala positif maupun negatif. Golongan atipikal mempunyai efek samping lebih ringan dari golongan tipikal dan walaupun muncul gejala efek samping, biasanya pasien masih bisa mentoleransinya. Selain itu kelompok atipikal juga bisa mengatasi gejala cemas dan depresi, menurunkan kecenderungan perilaku bunuh diri dan memperbaiki fungsi neurokognitif (Kuo, 2004 dalam Varcarolis 2006).

Efek samping obat antipsikotik harus dipahami oleh seorang perawat agar mampu memahami fenomena kekambuhan pasien skizofrenia. Efek samping yang dirasakan pasien berkisar dari ketidaknyaman ringan sampai gangguan gerakan yang permanen (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2008). Efek samping yang dirasakan sering kali menakutkan dan membuat pasien kesal, inilah yang menjadi alasan utama pasien menghentikan atau mengurangi dosis obat.

Efek samping obat antipsikotik dikelompokkan menjadi dua yaitu efek samping neurologis dan non neurologis. Efek samping neurologis meliputi gejala ekstrapiramidal (reaksi distonia akut, akatisia, dan Parkinson), kejang dan sindrom maligna neuroleptik. Efek samping non neurologis mencakup sedasi, fotosensitivitas, dan gejala antikolinergik (mulut kering, pandangan kabur, kotsipasi, retensi urin, dan hipotensi ortostatik) (Videbeck,2008).

Prognosis skizofrenia juga sangat penting dipahami oleh perawat. Walaupun remisi penuh atau sembuh itu ada, kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan, dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi, siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang mempengaruhinya, seperti: usia tua, faktor pencetus jelas, *onset* akut, riwayat sosial/pekerjaan baik, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan alam perasaan, sistem pendukung baik, dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik. Berbeda halnya dengan pasien usia muda, tidak ada faktor pencetus, *onset* tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah/janda/duda, riwayat keluarga skizofrenia, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, sering relaps, dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk (Irmansyah, 2006).

Menurut WHO (2001) dampak skizofrenia pada pasien adalah kekhawatiran tidak dapat optimal dalam pekerjaan, kekhawatiran tidak mampu memenuhi tanggung jawab terhadap keluarga dan kelompok, dan kekhawatiran menjadi beban bagi keluarga. Dampak yang paling berat yang harus diwaspadai adalah perilaku bunuh diri. Tiga puluh persen pasien skizofrenia pernah berusaha bunuh diri dan sepuluh persen meninggal karena bunuh diri. Dampak ini dapat dikurangi melalui pengobatan yang efektif serta kepatuhan pasien melaksanakan pengobatan.

2. Konsep Kepatuhan

Banyak konsep yang digunakan para ahli dalam merumuskan pengertian kepatuhan. Masalah yang ditemukan para ahli terkait kepatuhan adalah tidak adanya definisi yang disepakati dan bagaimana tingkat kepatuhan pasien diukur (Kyngas, dkk, 2000). Namun demikian hampir semua definisi membahas tentang tanggung jawab perawatan diri pasien, peran pasien dalam proses terapi, dan kerjasama antara pasien dan tenaga kesehatan (Simon, 1992; Cameron, 1996 dalam Kingas, dkk, 2000).

Kaitan kepatuhan dengan hubungan antara pasien dan tenaga kesehatan dapat dilihat dari pengertian kepatuhan yang dirumuskan oleh Dracup dan Meleis (1982, dalam Evangelista, 1999) yang mendefinisikan kepatuhan sebagai derajat dimana seseorang memilih perilaku yang sesuai dengan persepsi klinisnya, penatalaksanaannya merupakan kesepakatan antara pasien dan tenaga kesehatan. Haynes (1978) mengatakan bahwa kepatuhan adalah sesuatu yang berkaitan dengan perilaku seseorang (minum obat, mengikuti diet yang dianjurkan, atau perubahan gaya hidup) terkait dengan pengobatan atau saran kesehatan (Haynes, 1978 dalam Kyngas, dkk, 2000).

Teori keperawatan Orem dapat digunakan untuk menjelaskan fenomena ketidakpatuhan. Bakker dan Kastermans (1994, dalam Kyngas, dkk, 200) menyatakan kepatuhan sebagai bagian dari perilaku *self care* dan ketidakpatuhan merupakan perilaku kurang perawatan diri, menjelaskan kaitan kepatuhan dengan perilaku perawatan diri pasien.

Kepatuhan adalah sebuah istilah yang menggambarkan bagaimana pasien mengikuti petunjuk dan rekomendasi terapi dari perawat atau dokter (Gajski & Karlovic, 2008). Kepatuhan merupakan keputusan yang diambil oleh klien setelah membandingkan risiko yang dirasakan jika tidak patuh dan keuntungan dari pengobatan (Perkin, 2002). Dari dua pengertian diatas tergambar, bahwa kepatuhan merupakan kewenangan pasien, namun pada pasien skizofrenia terkadang kepatuhan merupakan hasil dari paksaan keluarga atau tenaga kesehatan.

3. Kepatuhan pasien skizofrenia

Kepatuhan pada pasien skizofrenia terdiri dari kepatuhan terhadap terapi setelah pengobatan (kontrol), penggunaan obat secara tepat, mengikuti anjuran perubahan perilaku atau diet. Kompleksitas penggunaan obat (jumlah maupun dosis) dan tuntutan perilaku yang besar merupakan faktor risiko ketidakpatuhan (Kaplan & Sadok, 1997).

Fleischhacker, dkk, (2003) mengklasifikasikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien skizofrenia menjadi 4 faktor. Faktor tersebut meliputi faktor individu, faktor lingkungan, faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, dan faktor yang berhubungan dengan pengobatan. Berikut ini akan diberikan penjelasan pada tiap faktor.

a. Faktor Individu

Faktor individu meliputi usia, jenis kelamin, gangguan kognitif, dan psikopatologi. Secara umum dikatakan tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi

dari pria, dan wanita muda lebih patuh dari pada wanita tua. Usia dewasa awal khususnya pria mempunyai kecenderungan tidak patuh akibat banyaknya aktivitas yang harus dilakukan pada usia produktifnya. Golongan lanjut usia (lansia) juga menunjukkan kepatuhan yang rendah akibat penurunan kapasitas memori dan penyakit fisik lain yang umum dialami lansia selain skizofrenia yang dialaminya.

Pasien dengan gejala positif (khususnya waham dan maniak) sulit patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni (Fleischhacker, dkk, 2003). Pasien dengan gejala negatif dapat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi ataupun rendah. Hal ini bisa dijelaskan karena pada pasien golongan ini mengalami kurang motivasi yang mengakibatkan dampak negatif untuk mengikuti program pengobatan, namun disisi lain mereka juga tidak mempunyai energi sehingga tidak men debat anjuran dokter dan mengikuti apa yang disarankan.

Kebiasaan pola hidup pasien jiwa yang mengkonsumsi nikotin (rokok) dan kafein akan menghambat efektifitas kerja obat antipsikotik. Prediksi keberhasilan terapi medik tidak mungkin dicapai apabila pasien mengkonsumsi alkohol dan penyalahgunaan obat-obat lain (Stuart & Laraia, 2005). Tidak dirasakannya efek terapeutik obat akibat pasien mengkonsumsi nikotin dan kopi menyebabkan pasien tidak patuh terhadap pengobatan.

Faktor lain yang mempengaruhi individu adalah keyakinan individu akan kesehatan yang direfleksikan dengan pandangan individu baik mengenai

penyebab maupun tingkat keparahan penyakitnya. Kunci keberhasilan manajemen kekambuhan adalah ketika pasien mengetahui tanda-tanda awal kekambuhan. Sekitar 70% pasien dan 90% keluarga pasien mampu untuk mengidentifikasi gejala awal kekambuhan penyakit, dan hampir seluruh pasien mengetahui ketika gejala penyakit sudah semakin parah (Stuart & Laraia, 2005).

Pandangan masyarakat mengenai penyakit yang dialaminya merupakan dasar yang penting untuk mendukung kepatuhan pasien. Sebagai seorang individu, pasien jiwa mempunyai kebutuhan-kebutuhan sosial seperti kebutuhan untuk dihargai, diperhatikan, dicintai dan kebutuhan memberikan kontribusi di lingkungan sekitar. Kebutuhan-kebutuhan ini akan terpenuhi jika ada interaksi antara pasien dengan masyarakat. Stigma negatif masyarakat, pandangan masyarakat bahwa orang yang minum obat adalah orang yang sakit akan memberi dampak ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia.

b. Faktor Lingkungan

Menurut Fleischhacker, dkk (2003), faktor lingkungan yang mempengaruhi kepatuhan meliputi: dukungan keluarga dan finansial, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, sikap terhadap pengobatan, adanya pengawasan terhadap pengobatan, pandangan masyarakat terhadap skizofrenia. Pasien yang tinggal sendirian biasanya memiliki tingkat kepatuhan yang rendah dibandingkan dengan pasien yang tinggal di lingkungan yang memberikan dukungan sosial bagi pasien. Namun lingkungan yang terlalu menekan pasien untuk patuh justru dapat menyebabkan efek yang sebaliknya.

c. Faktor Pengobatan

Faktor yang berhubungan dengan pengobatan meliputi efek samping, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan, jumlah obat yang harus diminum. Tidak minum obat sesuai program merupakan salah satu alasan yang sering dikemukakan untuk timbulnya kekambuhan gejala psikotik dan memerlukan perawatan kembali di rumah sakit (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2008).

Fleischhacker, dkk (2003) mengungkapkan hubungan antara efek samping obat dengan kepatuhan minum obat. Beberapa pasien yang mengalami efek samping pengobatan terbukti memiliki kepatuhan yang tinggi, sementara beberapa pasien yang tidak mengalami efek samping pengobatan justru memiliki tingkat kepatuhan yang rendah. Hal penting yang harus dipahami adalah efek samping pengobatan hanya merupakan salah satu faktor dalam kompleksitas tingkat kepatuhan pasien.

Masalah lain dalam pengobatan skizofrenia adalah masa pencapaian efek terapi dan jumlah obat yang dikonsumsi (Fleishhacker, dkk, 2003). Sebagian besar obat yang digunakan memiliki masa pencapaian efek terapi yang lebih lama, sehingga pasien tidak segera merasakan efek positif dari obat. Sebaliknya, pasien terkadang justru merasakan efek samping terlebih dahulu dibandingkan efek terapi. Pasien skizofrenia juga tidak segera merasakan kekambuhan setelah putus obat cukup lama. Kekambuhan dapat terjadi berminggu-minggu, bahkan sampai berbulan-bulan sejak pasien putus obat, sehingga pasien biasanya tidak menghubungkan kekambuhan dengan putus

obat. Berdasarkan uraian tersebut, maka hubungan antara kekambuhan dan putus obat harus ditekankan pada pasien secara terus menerus. Jumlah jenis obat yang harus dikonsumsi juga memiliki pengaruh dalam kepatuhan pasien. Pasien yang mendapatkan regimen terapi yang kompleks – yang harus mengkonsumsi dua atau lebih jenis obat beberapa kali sehari – memiliki tingkat kepatuhan yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang hanya mengkonsumsi satu jenis obat sekali sehari.

d. Faktor yang berhubungan dengan tenaga kesehatan

Faktor ini meliputi adanya pemberian panduan perawatan di rumah setelah pasien dirawat, keyakinan tenaga kesehatan akan keberhasilan pengobatan, hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan, dan efektifitas rawat jalan.

B. Keluarga Sebagai Pendukung Kepatuhan

Sejak tahun 1960 fokus pelayanan kepada pasien gangguan jiwa berubah dari perawatan berbasis rumah sakit menjadi berbasis komunitas. Saat ini diperkirakan 40% sampai 90% pasien gangguan jiwa dirawat oleh keluarga di rumah (WHO, 2001). Kondisi ini menuntut keluarga mempunyai kemampuan untuk merawat anggota keluarganya di rumah, termasuk memastikan kepatuhan pasien patuh terhadap pengobatannya.

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan ikatan darah, emosional atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi dan *relationship* (Carter & Mc Goldrick, 1996 dalam Boyd, 1998). Keluarga adalah sekelompok

individu yang saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam melakukan berbagai fungsi dasar (Shives, 2005). Keluarga merupakan matriks dari perasaan beridentitas dari anggota-anggotanya, merasa memiliki dan berbeda. Tugas utama keluarga adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggota-anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum (Friedman, 1998).

Dari pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan keluarga adalah sekelompok individu yang dihubungkan dengan ikatan darah dan emosional, merasa memiliki satu sama lain, memberikan dukungan, melakukan berbagai fungsi dasar, memelihara pertumbuhan psikososial melalui pola interaksi dan *relationship*. Pemahaman ini penting untuk menjadi acuan dalam memahami dinamika yang terjadi dalam keluarga, termasuk keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

Pemahaman konsep sistem sangat dibutuhkan untuk memahami kejadian-kejadian yang dialami keluarga. Sistem adalah suatu elemen kompleks yang dibutuhkan dalam suatu interaksi. Apabila diaplikasikan pada keluarga, konsep ini menekankan bahwa dalam mempelajari keluarga fokus perhatian bukan pada anggota keluarga sebagai individu, namun bagaimana semua anggota keluarga sebagai individu berinteraksi. Kompleksitas sistem keluarga dapat terlihat dari interaksi berbagai faktor seperti pola komunikasi keluarga, bagaimana mereka menciptakan dan menjaga privasi masing-masing anggota keluarga, sejauh apa mereka kompak dan fleksibel, dan bagaimana mereka bisa hadir secara emosional satu sama lain. Pemahaman tentang interaksi faktor-faktor tersebut

akan membantu perawat untuk mendapatkan gambaran umum mengenai kemampuan keluarga untuk beradaptasi dan menjalankan fungsi keluarga baik dalam kehidupan sehari-hari maupun ketika terjadi penyimpangan seperti adanya anggota keluarga yang mengalami skizofrenia (Fountaine, 2003).

Berikut ini akan dijelaskan bagaimana interaksi berbagai faktor yang dapat mempengaruhi sikap keluarga terhadap kepatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia terhadap pengobatannya.

1. Fungsi dan tugas keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedinan (1998) meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomis, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut ini dijabarkan kaitan beberapa fungsi keluarga dengan kepatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

Fungsi afektif merupakan fungsi yang memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, seperti kebutuhan akan ditemani dan dicintai. Melalui pelaksanaan fungsi ini, keluarga menjalankan tujuan psikososial yang utama yaitu kemampuan stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan akrab dan harga diri (Friedman, 1998). Untuk mencapai kepatuhan pada pasien skizofrenia, fungsi afektif harus dipenuhi dengan cara menghindari paksaan, membujuk dengan penuh kasih sayang, mendampingi saat anggota keluarga menjalani pengobatan dan memberikan penghargaan pada pasien akan kepatuhan.

Fungsi sosialisasi bertujuan untuk mengajarkan anak-anak mempersiapkan dan melakukan peran-peran sosial orang dewasa, berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk mentransformasikan seorang anak menjadi seorang individu yang mampu berpartisipasi dalam masyarakat. Keluarga dengan anggota keluarga mengalami skizofrenia diharapkan dapat membantu klien skizofrenia agar mampu melakukan hubungan sosial baik di dalam lingkungan keluarga itu sendiri maupun di luar lingkungan seperti berinteraksi dengan tetangga sekitarnya, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada di wilayah tempat tinggalnya (Utami, 2008). Perilaku klien saat kambuh sebagai akibat ketidakpatuhan membuat pola interaksi pasien terganggu, hal ini menjadi tantangan bagi keluarga bagaimana mengendalikan interaksi klien dan bagaimana menata lingkungan masyarakat untuk menerima perubahan pola interaksi pasien.

Fungsi ekonomi meliputi ketersediaan sumber-sumber keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber finansial dengan sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber-sumber untuk memenuhi kebutuhan seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistem nilai keluarga itu sendiri. Salah satu beban yang dialami oleh keluarga dengan skizofrenia adalah beban ekonomi yang harus dikeluarkan untuk pengobatan dan terapi pasien skizofrenia. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga untuk memanfaatkan sumber-sumber finansial

yang tersedia baik dari keluarga itu sendiri maupun pemerintah seperti jaminan kesehatan masyarakat agar pengobatan klien tetap berkelanjutan.

Fungsi perawatan kesehatan keluarga adalah memberikan perawatan kesehatan bagi seluruh anggota keluarganya. Tanggung jawab utama keluarga pada fungsi ini adalah memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para profesional tenaga kesehatan (Friedman, 1998). Kekambuhan pasien skizofrenia sangat berhubungan dengan kemampuan keluarga menjalankan fungsi ini. Perawatan yang berkesinambungan melalui kontrol secara teratur dengan menggunakan fasilitas pelayanan terdekat akan mengurangi angka kekambuhan bagi pasien skizofrenia.

Memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang tujuan dan efek samping terapi psikofarmaka akan memudahkan keluarga untuk mencapai kepatuhan pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa menambahkan pengetahuan tentang terapi psikofarmaka pada terapi psikososial pada keluarga akan menurunkan angka kekambuhan (Mc Gaslan, 1994; Huxlery, Rendal, & Sederer, 2000 dalam Frisch & Frisch 2006).

Di dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga terdapat tugas-tugas keluarga yang harus dilaksanakan. Menurut Friedman, (1998) ada lima tugas kesehatan keluarga untuk mewujudkan perannya secara baik. Tugas-tugas tersebut akan dijabarkan berikut ini.

- 1) Mengetahui masalah setiap anggota. Pada fase ini pengetahuan yang harus dimiliki keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia

meliputi penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kekambuhan.

- 2) Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat. Persepsi keluarga terhadap kekambuhan mempengaruhi keputusan keluarga, sebagai contoh keluarga yang menganggap kekambuhan sebagai hal yang biasa sebagai konsekuensi skizofrenia sebagai penyakit yang kronis akan menyebabkan keluarga memutuskan langsung mengirim pasien ke rumah sakit jiwa.
- 3) Merawat anggota keluarga. Keluarga harus mampu merawat anggota keluarga termasuk menangani anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatannya.
- 4) Mempertahankan situasi rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan klien. Hal ini bisa dilakukan dengan memberikan perhatian, memberikan *reinforcement* positif atau tidak menyinggung perasaan klien. Upaya yang dapat dilakukan adalah mempertahankan kekohesifan didalam keluarga, mengembangkan hubungan yang hangat dalam keluarga sehingga tercipta lingkungan yang terapeutik baik bagi klien maupun keluarga.
- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sarana kesehatan. Hal ini bisa dipenuhi dengan mengajak klien untuk kontrol secara rutin. Keluarga juga harus melihat sumber-sumber yang tersedia didalam keluarga itu sendiri maupun dari pemerintah yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pengobatan pasien skizofrenia.

2. Peran keluarga

Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi keluarga didalam kelompok sosialnya (Sulistiawati, dkk 2005). Menurut Friedman (1998) peran didasarkan pada harapan, peran juga menjelaskan apa yang individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar memenuhi harapan mereka sendiri atau harapan orang lain. Berikut ini akan dijelaskan beberapa peran keluarga menurut Murty (2003) dan menurut Mohr (2006).

Menurut Murty (2003), peran keluarga dalam merawat pasien skizofrenia terbagi dalam tiga tingkatan. Pertama, keluarga harus mampu melihat kebutuhan-kebutuhan klien dan mempertahankan kekohesifan dalam keluarga dengan cara belajar keterampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi dukungan emosional. Kedua, keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti terapi suportif. Ketiga, keluarga harus mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien skizofrenia merubah sikap dan keterampilan.

Adapun lima peran dari keluarga menurut Mohr (2006) adalah: memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga; membantu mengatasi masalah dan stress dalam keluarga secara aktif; memenuhi tugas dengan distribusi yang merata dalam keluarga; menganjurkan interaksi terhadap sesama anggota keluarga dan komunitas; dan meningkatkan kesehatan personal.

3. Struktur keluarga

Struktur keluarga didasarkan pada *organisasi*, yaitu perilaku anggota keluarga dan pola hubungannya dalam keluarga (Potter & Perry, 2005). Menurut Friedman (1998), struktur keluarga terdiri dari empat aspek yang saling berkaitan yaitu: struktur peran; sistem nilai; proses komunikasi; dan struktur kekuasaan. Struktur peran berkaitan dengan posisi dan peran dari masing-masing anggota keluarga, misalnya sebagai kepala keluarga, sebagai ibu, dan sebagai anggota keluarga. Keberadaan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia akan mempengaruhi posisi dan peran dari masing-masing anggota keluarga.

Sistem nilai merupakan dasar bagi keluarga untuk membentuk pandangan terhadap stressor dan membuat keputusan tentang bagaimana berespon terhadap stressor tersebut. Nilai-nilai yang dianut oleh keluarga berbeda-beda yang akan mempengaruhi kemampuan keluarga mengambil keputusan. Sebagai contoh, keluarga yang menganggap nilai kesehatan penting, akan berupaya untuk melakukan tindakan pencegahan kekambuhan, namun keluarga yang menganggap nilai kesehatan tidak penting cenderung akan mengabaikan tindakan pencegahan terhadap kekambuhan.

Proses komunikasi berkaitan dengan pencapaian hubungan diantara anggota keluarga termasuk didalamnya pola komunikasi. Komunikasi keluarga diukur dengan memfokuskan keluarga sebagai kelompok yang saling menghormati ditandai dengan adanya kemampuan mendengarkan, kemampuan menyampaikan pesan, kemampuan pengungkapan diri (*self disclosure*) dan

kemampuan fokus pada isi komunikasi. Komunikasi yang efektif akan mendukung kemampuan keluarga dalam menyelesaikan dan beradaptasi terhadap masalah. Saat mengalami kekambuhan pasien sering kali menunjukkan komunikasi yang tidak efektif seperti tidak mampu menyampaikan perasaan, tidak mampu memahami pesan dari orang lain, menginterupsi percakapan, mengungkapkan kata-kata kasar. Keluarga yang terbiasa berkomunikasi secara efektif akan mampu membantu pasien, sebaliknya untuk keluarga yang mempunyai kebiasaan berkomunikasi tidak efektif (Fontaine, 2003).

Struktur kekuatan berkaitan dengan proses pengambilan keputusan dan siapa yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan tersebut. Jika dalam pengambilan keputusan melibatkan dan mengakomodasi kepentingan seluruh anggota keluarga maka stabilitas keluarga dapat dipertahankan.

4. Dukungan keluarga

Dukungan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang paling penting (Rodin & Salovey dalam Bart, 1994). Dukungan keluarga terhadap kepatuhan pasien skizofrenia sangat berkaitan dengan fungsi suportif yang dikemukakan oleh Friedman (1998). Dukungan ini meliputi dukungan informasional, dukungan penilaian/*appraisal*, dukungan instrumental, dan dukungan emosional.

Dukungan informasional dapat dipenuhi dengan kemampuan keluarga mencari sumber informasi dan memberikan penjelasan tentang kondisi

penyakit pasien, termasuk pentingnya kepatuhan. Dukungan penilaian dipenuhi dengan memberikan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah pasien. Dukungan instrumental dilakukan melalui aktivitas perawatan pasien sehari-hari, misalnya pendampingan melakukan aktivitas kebersihan diri dan pendampingan minum obat. Dukungan emosional dipenuhi dengan memberikan pujian, menjaga kestabilan dan penguasaan terhadap emosi pasien.

Menurut Donel, dkk, (2003), dukungan keluarga pada pasien skizofrenia meliputi dukungan finansial dan pengawasan terhadap kejiwaan anggota keluarga. Selain itu keluarga juga harus mampu menyesuaikan diri akibat stigma masyarakat terkait keberadaan pasien gangguan jiwa dan menanggung distress akibat gejala-gejala gangguan jiwa.

C. Dampak Ketidapatuhan Bagi Keluarga

Menurut WHO (2003), secara umum dampak yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga mengalami skizofrenia adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stress terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Dampak ini diperberat jika diikuti dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan.

Ketidapatuhan klien terhadap pengobatan merupakan salah satu penyebab kekambuhan. Menurut *World Federation far Mental Health* (2006), dampak kekambuhan pada pasien diantaranya: gangguan hubungan interpersonal

dengan orang lain, tidak bisa kerja, dirawat di RS, muncul ide bunuh diri, mencoba melakukan usaha bunuh diri, dan mengalami pengurangan.

Kekambuhan juga merupakan suatu stressor bagi keluarga dan berkorelasi positif terhadap beban pada keluarga (*family burden*). Agar dapat tetap berfungsi dengan baik, keluarga harus mempunyai strategi koping yang adaptif. Berikut ini akan dijelaskan tentang beban keluarga dan koping yang digunakan keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan pasien skizofrenia.

1. Beban Keluarga

Family Burden (beban keluarga) digunakan untuk mengidentifikasi kesulitan keluarga secara subjektif maupun objektif sehubungan dengan adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan mental yang berkepanjangan (Magliano, 2008). Beban objektif diantaranya adalah: gangguan dalam hubungan keluarga; keterbatasan melakukan aktivitas sosial, pekerjaan, dan hobi; kesulitan finansial; dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik keluarga. Beban subjektif menggambarkan reaksi psikologis seperti perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stres menghadapi gangguan perilaku dan frustrasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga.

2. Koping keluarga

Koping adalah upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres termasuk upaya penyelesaian masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2002). Sementara Lazarus,

dkk (1974, dalam Friedman 1998) mendefinisikan koping keluarga sebagai respon yang positif, sesuai dengan masalah, afektif, persepsi, dan respon perilaku yang digunakan keluarga dan subsistemnya untuk mengatasi masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh masalah atau peristiwa.

Friedman (1998) membagi strategi koping keluarga menjadi koping keluarga internal dan koping keluarga eksternal. Koping keluarga internal atau intrafamilial adalah koping yang dilakukan dalam keluarga inti. Strategi koping internal terdiri dari: mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, memelihara ikatan keluarga, mengontrol arti dan makna dari masalah, pemecahan masalah secara bersama-sama, fleksibilitas peran, dan normalisasi.

Pada awal mengalami stress, koping yang terlebih dahulu dilakukan adalah koping yang bersumber dari anggota keluarga itu sendiri. Burgess (1979, dalam Friedman, 1998) mengatakan koping mengandalkan kelompok keluarga membutuhkan disiplin anggota keluarga karena didalamnya akan ada pembagian tugas yang harus dipikul oleh tiap anggota keluarga. Contoh koping adalah membuat struktur yang lebih besar, meningkatkan kontrol dalam keluarga dan memodifikasi proses pengambilan keputusan.

Penggunaan humor dapat menurunkan ketegangan dan kecemasan dalam keluarga. Menurut Hott (1997 dalam Friedman, 1998) humor merupakan aset keluarga yang penting dalam memperbaiki sikap keluarga terhadap adanya masalah dan perawatan kesehatan. Ketidapatuhan pasien skizofrenia dapat

membuat ketegangan keluarga, pendekatan pada pasien dengan menggunakan humor, menghindari paksaan dapat menurunkan sikap defensif pasien.

Ketika mengalami stres, keluarga berupaya saling mendukung dengan lebih mendekatkan diri satu sama lainnya. Kemampuan saling mengungkapkan perasaan tiap anggota terkait stress dapat membuat keluarga semakin dekat dan pada akhirnya saling mendukung dan berkerjasama dalam menghadapi stressor. Ketika anggota keluarga dengan skizofrenia tidak patuh terhadap pengobatan, koping ini bisa digunakan untuk memfasilitasi pengungkapan alasan ketidakpatuhan sehingga keluarga bisa memahami apa yang dirasakan oleh pasien untuk bersama-sama mencari alternatif penyelesaian masalah.

Koping internal berikutnya adalah pengontrolan makna dari masalah dengan merumuskan kembali penilaian terhadap masalah (*reframing*) dan penilaian pasif terhadap masalah. Folkman, dkk (1986, dalam Friedman, 1998) mengatakan bahwa keluarga yang menggunakan strategi koping ini cenderung melihat segi positif dari kejadian yang menimbulkan stres (*reframing*) dan mengabaikan aspek-aspek negatif (penilaian pasif) yang mengakibatkan stress dianggap kurang penting dalam kehidupan keluarga. Ketidakpatuhan sebagai sumber stres bagi keluarga tidak boleh diatasi dengan koping penilaian pasif karena akan mengakibatkan kekambuhan.

Koping pemecahan masalah bersama-sama merupakan suatu strategi yang digambarkan melalui suatu situasi dimana keluarga dapat mendiskusikan masalah secara bersama untuk mencari solusi, mencapai kesepakatan apa

yang harus dilakukan berdasarkan persepsi dan usulan dari tiap anggota keluarga. Fringler (1989 dalam Friedman 1998) mengatakan bahwa solusi yang berorientasi pada pemecahan masalah bukan pada penyebab masalah adalah tipe koping fungsional. Pada saat pasien mengalami kekambuhan akibat ketidakpatuhan, keluarga harus mencari solusi bagaimana mengatasi kekambuhan bukan apa yang menjadi penyebab kekambuhan.

Fleksibilitas peran sangat dibutuhkan dalam menyikapi perubahan-perubahan yang cepat dan meluas pada keluarga. Menurut Vincent (1996 dalam Friedman 1998), mengubah peran-peran secara eksternal sangat adaptif terhadap kebutuhan institusi sosial lain dan secara internal sangat adaptif terhadap kebutuhan anggotanya. Dalam menghadapi ketidakpatuhan, fleksibilitas peran sangat diperlukan. Sebagai contoh anggota keluarga yang mengalami skizofrenia adalah pencari nafkah, saat mengalami kekambuhan peran ini harus digantikan oleh anggota keluarga yang lain sehingga fungsi ekonomi keluarga tetap terpenuhi.

Normalisasi adalah koping intrafamilial yang berusaha menempatkan sesuatu senormal mungkin ketika mereka melakukan suatu koping terhadap suatu stressor jangka panjang yang cenderung mengganggu kelangsungan keluarga. Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa merupakan stressor jangka panjang bagi keluarga, sehingga keluarga berupaya memperlakukan pasien gangguan jiwa dengan normal sesuai kapasitas mereka, contohnya tetap melibatkan dalam aktivitas keluarga.

Strategi koping eksternal atau ektrafamilial adalah koping yang dilakukan diluar keluarga inti. Kegiatan yang dilakukan pada koping ini meliputi: mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan sosial (menggunakan jaringan dukungan sosial informal, menggunakan sistem-sistem sosial informal, menggunakan kelompok-kelompok mandiri), dan mencari dukungan spiritual.

Pencarian informasi sangat penting untuk membekali keluarga dalam menghadapi stressor. Friedman (1998) mengatakan bahwa keluarga yang mengalami stress berespon secara kognitif mencari pengetahuan dan informasi yang berhubungan dengan stressor aktual maupun potensial. Beberapa penelitian membuktikan bahwa keluarga yang mencari informasi untuk mengatasi masalah lebih fungsional dibandingkan keluarga yang tidak mencari informasi (Chesler & Barbarin, 1987 dalam Friedman 1998). Informasi tentang stresor dapat didapatkan melalui buku, koran, majalah atau sumber ahli.

Memelihara hubungan aktif dengan komunitas. Kategori memelihara hubungan aktif dengan komunitas berbeda dengan penggunaan sistem sosial. Kategori koping ini merupakan strategi koping keluarga yang berkesinambungan, jangka panjang, bersifat umum, dan bukan katagori yang dapat meningkatkan stressor spesifik tertentu (Friedman 1998). Walaupun keluarga harus merawat anggota keluarga dengan skizofrenia, keluarga tetap harus menjalin hubungan dengan komunitas sekelilingnya, karena interaksi

dengan komunitas secara tidak langsung akan memberikan dukungan pada keluarga.

Mencari sistem pendukung sosial. Menurut Caplan (1974, dalam Friedman 1998) sumber dukungan sosial meliputi: jaringan kerja spontan dan informal, dukungan-dukungan terorganisir non tenaga kesehatan dan dukungan terorganisir dari tenaga kesehatan. Bentuk dukungan sosial yang diberikan adalah dukungan pemeliharaan dan emosi bagi anggota keluarga.

Mencari dukungan spiritual. Keyakinan terhadap Tuhan dan berdoa didefinisikan oleh keluarga sebagai cara paling penting bagi keluarga mengatasi stressor yang berkaitan dengan kesehatan, selain itu dukungan spiritual juga membantu keluarga mentoleransi adanya ketegangan yang kronis dan lama dalam keluarga (Friedman, 1998). Dukungan ini dapat dipenuhi dengan melakukan konseling spiritual dan melaksanakan kegiatan secara bersama-sama.

Strategi koping internal dan eksternal yang adekuat akan mengurangi atau menghilangkan beban, sebaliknya jika koping tidak adekuat maka akan meningkatkan atau menambah beban keluarga. Peran perawat sangat dibutuhkan untuk membantu keluarga menggunakan semua sumber koping untuk mengatasi beban yang dirasakan akibat ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia.

Huang, dkk (2008) melakukan penelitian kualitatif fenomenologi tentang pengalaman coping keluarga yang merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Penelitian ini dilakukan pada 10 orang partisipan. Hasil penelitian Huang menghasilkan dua tema yang menunjukkan coping keluarga yang digunakan untuk mengatasi masalah. Tema tersebut adalah mekanisme coping psikologis dan mekanisme coping sosial. Mekanisme coping psikologis terdiri dari berfikir positif dan mencari informasi. Mekanisme coping sosial meliputi perilaku mencari bantuan dari lingkungan sosial, tenaga kesehatan dan dukungan spiritual.

D. Peran Perawat Spesialis Keperawatan Jiwa

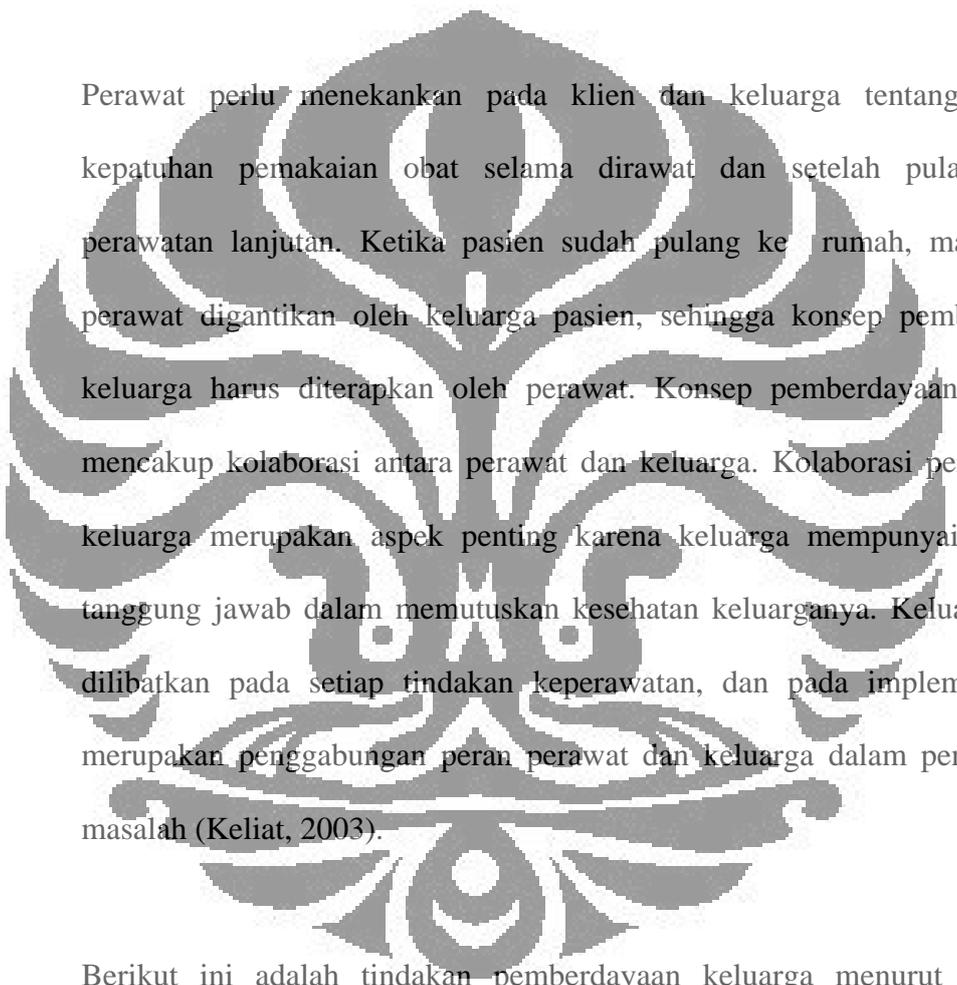
Ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia merupakan masalah yang dihadapi oleh semua tenaga kesehatan. Perawat spesialis keperawatan jiwa sebagai bagian dari tenaga kesehatan mempunyai peran yang paling penting untuk berkontribusi menangani masalah ini. Hal ini bisa dijelaskan karena perawat adalah tenaga kesehatan terbesar dan paling banyak meluangkan waktu bersama pasien (Potter & Perry, 2005).

Penanganan ketidakpatuhan terhadap regimen terapeutik: pengobatan sangat berhubungan dengan peran perawat pada terapi psikofarmaka. Peran perawat dalam terapi psikofarmaka mencakup : pengkajian klien, koordinator terapi, pemberi obat pada klien, pemantau efek obat, pendidik tentang obat, pemeliharaan kepatuhan program pengobatan, partisipasi dalam penelitian klinis antar disiplin tentang uji coba obat, dan kewenangan memberikan resep (Keliat, 2003).

Berikut ini akan dijelaskan beberapa peran tersebut menurut Keliat (2003):

1. Peran pengkajian klien. Perawat perlu mengkaji riwayat penyakit dan obat sebelum klien dirawat. Terkait dengan pemakaian obat, ada tiga hal yang perlu dikaji yaitu: obat psikiatri yang pernah dipakai; penyakit non psikiatrik dan obat yang dipakai pada enam bulan terakhir; pemakaian alkohol, tembakau, kopi dan obat terlarang.
2. Sebagai koordinator terapi. Perawat mendesain terapi modalitas lain sebagai pendamping terapi psikofarmaka untuk mengoptimalkan fungsi pasien. Terapi yang diberikan antara lain terapi kognitif, terapi kognitif-perilaku, dan terapi keluarga.
3. Sebagai pemberi obat. Peran perawat adalah memastikan ketepatan obat yang meliputi tepat pasien, tepat jenis obat yang diberikan, tepat dosis pada tiap pemberian, tepat waktu, tepat cara pemberian dan mendokumentasikan pemberian obat. Melalui peran ini dapat dikatakan bahwa perawat mempunyai peran kunci dalam memaksimalkan efek terapeutik obat dan meminimalkan efek samping obat melalui kolaborasi dalam pasien dalam pelaksanaan pemberian obat.
4. Pemantau efek obat. Perawat merupakan tenaga profesional yang paling tepat dalam memantau efek obat terhadap target gejala yang diharapkan (Stuart & Laraia, 2005), karena perawat berada 24 jam di samping pasien dan tenaga kesehatan yang paling banyak di rumah sakit. Selain efek obat, perawat dapat memantau efek samping, reaksi yang merugikan, dan efek yang tidak jelas pada pasien.
5. Sebagai peran pendidik. Perawat mempunyai posisi strategis untuk mendidik pasien dan keluarganya. Aspek yang perlu diajarkan pada

keluarga adalah prinsip lima benar pemberian obat; tujuan pemberian obat; akibat pemakaian obat yang tidak teratur; dan efek samping. Setelah klien dan keluarga mengetahui tentang obat, selanjutnya dilatih untuk memakai sendiri. *Self management* merupakan salah satu aspek tindakan keperawatan pada pasien dan keluarga (Gibson, 1999; Drake, dkk, 2000 dalam Keliat, 2003).



Perawat perlu menekankan pada klien dan keluarga tentang manfaat kepatuhan pemakaian obat selama dirawat dan setelah pulang, serta perawatan lanjutan. Ketika pasien sudah pulang ke rumah, maka peran perawat digantikan oleh keluarga pasien, sehingga konsep pemberdayaan keluarga harus diterapkan oleh perawat. Konsep pemberdayaan keluarga mencakup kolaborasi antara perawat dan keluarga. Kolaborasi perawat dan keluarga merupakan aspek penting karena keluarga mempunyai hak dan tanggung jawab dalam memutuskan kesehatan keluarganya. Keluarga perlu dilibatkan pada setiap tindakan keperawatan, dan pada implementasinya merupakan penggabungan peran perawat dan keluarga dalam penyelesaian masalah (Keliat, 2003).

Berikut ini adalah tindakan pemberdayaan keluarga menurut Friedman (1998): mendorong peran serta aktif keluarga; mendengarkan kebutuhan anggota keluarga; mengakui kesetaraan keluarga dan tim kesehatan; memperluas pandangan keluarga tentang pilihan dan kesempatan yang tersedia; mendorong kemandirian keluarga menolong diri sendiri; mendukung keluarga dan klien melatih otonomi dan keteguhan memutuskan pilihan;

menghargai kemampuan keluarga dan perawat dalam mempertahankan kesehatan dan mengelola masalah kesehatan; mengakui bahwa keluarga dan perawat memberi kekuatan dan sumber daya pada hubungan mereka; menemukan dan menguatkan sumber daya dan kemampuan keluarga sebagai dasar tanggung jawab; memberi pembelaan; membantu keluarga mengembangkan dukungan sosial dalam keluarga melalui pengembangan keterampilan berhubungan; dan memberi penghargaan atas perubahan positif yang dicapai keluarga.

E. Kerangka Pikir Penelitian

Untuk memberikan arahan penelitian, peneliti mencoba membuat kerangka pikir penelitian. Kerangka pikir penelitian menggunakan pendekatan sistem keluarga dan teori *Self Care Defisit* dari Orem.

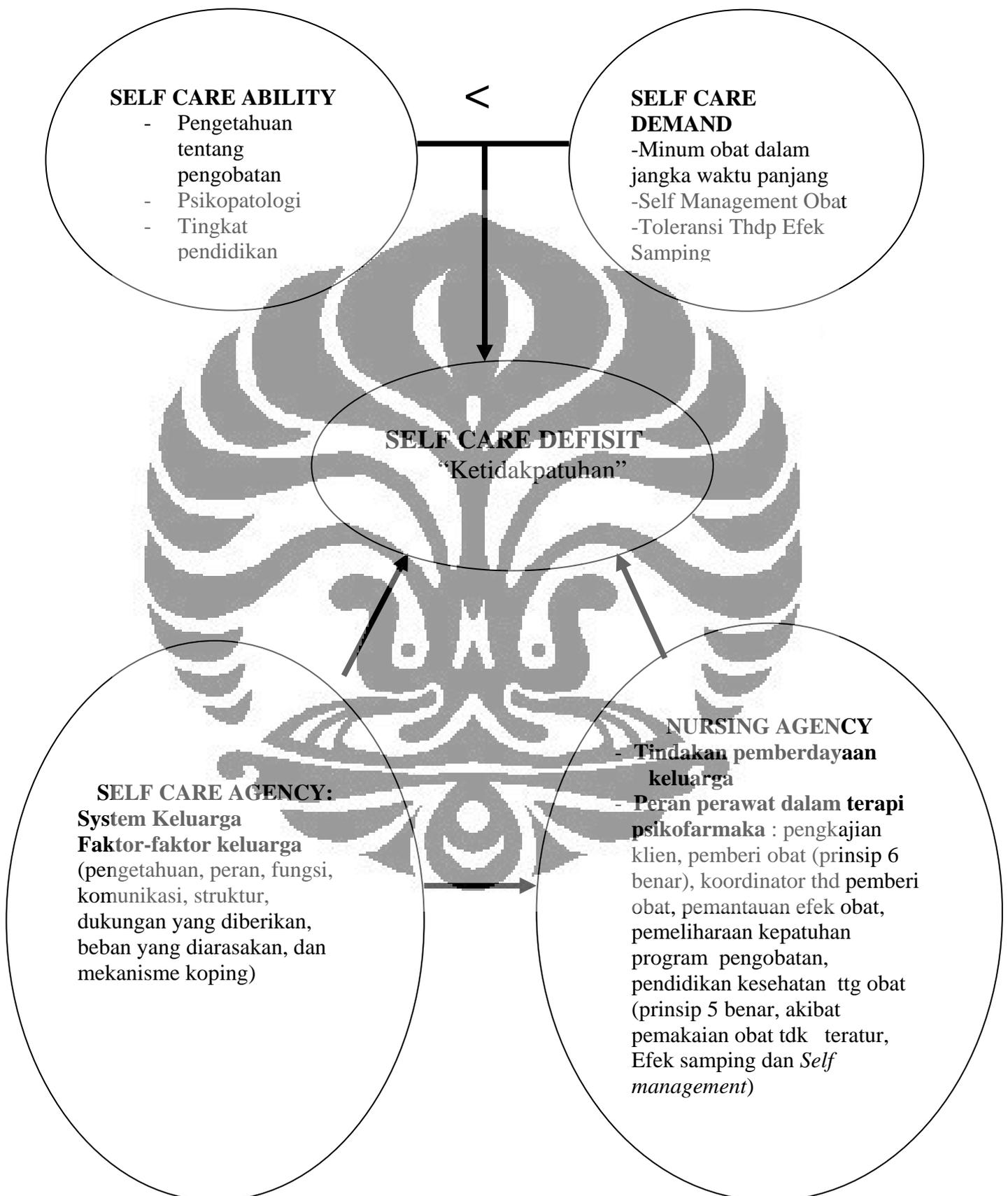
Teori Orem terdiri dari tiga teori pokok yaitu teori *self care*, teori *self care deficit* dan teori *nursing system*. *Self care* adalah gambaran perilaku seseorang untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya, sebaliknya *self care deficit* adalah perilaku seseorang yang tidak mampu memenuhi kebutuhan akan *self care*nya. Untuk dapat memahami *self care deficit* perawat harus memahami konsep *self care agency* dan *self care demands*. *Self care agency* adalah kapasitas atau kemampuan yang dimiliki individu dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya. *Self care demand* adalah kebutuhan individu sesuai kondisinya untuk mencapai *self care*. *Self care deficit* terjadi akibat ketidakmampuan *self care agency* memenuhi *self care demands*. *Nursing system* adalah sistem pelayanan keperawatan yang memfasilitasi pemenuhan kebutuhan *self care*.

Upaya keperawatan untuk memenuhi kebutuhan *self care* disebut *nursing agency*.

Ketidakpatuhan termasuk perilaku defisit perawatan diri (Baker & Kasterman dalam Kyngas, dkk, 2000). Pada penelitian ini *self care agency* adalah sumber daya keluarga sebagai sistem yang dipengaruhi oleh faktor pasien sebagai subsistem. *Self care demands* adalah kebutuhan-kebutuhan yang harus dipenuhi untuk mencapai kepatuhan. *Self care demand* meliputi kemampuan *self management* obat, adaptasi terhadap efek samping dan penggunaan obat dalam jangka waktu panjang. Penelitian ini menggunakan pendekatan sistem keluarga sehingga *nursing agency* yang dirancang terkait dengan bagaimana memberdayakan keluarga dan bagaimana perawat melaksanakan perannya terkait terapi psikofarmaka.

Halaman berikut akan menampilkan skema kerangka pikir penelitian.

Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penelitian Berdasarkan Modifikasi teori Self Care Orem



Gambar 2.1 Kerangka Pikir Penelitian Berdasarkan Modifikasi Teori Self Care Orem

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang desain penelitian, pemilihan partisipan, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, analisa data, dan keabsahan data.

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah istilah yang digunakan untuk mengidentifikasi bagaimana peneliti membuat rencana untuk memperoleh data yang diperlukan dalam rangka menjawab pertanyaan penelitian (Brockop & Tolsma, 2000). Pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Berdasarkan pertanyaan tersebut, terlihat bahwa peneliti ingin mengeksplorasi pengalaman, sehingga pendekatan kualitatif tepat digunakan.

Menurut Creswel (1998) penelitian kualitatif adalah suatu cara untuk mempelajari masalah berdasarkan gambaran yang kompleks dan holistik, diwujudkan dalam kata-kata, disajikan dalam bentuk informasi yang detail dan ditempatkan pada situasi alamiah. Pengalaman keluarga menghadapi

ketidapatuhan tidak bisa diukur dengan angka-angka, namun bisa dimaknai dengan menggunakan data berbentuk kata-kata atau pernyataan-pernyataan yang diberikan oleh keluarga sebagai partisipan.

Fenomenologi merupakan salah satu metode pada penelitian kualitatif. Metode fenomenologi berfokus pada penemuan fakta terhadap suatu fenomena sosial dan berusaha memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif partisipan (Struebert & Carpenter, 1999; Poerwandari, 2005). Metode fenomenologi dipilih karena penelitian ini hanya ingin mengeksplorasi pengalaman keluarga menghadapi ketidapatuhan, tidak meneliti pengaruh faktor budaya atau mendapatkan konsep baru tentang kepatuhan.

Menurut Speziale dan Carpenter (2003), ada enam langkah utama pada studi fenomenologi yaitu: *descriptive phenomenology*, *phenomenology of essences*, *phenomenology of apperances*, *constitutive phenomenology*, *reductive phenomenology*, dan *hermeneutic phenomenology*. Penelitian ini hanya menggunakan langkah awal dalam penelitian fenomenologi yaitu fenomenologi deskriptif dengan melakukan eksplorasi langsung, menganalisis dan mendeskripsikan fenomena pengalaman keluarga menghadapi ketidapatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Proses penelitian fenomenologi deskriptif terdiri tiga tahap, yaitu *intuiting*, *analyzing* dan *describing* (Spielgelberg, 1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999).

Tahap *intuiting* adalah tahap dimana peneliti mulai masuk secara total atau menyatu dengan fenomena yang diteliti. Agar dapat merasakan apa yang dirasakan partisipan, peneliti selalu mendengarkan dengan empati semua penjelasan partisipan dan berusaha mendapatkan informasi secara jelas dan detail. Penjelasan yang detail sangat membantu peneliti untuk memahami fenomena ketidakpatuhan. *Intuiting* juga dilakukan dengan membaca berulang-ulang hasil transkrip wawancara.

Agar data-data yang diberikan partisipan bersifat alami dan bebas dari asumsi peneliti, peneliti melakukan proses *bracketing*. Hal ini dilakukan dengan meninggalkan pengetahuan yang sudah ada tentang fenomena ketidakpatuhan. Hal ini sedikit sulit karena peneliti adalah seorang perawat jiwa yang sering berdiskusi tentang ketidakpatuhan dengan pasien gangguan jiwa. Untuk itu peneliti berusaha memikirkan secara cepat sebelum mengajukan pertanyaan pada partisipan, apakah pertanyaan yang akan diajukan bersifat mengarahkan pandangan partisipan atau tidak.

Pada tahap *analyzing*, peneliti mengidentifikasi esensi/intisari fenomena ketidakpatuhan dengan mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan elemen-elemen (kata kunci, katagori, sub tema dan tema) yang terkait dengan fenomena. Pada tahap ini peneliti melakukan proses tahapan analisa sebagai berikut: mengutip pernyataan yang signifikan, mengkategorikan dan membuat pengertian terhadap arti intisari fenomena.

Tahap *describing*, merupakan tahap terakhir dari fenomenologi deskriptif. Pada tahap ini peneliti membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena ketidakpatuhan pasien skizofrenia terhadap regimen terapeutik: pengobatan. Tujuan tahap ini adalah mengkomunikasikan arti dan makna pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan.

B. Partisipan Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia yang sedang atau pernah dirawat di ruang MPKP RSMM Bogor. Jumlah populasi yang teridentifikasi selama proses pengambilan data adalah 35 orang.

Sampel adalah partisipan yang memenuhi kriteria inklusi dan diseleksi melalui proses rekrutmen. Rekrutmen dilakukan dengan metode *purposive sampling*, dimana peneliti sengaja memilih partisipan karena dianggap mempunyai karakteristik tertentu, yang dapat memperkaya data penelitian (Macne, 2004).

Proses rekrutmen dilaksanakan setelah peneliti mendapatkan ijin melakukan penelitian dari bagian diklat RSMM. Pada tahap ini peneliti melibatkan kepala ruangan dan ketua tim ruang MPKP sebagai fasilitator. Pelibatan fasilitator bertujuan untuk mempermudah peneliti mencari calon partisipan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.

Sebelum proses rekrutmen, peneliti memberikan penjelasan kepada fasilitator

tentang tujuan penelitian, kriteria calon partisipan, proses wawancara, dan hak-hak partisipan. Kriteria partisipan yang ditetapkan peneliti adalah: keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia jenis apapun yang sedang atau pernah dirawat di Ruang MPKP RSMM Bogor dengan alasan putus obat atau tidak teratur minum obat; keluarga yang dalam keadaan sehat, baik dari penyakit fisik maupun gangguan mental; keluarga yang tinggal serumah dengan pasien gangguan jiwa; berperan sebagai *caregiver* pasien di rumah; mampu memahami bahasa Indonesia secara aktif; bersedia menjadi partisipan.

Pada tahap rekrutmen, fasilitator mengidentifikasi 12 calon partisipan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Jumlah ini sesuai dengan jumlah yang ditetapkan peneliti. Peneliti menargetkan jumlah calon partisipan 12 orang berdasarkan pernyataan Dukes (1984, dalam Creswell, 1998) bahwa jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif adalah enam sampai sepuluh partisipan, tetapi jika data penelitian belum mencapai saturasi maka jumlah informan dapat ditambah. Peneliti menambah dua partisipan untuk mengantisipasi bila ada calon partisipan yang menganulir kesediaannya berpartisipasi sebagai partisipan. Namun ada satu calon partisipan yang menolak dilakukan perekaman saat wawancara, sehingga satu calon partisipan batal dijadikan partisipan penelitian.

Selama proses pengumpulan data, saturasi data tercapai pada partisipan ke sembilan, dimana jawaban yang diberikan oleh partisipan merupakan replikasi atau pengulangan dari jawaban partisipan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut, dua calon partisipan lain diberitahukan tentang pembatalan menjadi partisipan penelitian serta alasannya. Namun peneliti tetap melakukan diskusi dengan dua

calon partisipan tersebut terkait topik ketidakpatuhan terhadap regimen terapeutik: pengobatan. Kedua calon partisipan menerima pembatalan tersebut.

Pada saat rekrutmen, peneliti dan fasilitator membuat kesalahan dengan mengasumsikan *caregiver* utama di rumah adalah penanggung jawab pasien saat dirawat sekaligus anggota keluarga yang diberikan pendidikan kesehatan oleh staf ruang MPKP setiap kali pasien dirawat. Pada proses wawancara diketahui bahwa tidak semua penanggung jawab utama adalah *caregiver* yang bertanggung jawab memberikan obat saat pasien di rumah. Sehingga selain mewawancarai penanggung jawab pasien, peneliti juga mewawancarai anggota keluarga yang bertanggung jawab sebagai manager/pengawas minum obat pasien di rumah. Hal ini terjadi pada tiga keluarga pasien, sehingga walaupun partisipan berasal dari sembilan keluarga pasien, namun jumlah partisipan yang diwawancarai adalah 12 orang partisipan.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada pasien yang sedang atau pernah dirawat di ruang MPKP RSMM Bogor. Alasan pemilihan ruang MPKP RSMM sebagai tempat penelitian adalah rumah sakit ini adalah rumah sakit jiwa terbesar di Indonesia. Ruang MPKP didirikan atas kerjasama FIK UI dan RSMM, selain itu di ruang ini sudah memberikan pelayanan jiwa untuk pasien dan keluarganya.

Kegiatan penelitian dilakukan dari minggu pertama Februari sampai dengan pertengahan Juli 2009. Penulisan proposal sebagai rangkaian awal proses penelitian dilakukan sejak minggu pertama bulan Februari sampai minggu ketiga

Maret 2009. Proposal penelitian diujikan pada minggu keempat Maret 2009. Setelah proposal dinyatakan lulus uji kelayakan untuk dilakukan oleh tim penguji, peneliti mulai mengurus ijin penelitian, uji etik dan melakukan uji coba terhadap pedoman wawancara, *field note*, alat perekam, serta kemampuan peneliti melakukan wawancara.

Pengumpulan data dilakukan dalam kurun waktu empat minggu sejak pertengahan April hingga pertengahan Mei 2009. Transkrip hasil pengumpulan data, dianalisis selama satu bulan mulai awal Mei hingga akhir Mei 2009. Penyusunan laporan hasil penelitian pada awal Juni sampai dengan minggu ketiga juni 2009. Jadwal kegiatan penelitian lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran 6.

D. Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan harus memenuhi persyaratan etik untuk melindungi hak partisipan, terutama jika penelitian dilakukan terhadap kelompok rentan seperti anak-anak, lanjut usia, pasien gangguan jiwa maupun keluarganya. Keluarga pasien skizofrenia termasuk kelompok rentan karena mereka menanggung beban fisik dan psikologis yang berat akibat merawat anggota keluarga dengan kebutuhan khusus. Peneliti harus sensitif saat bekerja dengan kelompok ini.

Etika penelitian yang diterapkan pada penelitian ini mengacu pada prinsip etik menurut Polit dan Hungler (1997), yaitu prinsip *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia, dan prinsip keadilan. Untuk memenuhi prinsip *beneficence*

peneliti harus memastikan bahwa penelitian bebas dari bahaya (fisik maupun emosional) dan eksploitasi serta menjamin bahwa manfaat dari penelitian lebih besar dari risiko yang mungkin ditimbulkan. Pada saat wawancara peneliti berusaha menghindari pertanyaan yang memungkinkan timbulnya ketidaknyamanan (akibat partisipan merasa tereksplorasi) atau menstimulus munculnya perubahan emosional saat wawancara (membahayakan secara emosi). Pada saat wawancara ada partisipan yang menangis saat menceritakan beban yang dialami akibat merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, hal yang dilakukan peneliti adalah mematikan alat perekam, menenangkan partisipan, dan menunggu keluarga sampai siap melanjutkan kembali wawancara. Setelah wawancara selesai, peneliti memberikan terapi psikoedukasi keluarga pada partisipan.

Prinsip menghargai martabat manusia dipenuhi dengan memberikan hak untuk menentukan pilihan (*self determination*) dan hak mendapatkan penjelasan secara lengkap (*full disclosure*). Peneliti memenuhi hak partisipan dalam menentukan pilihan melalui penjelasan bahwa partisipasi partisipan bersifat sukarela dan tidak ada paksaan. Peneliti juga menjelaskan tidak berkeberatan jika dalam proses wawancara partisipan memutuskan untuk menghentikan keterlibatannya. Untuk itu memberikan penjelasan sebelum wawancara dilakukan agar partisipan mengerti manfaat berpartisipasi dalam penelitian dan risiko yang mungkin muncul selama penelitian sehingga partisipan dengan sadar memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini. Selain menentukan keterlibatannya, partisipan juga berhak menentukan waktu dan tempat dimana wawancara akan dilakukan. Hak untuk menentukan pilihan dan hak untuk mendapatkan

penjelasan lengkap merupakan dua elemen utama yang menjadi dasar dilakukannya *informed consent* (Hamid, 2008).

Prinsip keadilan meliputi hak mendapatkan perlakuan yang adil dan hak mendapatkan keleluasaan pribadi (*privacy*). Hak diperlakukan dengan adil dipenuhi dengan sikap peneliti memperlakukan semua partisipan secara adil dengan tidak membeda-bedakan dan memberikan hak yang sama pada setiap partisipan. Keadilan terbagi menjadi keadilan komparatif dan keadilan non komparatif. Menurut Potter dan Pery (2005), keadilan komparatif adalah memberikan suatu sesuai kebutuhan subjek sementara keadilan non komparatif memberikan sesuatu secara adil tanpa melihat kebutuhan. Keadilan terkait intervensi yang diberikan pada partisipan setelah selesai wawancara adalah keadilan yang bersifat komparatif. Intervensi keperawatan berupa terapi psikoedukasi keluarga diberikan peneliti pada keluarga yang membutuhkannya.

Hak mendapatkan keleluasaan pribadi meliputi hak *anonymity* dan *confidentiality*. Peneliti menyadari beban yang dirasakan oleh keluarga akibat stigma dari masyarakat terkait dengan keberadaan anggota keluarganya yang mengalami skizofrenia sangat tinggi, akibatnya banyak keluarga yang takut jika keberadaan anggota keluarganya diketahui banyak orang. Berdasarkan hal tersebut maka hak *anonymity* dan *confidentiality* sangat penting dipenuhi.

Hak *anonymity* dipenuhi peneliti dengan tidak menuliskan nama dan inisial partisipan pada data, namun hanya menuliskan kode. Peneliti juga memberi

jaminan bahwa informasi yang diberikan tidak akan diberikan pada orang lain atau orang-orang yang mengenal partisipan, tidak ada orang yang dapat mengakses data kecuali peneliti dan timnya, dan data disimpan di tempat yang aman (laci peneliti yang selalu terkunci) oleh peneliti selama lima tahun untuk kepentingan penelitian dan selanjutnya data akan dimusnahkan. Jaminan akan hak *anonymity* dan *confidentiality* membuat partisipan lebih terbuka dan nyaman dalam menguraikan pengalamannya terkait ketidakpatuhan.

E. Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data pada penelitian ini adalah peneliti sendiri dengan menggunakan alat bantu *tape recorder*, *Music Player 4*, panduan wawancara dan *field note* (catatan lapangan). Sebagai alat, kemampuan peneliti melakukan wawancara sangatlah penting, karena kemampuan wawancara yang baik akan menghasilkan data yang kaya (Irawan, 2006).

Menurut Irawan (2006) hal-hal yang perlu dikuasai oleh seorang peneliti dalam melakukan wawancara adalah: mempersiapkan pedoman wawancara; menciptakan suasana yang rileks; menghindari pertanyaan tertutup; jika informan diam atau tidak memberi jawaban, ingatlah bahwa keadaan inipun merupakan data bagi peneliti; hindari kekakuan saat wawancara; jangan mempengaruhi jawaban partisipan; gunakan kaset untuk merekam; tidak menafsirkan, menyimpulkan, menambah dan mengurangi data dari partisipan. Tips ini dijadikan patokan peneliti baik pada saat melakukan uji coba wawancara maupun saat wawancara sebenarnya.

Sebelum melakukan wawancara kepada partisipan yang sebenarnya, peneliti melakukan uji coba wawancara kepada keluarga pasien skizofrenia yang dirawat di ruang non MPKP. Setelah melakukan uji coba wawancara peneliti melakukan evaluasi diri terkait dengan kemampuan wawancara dengan mendengarkan isi rekaman wawancara. Peneliti juga meminta partisipan menilai kemampuan peneliti melakukan wawancara setelah wawancara berakhir. Partisipan mengatakan bahwa peneliti rileks dan mampu membuat partisipan nyaman menceritakan semua pengalamannya. Peneliti juga mendiskusikan hasil evaluasi diri dan hasil evaluasi dari partisipan kepada pembimbing tesis. Hasil evaluasi diri dan masukan dari pembimbing adalah peneliti harus lebih tanggap terhadap informasi-informasi yang merupakan kata kunci agar wawancara yang dilakukan lebih dalam dan peneliti lebih berhati-hati dengan pertanyaan yang bersifat menggiring opini partisipan. Hasil evaluasi kemampuan wawancara dijadikan bekal peneliti dalam melakukan wawancara mendalam terhadap partisipan yang sebenarnya.

Berdasarkan pengalaman dan hasil uji coba wawancara, peneliti telah dapat berkomunikasi secara efektif dalam pengumpulan data dengan indikator tergambarkannya secara verbal semua informasi yang dibutuhkan sesuai tujuan penelitian. Kemampuan mengembangkan pertanyaan menjadi indikator kekuatan peneliti sehingga mampu menggali arti dan makna pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan.

Pada saat uji coba wawancara, peneliti juga mengujicobakan pedoman

wawancara yang sudah dibuat. Hasil yang didapatkan adalah ada beberapa pertanyaan yang jawabannya sama yaitu pertanyaan tentang faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan dan hambatan yang dihadapi keluarga untuk membuat pasien patuh. Kata kepatuhan minum obat lebih bisa dimengerti dengan kata kedisiplinan atau keteraturan minum obat. Seluruh peserta mengerti pertanyaan peneliti, dan mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut sesuai dengan pengalamannya. Pedoman wawancara sebelum dan sesudah uji coba wawancara dapat dilihat pada lampiran 4 a dan lampiran 4 b.

Selain kemampuan melakukan wawancara mendalam, kemampuan membuat catatan lapangan berupa catatan respon non verbal partisipan dan kejadian-kejadian yang terjadi selama proses wawancara penting dievaluasi. Hal ini sangat penting karena catatan lapangan berguna untuk mendukung ungkapan verbal partisipan. Pada uji coba wawancara, peneliti mengalami kesulitan dalam membuat catatan lapangan karena terpaku pada proses verbal sesuai panduan wawancara. Peneliti memperbaiki kelemahan ini saat wawancara pada partisipan sebenarnya dengan cara benar-benar memahami pokok pertanyaan yang harus ditanyakan, tidak terpaku pada urutan daftar pertanyaan, dan lebih sensitif terhadap setiap perubahan respon non verbal dan lingkungan yang terjadi selama wawancara.

Alat perekam yang digunakan peneliti adalah *tape recorder* dan MP4. Peneliti menggunakan dua alat, untuk mengantisipasi jika ada kendala teknik yang tidak terduga selama proses wawancara. Pada saat uji coba peneliti melakukan kesalahan dengan mengatur volume suara yang paling tinggi sehingga pada saat

mendengarkan ulang percakapan untuk dibuat verbatim, volume suara tidak bisa ditingkatkan lagi. Kesalahan ini diperbaiki pada saat wawancara pada partisipan sesungguhnya dimana sebelum digunakan, alat diatur pada volume suara terendah dengan arah mikrofon kearah partisipan dengan jarak 40 sampai 50 cm dari partisipan dan peneliti. Peneliti menggunakan kaset rekaman berdurasi 90 menit untuk setiap wawancara. Baterai *tape recorder* dan MP4 selalu dipastikan mampu merekam selama proses wawancara.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum wawancara dilakukan peneliti menemui partisipan dengan didampingi oleh fasilitator. Pertemuan pertama bertujuan untuk membina hubungan saling percaya (bagi partisipan yang belum mengenal peneliti), melakukan *informed consent*, penandatanganan lembar persetujuan berpartisipasi dalam penelitian, pengisian data demografi, dan menyepakati waktu wawancara akan dilaksanakan.

Beberapa partisipan menginginkan wawancara langsung dilakukan pada pertemuan pertama, sedangkan partisipan yang anggota keluarganya akan pulang meminta wawancara dilakukan di rumah partisipan atau di poliklinik rawat jalan pada saat partisipan membawa pasien kontrol. Berdasarkan hal tersebut maka wawancara dilakukan di ruang MPKP, rumah pasien, atau di poliklinik rawat jalan.

Sebelum wawancara dimulai peneliti menyiapkan ruangan tempat wawancara akan dilaksanakan. Untuk partisipan yang memilih wawancara langsung dilaksanakan pada saat pertemuan pertama, wawancara dilakukan di ruang kepala ruangan ruang MPKP. Ruangan ini dipilih karena ruangan ini bisa menjamin

privasi dan kenyamanan partisipan saat wawancara. Untuk wawancara yang dilakukan pada saat pasien kontrol, wawancara dilakukan di salah satu ruang konsultasi dokter. Peneliti kesulitan menciptakan lingkungan yang benar-benar kondusif. Hal ini dikarenakan banyaknya pasien yang sedang mengantri diluar ruang konsultasi sehingga membuat suasana agak berisik, akibatnya hasil rekaman wawancara tidak terlalu jernih. Untuk wawancara yang dilakukan di rumah partisipan peneliti tidak bisa mendesain ruangan. Hal yang dilakukan peneliti adalah meminta keluarga untuk memilih ruangan wawancara yang dianggap nyaman oleh partisipan sendiri.

Hambatan yang ditemui peneliti pada wawancara yang dilakukan di rumah partisipan adalah adanya pasien dan anak kecil saat wawancara. Keberadaan pasien di rumah membuat keluarga tidak leluasa menceritakan pengalamannya. Bahkan ada satu partisipan membatasi waktu wawancara sebelum suaminya (pasien) pulang kerja. Pada partisipan yang mempunyai anak kecil, beberapa kali anak partisipan membuat distraksi seperti menangis dan meminta partisipan bermain dengannya. Kendala ini diatasi dengan mematikan alat perekam untuk sementara dan melanjutkan kembali saat suasana sudah kondusif.

Selain persiapan ruangan, peneliti juga melakukan persiapan alat sebelum wawancara dilakukan. Peneliti memastikan alat mampu merekam dengan baik. Hal yang dilakukan peneliti adalah memastikan alat memiliki baterai yang cukup untuk merekam, posisi volume suara adalah posisi terendah, dan kaset yang digunakan adalah kaset baru.

Pada saat wawancara, peneliti menggunakan tehnik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan jenis pertanyaan semi terstruktur untuk menggali pengalaman partisipan. Peneliti selalu mengajukan pertanyaan terbuka di awal wawancara. Namun jika partisipan kesulitan memberikan jawaban, maka peneliti memberikan pertanyaan dalam bentuk lain (misalnya memberikan contoh-contoh yang relevan dengan pertanyaan) untuk memfasilitasi partisipan menjawab pertanyaan. Apabila jawaban partisipan belum jelas, peneliti memvalidasi jawaban partisipan dengan tehnik pertanyaan klarifikasi.

Seluruh wawancara dilakukan dengan posisi berhadapan antara peneliti dan partisipan. Dengan posisi ini diharapkan peneliti tidak mengalami hambatan saat membuat catatan lapangan yang berisi respon non verbal partisipan. Jarak antara partisipan dan peneliti sekitar satu meter. Alat perekam diletakkan sekitar 50 cm dari peneliti dan partisipan, dengan arah mikropon ke arah partisipan. Wawancara dilakukan rata-rata sekitar 40-50 menit. Rata-rata waktu wawancara untuk setiap partisipan adalah 30 - 60 menit. Kegiatan wawancara pada satu partisipan diakhiri pada saat semua informasi yang dibutuhkan sesuai tujuan penelitian telah diperoleh. Setelah wawancara selesai, peneliti dan partisipan menyekati akan bertemu kembali untuk klarifikasi data.

Klarifikasi data dilakukan pada saat partisipan membawa pasien kontrol ke rumah sakit. Respon partisipan pada saat proses klarifikasi adalah partisipan langsung mengatakan setuju dan tidak membaca secara keseluruhan. Menurut peneliti hal ini terjadi karena tebalnya transkrip wawancara dan terbatasnya waktu partisipan. Hal ini membuat peneliti melakukan modifikasi bahan

klarifikasi berupa kisi-kisi tema, selain transkrip wawancara. Pada proses ini seluruh partisipan menerima hasil penelitian dan tidak ada partisipan yang meralat atau menambahkan informasi.

G. Pengolahan dan Analisa Data

Menurut Polit dan Beck (2004) ada tiga metode analisis data yang lazim digunakan pada studi fenomenologi yaitu metode Collaizi, Giorgi, dan Van Kam. Peneliti memilih metode Collaizi karena metode ini memberikan langkah-langkah yang sederhana, jelas, dan rinci.

Malam hari setelah proses wawancara, peneliti mulai menyalin hasil rekaman proses wawancara. Proses transkripsi ini dilakukan dengan memutar kembali kaset hasil rekaman dan menuliskannya kata demi kata ke dalam file komputer. Transkrip ini diuji keakuratannya dengan mendengarkan kembali rekaman wawancara sambil membaca transkrip. Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal partisipan, diintegrasikan dalam transkrip sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara.

Selanjutnya peneliti membaca berulang-ulang keseluruhan informasi yang tertuang dalam verbatim pada setiap partisipan. Hal ini dilakukan guna memperoleh perasaan yang sama seperti yang dirasakan partisipan dalam menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia. Peneliti dapat menyelami fenomena setelah membaca transkrip sebanyak empat sampai lima kali untuk setiap partisipan.

Setelah membaca berulang-ulang, peneliti menentukan pernyataan-pernyataan yang signifikan terkait dengan fenomena yang diteliti sesuai dengan tujuan penelitian. Jika terdapat pengulangan pernyataan yang mengandung makna yang sama atau hampir sama pada transkrip partisipan yang sama, maka pernyataan tersebut diabaikan. Kata kunci diidentifikasi melalui penyaringan pernyataan-pernyataan tersebut. Dalam membuat kata kunci peneliti selalu memperhatikan catatan lapangan yang menyertai kalimat signifikan. Hal ini dilakukan untuk memperkuat justifikasi pembentukan kata kunci.

Kata kunci-kata kunci yang memiliki arti yang relatif sama diformulasikan menjadi satu kategori. Penentuan kategori dilakukan dengan sangat hati-hati agar tidak terjadi penyimpangan arti dari pernyataan partisipan. Hal ini dilakukan dengan cara memvalidasi kembali pada konteks pernyataan signifikan dari partisipan.

Kategori-kategori yang sama dikelompokkan dalam satu sub-sub tema. Sub-sub tema yang sejenis selanjutnya dikelompokkan ke dalam sub tema yang lebih umum. Tema terbentuk dari pengelompokan beberapa sub tema yang mengandung makna yang setara. Selanjutnya peneliti merujuk kesesuaian tema yang terbentuk dengan tujuan khusus penelitian.

Proses akhir analisa data adalah penulisan narasi hasil penelitian. Peneliti membuat narasi dengan sistematis, rinci dan bahasa yang mudah dimengerti pembaca. Hal ini bertujuan agar pembaca mendapat gambaran sedalam-dalamnya

tentang pengalaman partisipan merawat anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatannya.

Narasi hasil penelitian ditulis berdasarkan struktur tujuan khusus dan masing-masing tema yang menyertai tujuan khusus tersebut. Katagori, sub-sub tema, dan sub tema dibuat dalam bentuk uraian untuk menggambarkan mekanisme pembentukan masing-masing tema pada tiap-tiap tujuan khusus. Peneliti juga menuliskan beberapa contoh pernyataan signifikan untuk menggambarkan masing-masing kategori.

H. Keabsahan Data

Data yang diperoleh saat wawancara harus valid dan realibel agar hasil penelitian dapat dipercaya. Syarat yang harus dipenuhi pada data yang terpercaya adalah data harus menunjukkan *credibility* (dapat dipercaya), *dependability* (*konsisten*), *confirmability* (*kepastian*), dan *transferability* (berlaku pada konteks lain) (Guba & Lincoln, 1994, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Aspek keabsahan data pada penelitian ini adalah aspek *credibility*, *dependability* dan *corfirmability*.

Credibility dapat dicapai dengan cara mengumpulkan data seobjektif dan selengkap mungkin. Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif dan *membercheck* (Sugiono, 2007). Pada penelitian ini aspek kredibilitas dipenuhi dengan melakukan *membercheck* yaitu mengembalikan pada partisipan transkrip interview dan atau kisi-kisi tema yang berisi ungkapan

signifikan dan mempersilahkan partisipan jika ingin merubah, menambah atau mengurangi data.

Pada awalnya peneliti hanya memberikan transkrip wawancara kepada partisipan saat partisipan membawa pasien kontrol ke poliklinik rawat jalan. Partisipan mengatakan percaya bahwa apa yang ada ditranskrip sesuai dengan keterangan yang diberikannya tanpa membaca transkrip secara keseluruhan. Hal ini mungkin disebabkan partisipan sedang terburu-buru atau partisipan tidak termotivasi untuk membaca setelah melihat tebalnya transkrip wawancara. Oleh karena itu peneliti berinisiatif memberikan kisi-kisi tema yang mencantumkan pernyataan signifikan partisipan pada proses *membercheck*. Seluruh partisipan mengatakan bahwa tabel kisi-kisi tema sudah mencerminkan pengalamannya dan tidak ada partisipan yang memberikan informasi baru yang relevan dengan tujuan penelitian.

Dependability dari data kualitatif adalah kestabilan data dari waktu ke waktu dan pada tiap kondisi (Polit & Beck, 2004). Menurut Irawan (2006), *dependability* tercapai jika data yang sama diambil beberapa kali dan tetap menghasilkan kesimpulan yang sama. Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* data adalah *inquiry audit*, yaitu suatu penelaahan data dan dokumen-dokuman yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang *review* eksternal (Polit & Beck, 2004). Pada peneliti ini, peneliti melibatkan pembimbing tesis sebagai *reviewer* eksternal.

Confirmability tercapai jika peneliti dapat meyakinkan orang lain bahwa data yang dikumpulkan adalah data yang objektif, seperti apa adanya di lapangan (Irawan, 2006). Menurut Polit dan Beck (2004) *confirmability* adalah objektivitas

atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data. Untuk menjamin kenetralan data atau bebasnya data dari pengaruh asumsi peneliti, peneliti selalu melakukan *bracketing* saat wawancara. Peneliti juga memberikan material dan dokumen pada pembimbing selaku *eksternal reviewer* yang digunakan untuk membuat kesimpulan tentang data. Kesimpulan tentang data dari peneliti dan dari *eksternal reviewer* dikomunikasikan untuk mencapai persetujuan tentang kesamaan relevansi dan arti data.

Transferability mengandung makna sejauh mana hasil penelitian yang dilaksanakan pada populasi tertentu dapat diterapkan pada populasi yang lain (Polit & Beck, 2004). Salah satu aktivitas yang dapat dilakukan untuk menjamin *transferability* adalah menggambarkan tema-tema yang telah diidentifikasi partisipan terhadap suatu kelompok atau partisipan yang serupa dan tidak terlibat dalam pengumpulan data awal untuk menentukan apakah kelompok kedua menyetujui tema tersebut, prosedur ini sering disebut dengan *external check* atau *intercoder validity*. Karena keterbatasan waktu penelitian, peneliti tidak dapat memenuhi aspek ini. Namun peneliti berencana mempresentasikan hasil penelitian ini pada kelompok keluarga pasien lain yang memiliki karakteristik yang sama. Setelah presentasi peneliti akan melakukan diskusi untuk mengetahui apakah temuan dalam penelitian ini sesuai dengan apa yang dirasakan kelompok tersebut.

Berdasarkan keseluruhan paparan dalam bab tiga, berikut disampaikan ringkasan metode penelitian yang digunakan. Penelitian ini berfokus pada pengalaman keluarga menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam

mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Filosofi dan metode penelitian yang digunakan, didasarkan pada konsep fenomenologi deskriptif menurut Spiegelberg (1975). Partisipan dipilih dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dengan bentuk pertanyaan semi terstruktur. Hasil wawancara direkam menggunakan *tape recorder* dan MP4, kemudian dilakukan transkrip verbatim dan dianalisis dengan menggunakan metode Collaizzi (1978). Prinsip etik yang dipenuhi pada penelitian ini adalah prinsip *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia, dan prinsip keadilan. Keabsahan data dijamin dengan memenuhi prinsip *credibility*, *dependability* dan *confirmability*.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian yang telah dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian “Bagaimana pengalaman keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan”. Bagian ini terdiri dari uraian tentang karakteristik partisipan dan tema-tema yang dihasilkan pada penelitian ini.

A. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berasal dari sembilan keluarga pasien skizofrenia yang sedang atau pernah dirawat di ruang MPKP RSMM. Jumlah partisipan keseluruhan sebanyak dua belas orang. Hal ini dikarenakan ada dua partisipan dalam satu keluarga. Secara umum partisipan adalah keluarga inti pasien seperti ibu, ayah, adik dan anak pasien. Usia partisipan termuda 17 tahun dan tertua 60 tahun. Tingkat pendidikan partisipan terbanyak adalah SLTA. Lama merawat pasien terpendek adalah delapan bulan dan terlama 20 tahun. Seluruh partisipan merawat anggota keluarga (pasien) yang mempunyai diagnosa medis skizofrenia paranoid. Seluruh pasien mempunyai riwayat dirawat di rumah sakit karena

putus obat atau tidak teratur minum obat. Secara rinci karakteristik partisipan tergambar pada uraian dibawah ini.

Partisipan satu terdiri dari ayah dan ibu pasien. Ayah pasien berusia 54 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan PNS, agama Islam, suku Betawi. Ibu pasien berusia 48 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, agama Islam, suku Betawi. Partisipan satu merawat anaknya dengan karakteristik sebagai berikut: usia, 26 tahun, status janda, pendidikan SMA, dan pekerjaan ibu rumah tangga. Pasien sudah terdiagnosa skizofrenia selama tiga tahun, dirawat di RSMM sebanyak tiga kali dengan faktor presipitasi tidak mau minum obat.

Partisipan dua berusia 59 tahun, janda, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, agama Islam, suku Sunda. Partisipan dua merawat anak laki-lakinya yang berusia 25 tahun, pendidikan SMA, dan tidak bekerja. Pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 2002, keluarga baru melakukan penanganan secara medis dua tahun kemudian. Pasien baru pertama kali dirawat di rumah sakit jiwa. Sejak tahun 2004 sampai dirawat di rumah sakit jiwa, pasien tidak teratur minum obat.

Partisipan tiga berusia 35 tahun, pendidikan Diploma tiga, pekerjaan guru privat, agama Kristen, suku Batak, dan hubungan dengan pasien adalah istri. Pasien berusia 34 tahun, pendidikan S1 Teknik, dan tidak bekerja. Pasien menderita gangguan jiwa sejak satu tahun yang lalu, dirawat di rumah sakit jiwa untuk yang

pertama kalinya. Pasien dibawa oleh keluarga ke beberapa psikiater namun pasien selalu tidak mau minum obat.

Partisipan empat berusia 42 tahun, pendidikan D1, pekerjaan bidan, agama Islam, suku Sunda. Partisipan empat merawat suaminya yang berusia 45 tahun, pendidikan S1, pekerjaan PNS. Pasien menderita gangguan jiwa sejak tujuh tahun yang lalu, diberikan pengobatan medis setahun kemudian. Pasien sudah dirawat di RSMM sebanyak tujuh kali, dengan faktor pencetus tidak teratur minum obat.

Partisipan lima adalah kakak pasien. Usia partisipan 48 tahun, pendidikan S1 pendidikan, pekerjaan wiraswasta, agama Islam, suku Jawa. Anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa berusia 29 tahun, belum menikah, pendidikan S1, pekerjaan PNS. Pasien sudah mengalami gangguan jiwa sejak enam tahun yang lalu. Frekuensi rawat di RSMM adalah 8 kali. Faktor predisposisi dirawat kembali adalah tidak teratur minum obat.

Partisipan enam berusia 17 tahun, pekerjaan pelajar, pendidikan SMA, agama Islam, suku Jawa. Partisipan enam menjadi *caregiver* utama sebulan yang lalu menggantikan kakaknya yang bekerja di luar negeri. Partisipan merawat ibunya yang berusia 53 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, dan pendidikan terakhir SMA. Pasien sudah mengalami gangguan jiwa selama tiga puluh tahun. Partisipan tidak ingat berapa kali pasien sudah dirawat, namun berdasarkan

catatan medis rumah sakit, pasien sudah dirawat sebanyak 8 kali. Alasan pasien dirawat kembali adalah tidak teratur minum obat.

Partisipan tujuh terdiri dari ibu dan adik laki-laki pasien. Ibu pasien berusia 60 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan wiraswasta, agama Islam, suku Jawa. Adik laki-laki pasien berusia 24 tahun, pendidikan terakhir S1 Komputer, belum bekerja. Partisipan tujuh merawat anggota keluarga dengan karakteristik sebagai berikut: usia 38 tahun, belum menikah, pendidikan D3 penerbangan, dan tidak bekerja. Pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun 1989. Dirawat di ruang MPKP sudah dua kali, dengan salah satu alasan masuk sulit minum obat.

Partisipan delapan berusia 58 tahun, pendidikan S2 ekonomi, pekerjaan PNS, agama Islam, suku Aceh. Partisipan delapan merawat anaknya yang mengalami skizofrenia dengan karakteristik sebagai berikut: usia 30 tahun, duda, pendidikan SMA, dan pekerjaan PNS. Pasien sakit sejak enam tahun yang lalu, dirawat di ruang MPKP sebanyak dua kali dengan salah satu alasan masuk menolak minum obat.

Partisipan sembilan terdiri dari adik dan adik ipar pasien. Adik pasien berusia 32 tahun, pendidikan terakhir S1, pekerjaan dokter, agama Islam, suku Jawa. Adik ipar pasien berusia 28 tahun, pendidikan terakhir D3 keperawatan, pekerjaan ibu rumah tangga. Partisipan sembilan merawat anggota keluarga dengan karakteristik sebagai berikut: usia 40 tahun, belum menikah, pendidikan D3 bahasa, dan tidak bekerja. Pasien mengalami gangguan jiwa sejak tahun

1996. Dirawat di ruang MPKP sudah dua kali, dengan penyebab menolak minum obat. Partisipan baru menggantikan tugas perawatan pasien selama tujuh bulan. Sebelumnya pasien dirawat oleh orangtuanya. Pasien terlibat konflik yang berkepanjangan dengan orang tuanya sehingga orang tua mengatakan sudah tidak sanggup lagi merawat pasien. Selain merawat kakaknya yang mengalami skizofrenia, partisipan juga merawat anak balita berusia dua tahun.

B. Analisis Tema

Peneliti menggunakan metode analisa data Collaizi untuk mengolah data hasil wawancara. Analisis data menghasilkan 10 tema sebagai hasil penelitian. Proses lengkap analisa data, mulai dari penentuan kata kunci, katagori, sub-sub tema, sub tema dan tema secara lengkap dapat dilihat pada lampiran 7. Tema-tema yang dihasilkan akan dijabarkan berdasarkan tujuan khusus penelitian. Paragraf-paragraf berikut ini menjelaskan hasil penelitian.

1. Persepsi tentang respon kepatuhan terhadap pengobatan

Persepsi adalah penilaian individu terhadap sesuatu yang dibentuk berdasarkan harapan dan pengalamannya. Demikian pula halnya dengan persepsi partisipan tentang respon kepatuhan. Partisipan mengungkapkan persepsinya tentang respon kepatuhan berdasarkan pengalamannya terkait perilaku kepatuhan yang ditunjukkan oleh anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dan harapan partisipan tentang kepatuhan.

Berdasarkan hasil penelitian ini, partisipan menguraikan dua persepsi (persepsi kepatuhan dan persepsi ketidakpatuhan) sebagai bagian dari persepsi tentang respon kepatuhan. Hal ini bisa dipahami karena respon kepatuhan pasien skizofrenia berfluktuasi dari respon patuh dan tidak patuh. Partisipan mempunyai pengalaman mendampingi sepanjang respon tersebut. Persepsi tentang kepatuhan dan ketidakpatuhan menjadi tema yang menjawab tujuan penelitian respon kepatuhan.

Tema 1: Persepsi tentang kepatuhan

Tema ini terbentuk dari sub tema perilaku pengobatan, penyebab kepatuhan, setting/keberadaan pasien, dan durasi patuh (lamanya pasien menunjukkan perilaku patuh/mau minum obat setelah pasien pulang dari rumah sakit). Perilaku pengobatan yang diungkapkan partisipan meliputi perilaku minum obat dan perilaku melakukan *follow up care*/kontrol.

Partisipan mengungkapkan empat kriteria yang menjadi tolak ukur perilaku patuh minum obat yaitu adanya kerjasama antara keluarga dan pasien dalam pemberian obat (kooperatif), adanya kesadaran diri akan kebutuhan obat, kemandirian minum obat, dan kedisiplinan minum obat. Partisipan juga mengungkapkan bahwa perilaku patuh minum obat harus diikuti dengan kepatuhan melakukan kontrol setelah dirawat di rumah sakit.

Seorang partisipan mengatakan ciri pasien yang patuh terhadap pengobatan adalah pasien yang mau bekerja sama (kooperatif) dengan keluarga dalam hal

kedisiplinan minum obat. Partisipan ini merawat pasien yang selalu harus dipaksa untuk minum obat. Partisipan mengungkapkan pendapatnya tentang perilaku patuh sebagai berikut:

“...kalau patuhkan..nurut yah, harusnya gak susah kalau disuruh minum obat...”(P9)

Partisipan empat dan delapan mengungkapkan kriteria adanya kesadaran diri akan kebutuhan obat sebagai kriteria patuh terhadap pengobatan, sebagaimana ungkapan berikut:

“...yah patuh kalau...dia sudah tahu kondisi dia seperti apa dan kapan butuh obat...” (P4)

“...kepatuhan itu harusnya sampai dia-nya minta sendiri obatnya...mana obat saya?” (P8)

Partisipan lima mengatakan kemandirian sebagai karakteristik perilaku patuh berdasarkan pengalamannya terkait perilaku patuh pasien.

“...sebenarnya dia itu patuh loh....udah bisa megang dan minum obat tanpa pengawasan kita.... (P5).

Partisipan sembilan dan enam mengungkapkan kedisiplinan terhadap dosis dan waktu sebagai perilaku yang menunjukkan kepatuhan.

“...kepatuhan itu kalau minum obatnya dua kali sehari yah diminum dua kali sehari...” (P9)

“...waktunya tepat....jadi kalau malam....jangan ditunda-tunda....” (P6).

Selain mengungkapkan persepsinya tentang perilaku patuh, partisipan juga mengungkapkan persepsinya tentang penyebab patuh. Penyebab patuh terhadap pengobatan yang diungkapkan partisipan adalah adanya motivasi untuk sembuh, adanya ancaman dari keluarga, dan adanya *reward* yang diberikan. Pernyataan berikut ini merupakan ungkapan langsung partisipan mengenai penyebab patuh.

Harapan untuk sembuh dan adanya ancaman akan dirawat kembali sebagai alasan patuh diungkapkan oleh partisipan satu:

“.....pengen sembuh.....” (P1)

“.....takut dirawat lagi.....” (P1)

Partisipan tujuh mengatakan bahwa kakaknya akan patuh/mau minum obat jika keinginannya dipenuhi. Pernyataan partisipan tersebut dijadikan kata kunci yang membentuk kategori *reward*/hadiah.

“...selama ini dia patuh karena kalau lagi gak mau minum obat dikasih uang atau saya ajak makan enak...” (P7).

Partisipan enam mengatakan setting tempat/keberadaan pasien di rumah atau di rumah sakit mempengaruhi kepatuhan, hal ini dapat dilihat dari ungkapan:

“.....kalau paling patuh sekali itu yah kalau dia dirumah sakit....” (P5).

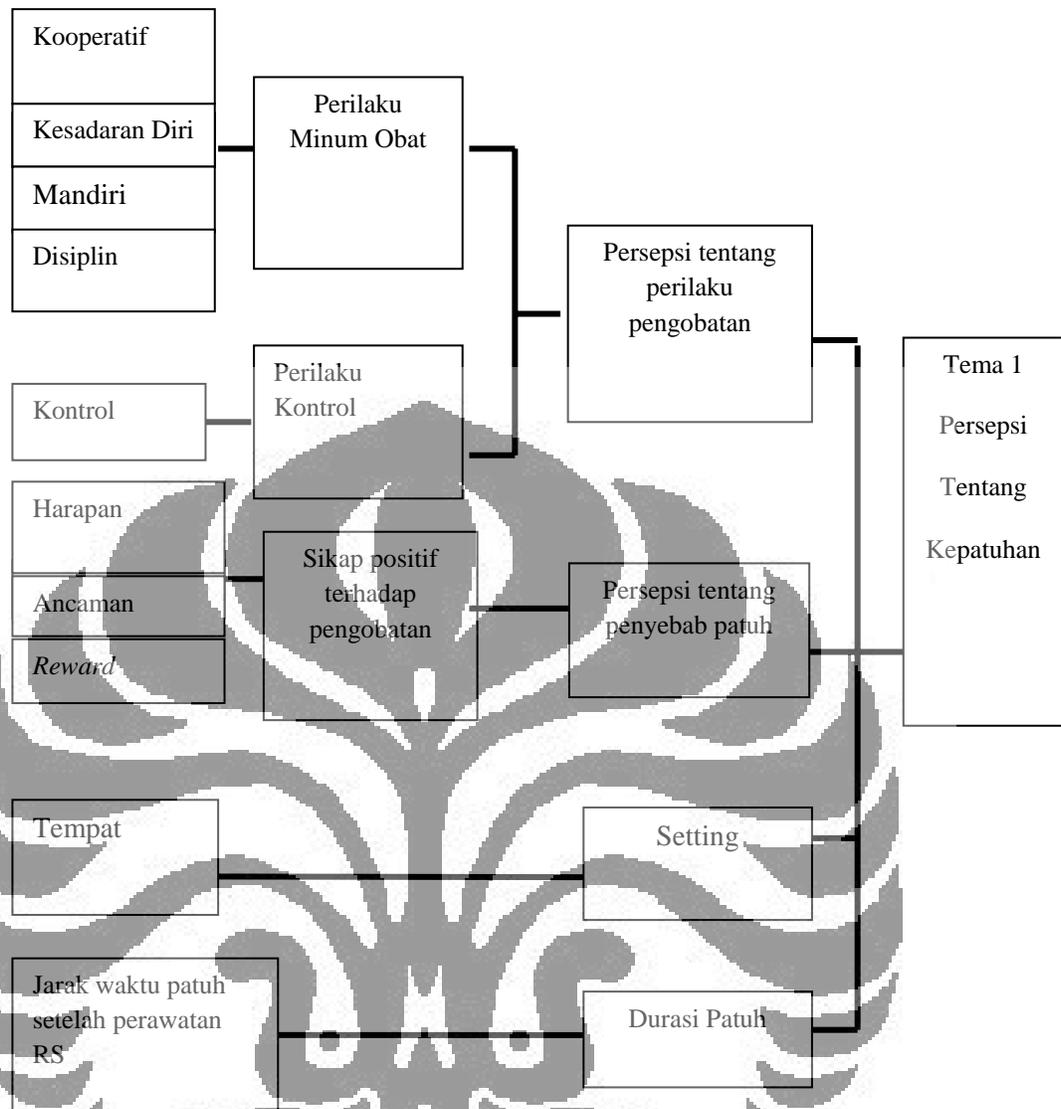
Tiga orang partisipan mengungkapkan pengalamannya terkait durasi/lamanya pasien menunjukkan perilaku patuh (mau minum obat) setelah pasien dirawat dari RS, hal ini tergambar dari pernyataan-pernyataan berikut:

“Kalau oktober 2008, waktu dirawat yang kemarin... yah masih patuh yah dia, sebulan dia patuh, sebulanlah patuh setelah itu engga....” (P9)

“...dia patuh itu berjalan cuma beberapa bulan ya.... 4 bulan lah gitu....4 bulan setelah itu, yah terlambat minum obatbahkan yang dirawat yang kedua beberapa bulan pulang dari sini kan...obat itu sampai dibuang-buang sama dia....” (P1)

“...beberapa bulan.....(P8)

Untuk lebih jelas, pembentukan kata kunci menjadi tema dapat dilihat pada skema 4.1.



Skema 4.1. Analisis Tema 1: Persepsi tentang Kepatuhan

Tema 2 : Persepsi tentang ketidakpatuhan terhadap pengobatan

Tema ini dibentuk dari sub tema perilaku terkait minum obat, penyebab ketidakpatuhan, dan akibat tidak patuh. Perilaku tidak patuh minum obat yang diungkapkan partisipan sangat bervariasi, diantaranya adalah menurunkan dosis, meningkatkan dosis, minum obat dengan dosis tanpa pengawasan dokter, menolak obat, dan menunda waktu minum obat. Perilaku menurunkan dosis dinyatakan oleh partisipan empat melalui ungkapan:

“...harusnya dua kali, jadi sekali...”(P4).

Sementara perilaku meningkatkan dosis terlihat dari pernyataan partisipan tujuh, sebagai berikut:

“...kalau dia pegang obat sendiri,....., kalau dia lagi stres banget diminum semua obatnya...” (P7).

Perilaku tidak patuh juga terlihat dari penggunaan obat tanpa pengawasan dokter karena anggota keluarga yang mengalami skizofrenia (pasien) membeli obat sendiri tanpa kontrol ke dokter sebelumnya. Hal ini berdasarkan ungkapan partisipan:

“... gak patuhnya mama, mungkin ini juga yah, beli obat ke apotik gak pake kontrol dokter dulu.....pake resep lama....dosisnya ngikutin yang lama.....pernah mama enam bulan gak kontrol...tapi minum obat sih, eh udah itu kambuh deh...” (P6).

Penolakan minum obat dilakukan pasien secara langsung (konfrontatif) dan tidak langsung. Penolakan secara langsung diungkapkan oleh empat partisipan melalui beberapa ungkapan, diantaranya:

“ dia gak mau minum obat...” (P2)

Sementara penolakan secara tidak langsung merupakan cerminan dari perilaku manipulatif pasien. Perilaku manipulatif terlihat dari ungkapan-ungkapan partisipan sebagai berikut:

“....kalau minum obat ditaruh dibawah lidah, pura-puranya ditelan, padahal engga... atau dia pergi ke Cidodol untuk menghindari obat, karena disana tidak ada yang berani mengawasi dia” (P9).

“...kalau disuruh minum obat, bukannya diminum, malah dibuang ke atap rumah...”(P1)

“...obatnya gak diminum, tapi ditaro dibawah kasur...” (P9)

Partisipan enam mengungkapkan perilaku menunda waktu minum obat sebagai perilaku tidak patuh hal ini terlihat dari pernyataan berikut:

“... kalau minum obat ditunda...nanti...nanti... akhirnya kelupaan..”. (P6)

Penyebab tidak patuh merupakan sub tema kedua dari tema persepsi tentang ketidakpatuhan. Ketidakpatuhan disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor yang terkait dengan obat, pasien skizofrenia, keluarga, dan tenaga kesehatan. Faktor-faktor penyebab ketidakpatuhan adalah sub-sub tema dari sub tema penyebab ketidakpatuhan.

Penyebab ketidakpatuhan dari faktor obat diungkapkan oleh seluruh partisipan. Efek samping, rasa, kompleksitas obat yang dikonsumsi dalam satu waktu, dan aksesibilitas mendapatkan obat adalah kategori yang membentuk sub-sub tema penyebab pasien tidak patuh.

Efek samping obat terhadap fisik, seksualitas, aktivitas, dan tingkat konsentrasi menjadi alasan pasien tidak patuh, bahkan sampai menghentikan minum obat. Tidak kuat berdiri lama, mual, kaku, bicara pelo, dan badan tidak enak adalah ungkapan-ungkapan yang menggambarkan efek samping obat terhadap fisik. Ungkapan berikut adalah contoh pernyataan partisipan terkait efek samping obat terhadap fisik yang dirasakan oleh pasien.

“...kalau habis minum obat, dia bilang badannya gak enak, gak kuat berdiri lama...”(P4)

Seorang partisipan mengatakan efek samping terhadap fungsi seksual dialami oleh suaminya seperti ungkapan berikut:

” dia napsu ada, tapi alat kelaminnya gak mampu berdiri, kasihan gitu loh, sering minta, tapi kemaluannya gak bisa...” (P3).

Efek sedasi obat menyebabkan pasien tidak bisa melakukan aktivitas seperti ungkapan: “...ngantuk, gak bisa ngapa-ngapain” (P1)

Efek samping obat yang mengganggu tingkat atau kemampuan konsentrasi pasien terlihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“...gak bisa mikir.....” (P4)

“...blank...” (P6)

Partisipan mengungkapkan pasien mengeluhkan rasa obat yang pahit dan kompleksitas obat sebagai penyebab tidak patuh. Hal ini terlihat dari ungkapan:

“...alasanya dia bilang obatnya...pahit...” (P1)

“...obatnya macam-macam, ada lima macam...” (P5)

Kesulitan mendapatkan obat dianggap keluarga sebagai salah satu hambatan dalam mendukung kepatuhan pasien. Hal ini berdasarkan pernyataan partisipan delapan. Partisipan delapan merawat anaknya yang bekerja sebagai PNS di salah satu kabupaten Propinsi Medan. Obat yang diberikan oleh dokter adalah obat-obatan paten yang sulit didapatkan di kota-kota kecil.

“ Kalau di daerah sulit sekali mencari obat seperti yang disini” (P8)

Penyebab ketidakpatuhan dari faktor pasien menjadi sub-sub tema kedua dari sub tema penyebab ketidakpatuhan. Partisipan mengatakan faktor pasien yang menyebabkan ketidakpatuhan meliputi sikap negatif pasien terhadap pengobatan, penyangkalan terhadap penyakit dan manfaat obat, dan nilai obat bagi pasien.

Sikap negatif pasien terhadap pengobatan meliputi tidak disiplin, jenuh, dan sikap selektif terhadap *caregiver*. Ungkapan partisipan kesembilan yang merupakan adik ipar pasien skizofrenia dapat menjadi contoh ungkapan partisipan lain terkait sikap negatif pasien, khususnya sikap jenuh terhadap obat dan selektif terhadap *caregiver*:

“...gimana yah suster....dianya males minum obatnya...mungkin bosan kali yah...terus kalau sama bapak mau minum obat, kalau sama saya tidak mau...” (P9)

Partisipan juga mengatakan bahwa tidak adanya penerimaan bahwa dirinya (pasien) sakit membuat pasien sulit patuh terhadap pengobatan. Hal ini bisa dilihat dari beberapa ungkapan berikut:

“...saya gak sakit mah. Saya bukan skizofrenia, kalau skizoiprenia itu suka menghayal” (P2)

“...*insightnya* buruk...” (P9)

“ ...selalu mengatakan tidak sakit (P1, P3,P4,P8).

Partisipan delapan mengungkapkan pengingkaran terhadap manfaat obat menjadi faktor penyebab tidak patuh. Hal ini terlihat dari ungkapan berikut:

“....selalu dia mengatakan bahwa dia tidak sakit, dan obat tidak bermanfaat..jadi gak perlu obat, tanpa obat juga misalnya seperti sekarang, inikan sudah tiga tahun tidak minum obat, tidak apa-apa kok...” (P8)

Pandangan pasien yang menilai obat sebagai racun menjadi salah satu penyebab tidak patuh. Hal ini terlihat dari ungkapan partisipan satu:

“...gak pengen katanya, terus bawaannya curiga, kalau liat obat keliatannya benci banget, ngerasa diracunin, semakin dibujuk semakin marah-marah, diracunin katanya...”(P1).

Selain faktor obat dan faktor pasien, faktor keluarga berupa sikap negatif dari keluarga inti dan keluarga besar menjadi penyebab tidak patuh. Sikap negatif keluarga inti berupa respon simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan pasien, secara tidak langsung menyebabkan pasien tidak patuh. Hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan satu, dua, dan empat yang merasa kasihan melihat efek samping yang dirasakan pasien. Pernyataan ini dapat dilihat dari ungkapan partisipan sebagai berikut:

“...kasihan ngantuk terus (efek samping)...kalau-kira-kira tenang dikurangi sendiri aja deh dosisnya...”(P2)

“...kalau udah tenang...kasihan kalau minum obat terus...gimana nanti aja deh...” (P1)

“...saya juga merasa kasihan juga yah sebenarnya...saya juga kasihan kalau dia terus-terusan minum obat..mungkin dia juga bosan.. bisa gak yah kalau gak pake obat...” (P4).

Sikap negatif keluarga besar terhadap pengobatan meliputi sikap mendukung ketidakpatuhan dan ungkapan yang menurunkan motivasi minum obat. Partisipan tiga yang merawat suaminya mengatakan salah satu penyebab ketidakpatuhan pasien berasal dari sikap keluarga besar suami (pasien). Keluarga menyangkal jika suaminya menderita skizofrenia, akibatnya keluarga mendukung pasien yang menolak minum obat. Hal ini terlihat dari ungkapan berikut:

“Yah, karena keluarganya tidak menerima dia sakit....jadi gak apa-apa kalau dia tidak minum obat juga...” (P3).

Ungkapan keluarga besar yang menurunkan motivasi pasien minum obat diungkapkan oleh partisipan enam sebagai penyebab ibunya (pasien) berperilaku tidak patuh. Partisipan enam (usia enam belas tahun) menjadi *caregiver* utama sebulan yang lalu menggantikan kakaknya yang bekerja di luar negeri. Mengingat usianya yang masih muda, belum punya cukup pengalaman merawat ibunya yang mengalami skizofrenia, dukungan keluarga besar tentunya sangat dibutuhkan oleh partisipan. Namun partisipan mengatakan keluarga besar hanya kadang-kadang menelpon menanyakan kondisi ibunya bahkan ada keluarga besar yang menjadi penyebab menurunnya motivasi atau mematahkan semangat pasien untuk minum obat.

“...mama tuh biasanya ragu-ragu minum obat, terutama kalau ada tante yang usil ngomong ke mama, ngapain kamu minum obat terus...mama jadi males minum obat....terus bilang ke R, gara-gara mama minum obat terus mama jadi gak bisa ngurusin kamu...” (P6).

Sub-sub tema terakhir yang diungkapkan oleh partisipan terkait penyebab ketidakpatuhan adalah penyebab yang bersumber dari perilaku tenaga kesehatan. Informasi yang tidak jelas dan perkataan yang mengandung unsur demotivasi atau mematahkan semangat dari tenaga kesehatan secara tidak langsung menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Pernyataan ini didukung dengan ungkapan berikut:

“...kata dokter enam bulan ibu gak usah kesini, saya lepas obat..ternyata anak saya kambuh, begitu saya ke dokter lagi, ternyata enam bulan gak usah kesini bukan berarti enam bulan tidak minum obat....” (P7)

“...ternyata obat tidak membantu...obat yang mahal sekalipun..jadi perkembangannya lambat sekali...sampai akhirnya dokter memutuskan percuma...” (P7).

Partisipan mengungkapkan pendapatnya tentang akibat tidak patuh sebagai bagian dari persepsinya tentang ketidakpatuhan. Akibat tidak patuh adalah terjadinya kekambuhan dan over dosis. Hal ini diperkuat dari ungkapan langsung partisipan tentang kambuh atau perilaku-perilaku yang mengindikasikan terjadinya kekambuhan. Pernyataan langsung partisipan tentang kekambuhan terlihat dari ungkapan berikut:

“...gak minum obat pasti kambuh...” (P4)

“...drop...goncang lagi...” (P5)

“...kumat lagi, marah-marah lagi, ngomong-ngomong sendiri lagi...” (P1)

Sedangkan pernyataan partisipan yang menunjukkan terjadinya tanda-tanda kekambuhan, terlihat dari ungkapan:

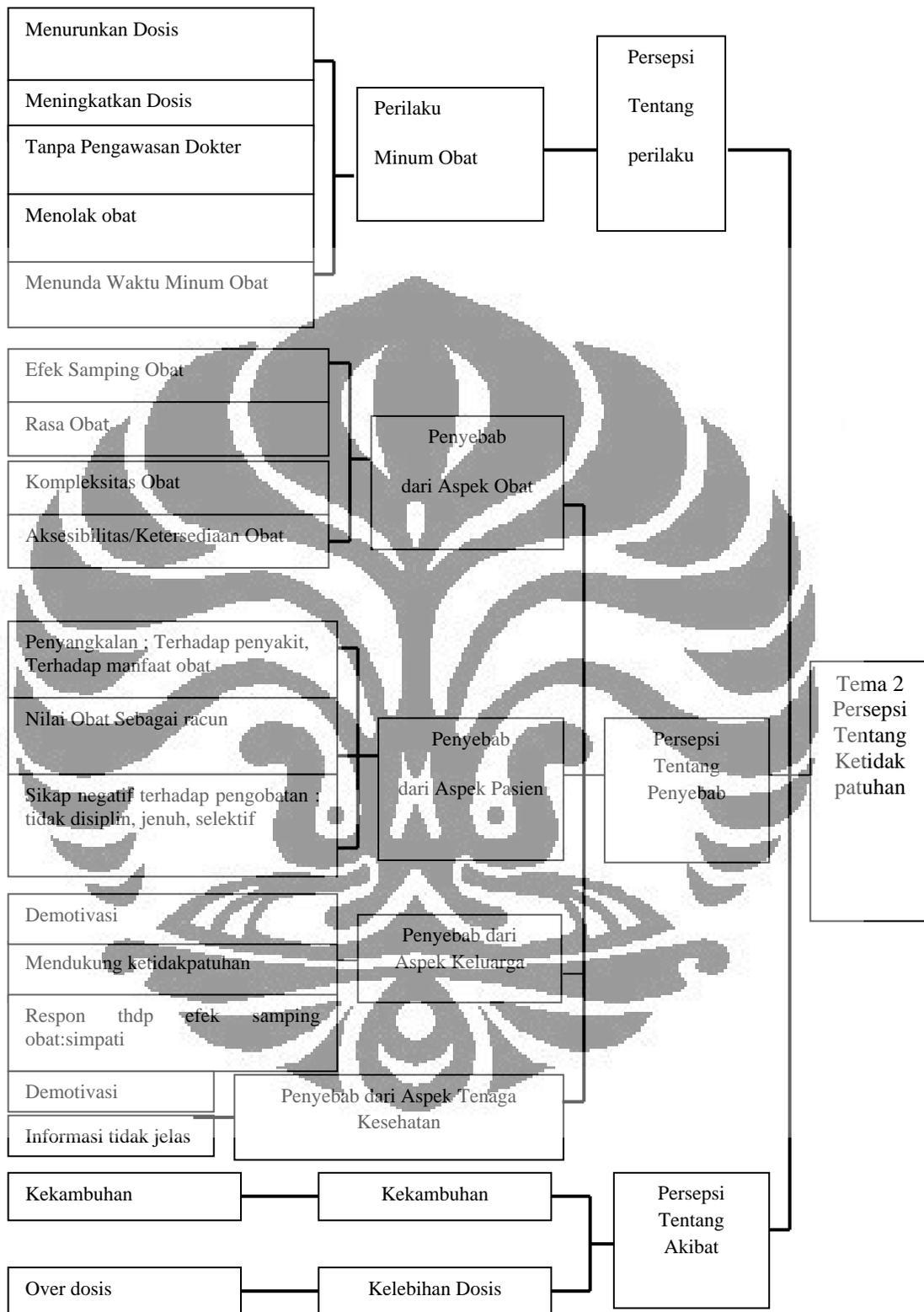
“...Ngaco ngomongnya...” (P9)

“...gelisah...” (P2)

Partisipan tujuh mengatakan over dosis sebagai akibat ketidakpatuhan, sebagai berikut:

“... karena semua obat diminum,...gak sadar...dibawa ke UGD...” (P7)

Untuk memperjelas proses pembentukan tema 2, dapat dilihat pada skema 4.2.



Skema 4.2. Analisis Tema 2. Persepsi Tentang Ketidapatuhan

2. Dukungan keluarga terhadap kepatuhan

Tema 3: Sumber dukungan

Partisipan dibantu oleh pihak keluarga dan pihak non keluarga dalam merawat pasien terutama dalam hal pemberian/pengawasan obat. Anak dan istri adalah pihak keluarga yang membantu partisipan. Partisipan empat dan enam mengatakan pihak non keluarga yaitu rekan kerja pasien dan pembantu rumah tangga menjadi sumber dukungan keluarga terhadap kepatuhan minum obat pasien. Sumber dukungan dari pihak keluarga terungkap melalui pernyataan berikut:

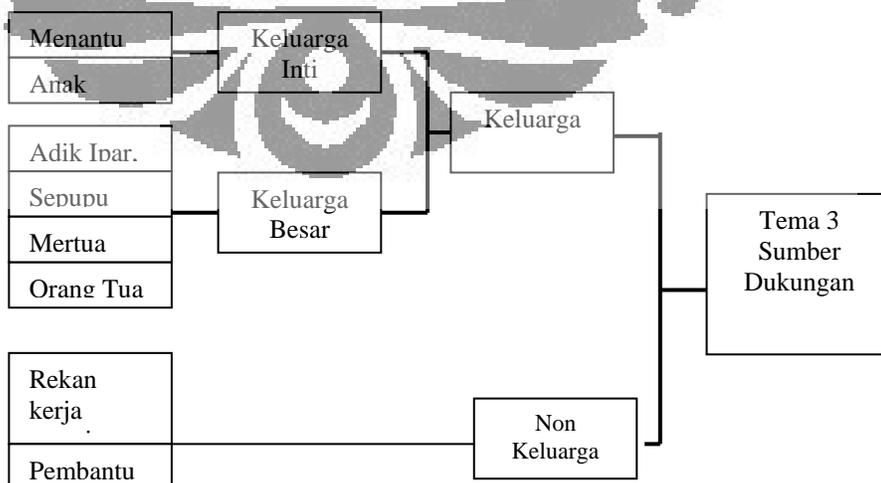
“...karena saya bekerja, istri lebih banyak membantu mbak I minum obat...” (P9)

“ saya terapkan tanggung jawab berjenjang...kakak nomer dua harus ngasuh adiknya nomer tiga..gitu juga dalam minum obatnya, si kakak harus bisa memberikan obat pada adiknya...” (P7)

Dukungan dari pihak non keluarga, terlihat dari ungkapan di bawah ini.

“...si emak (pembantu rumah tangga) membantu minum obat, kalau pagi mama udah minum obat, lapornya ke emak, kan anak-anaknya sekolah dan kerja...” (P6)

“...teman kantornya suka ngingetin dia kalau di kantor...kang, udah minum obat?...” (P4)



Skema 4.3. Analisis Tema 3. Sumber dukungan keluarga

Tema 4: Bentuk dukungan agar pasien patuh terhadap pengobatannya

Tema ini terbentuk dari beberapa sub tema yang menggambarkan upaya-upaya yang dilakukan keluarga agar pasien patuh terhadap pengobatan. Tema yang terbentuk terdiri dari dukungan instrumental, dukungan penilaian, dukungan informasional, dan dukungan emosional.

Dukungan instrumental dilakukan keluarga dengan menyiapkan obat, mengawasi minum obat, mencari alternatif pemberian obat dan mendanai pengobatan. Keempat upaya ini menjadi sub-sub tema dukungan instrumental.

Sub-sub tema menyiapkan obat terbentuk dari kategori penyimpanan dan pemaketan obat. Partisipan mengatakan meletakkan obat diatas meja agar mudah dijangkau oleh pasien sehingga lebih menjamin keteraturan minum obat. Partisipan lain melakukan pemaketan dengan cara membagi obat dalam plastik-plastik dengan diberi tulisan pagi, siang, dan malam. Ungkapan berikut menggambarkan upaya partisipan dalam menyiapkan obat.

“....diplastik-plastikin...” (P1, P5, P4)

“.....dibagi, separuh disini, separuh dirumah kakaknya..” (P5)

“...obatnya sih ditaro aja dimeja...” (P1)

Pengawasan minum obat dilakukan setiap waktu minum obat. Selain melakukan pengawasan sendiri, pembantu rumah tangga dan rekan sekerja pasien membantu partisipan mengawasi pasien minum obat. Metode pengawasan dilakukan dengan cara menghitung jumlah obat, membiasakan

pasien melapor setiap kali sudah minum obat, dan mengingatkan pasien melalui teguran atau mengirim pesan singkat melalui telepon genggam. Ungkapan berikut ini mengindikasikan upaya pengawasan yang dilakukan oleh partisipan.

“...dilihat, obatnya tinggal berapa?...” (P6)

“...selalu menegur,...udah minum obat belum?...” (P1)

“...kita suka SMS, apa kabar...gimana obatnya? Udah diminum belum?...” (P5)

“...saya telpon kerumah, gimana obatnya udah diminum?...” (P9).

Upaya lain yang dilakukan keluarga adalah mencari alternatif pemberian obat. Alternatif ini meliputi pemilihan sediaan obat, cara pemberian obat, jenis obat (mengganti jenis obat generik menjadi paten), dan memberikan *reward*/hadiah. Partisipan sembilan mencoba untuk mengganti jenis sediaan obat tablet menjadi cair agar dapat memberikan obat secara diam-diam di minuman pasien.

“...saya minta ke dokter...ada obat yang cair gak, biar bisa dimasukin aja obatnya keminumannya...”(P4).

Alternatif cara pemberian dilakukan oleh partisipan satu, dua, dan empat. Agar pasien minum obat keluarga memberikan obat tanpa sepengetahuan pasien. Namun upaya ini gagal karena pasien pada akhirnya mengetahui telah diberikan obat.

“...digerus...dimasukin keminumannya..., tapi lama-lama dia tahu juga, jadi gak mau deh” (P4)

“...kita masukin obatnya ke makanan nya...dimasukin ke jus..., tapi lama-lama dia tahu, pahit kali yah..” (P1)

“...Dibohongin, diem-diem ngasihinya, masukin ke makanan yang dingin...” (P2).

Partisipan tujuh memberikan *reward* setiap pasien tidak mau minum obat. Cara ini pada awalnya dinilai efektif oleh partisipan, namun partisipan pada akhirnya merasa keberatan. Hal ini dikarenakan pasien selalu berlaku menolak minum obat setiap kali mempunyai keinginan.

“...kalau gak mau minum obat, saya kasih upah duit atau makan enak, tapi lama-lama kok setiap dia mau apa-apa...dia gak mau minum obat...jadinya dimanfaatkan sama dia...”(P7).

Partisipan sembilan, seorang dokter, menggunakan alternatif mengganti jenis obat generik yang biasa dikonsumsi pasien dengan obat paten. Hal ini dilakukan dengan harapan pasien menjadi patuh karena keluarga menganggap efek samping ekstrapiramidal obat paten lebih kecil daripada obat generik.

“...obatnya diganti bukan yang biasa...dulu kan yang *tri in one* kan yah (generik) sekarang ganti risperidone (paten) supaya dia mau minum obat, kan efek sampingnya sedikit...” (P9).

Dukungan instrumental lainnya adalah menyediakan pendanaan untuk pengobatan pasien, seperti ungkapan berikut:

“...kalau untuk biaya sih, harga gak masalah yang penting sembuh...” (P4, P9)

‘...untuk pengobatanan mama, dana udah disiapkan...’ (P5)

Dukungan penilaian/*appraisal* dipenuhi keluarga dengan memberikan umpan balik positif terhadap kepatuhan pasien minum obat, seperti pernyataan berikut:

“...nah gitu, harus mau minum obat..kalau bukan diri kita sendiri, siapa lagi yang peduli...., kalau mau minum obatkan tenang, bisa sabar...” (P1)

Dukungan penilaian juga diberikan keluarga dengan mengajak pasien melakukan refleksi diri, seperti yang dilakukan partisipan empat. Partisipan empat (istri pasien) mengatakan setiap pulang dari rumah sakit, kesadaran suaminya akan pentingnya minum obat sangat baik, bahkan suaminya mengajarkan partisipan nama, dosis, dan manfaat obat. Hal ini mendasari partisipan untuk mengajak suaminya melakukan refleksi diri, setiap kali suaminya mulai tidak patuh terhadap pengobatannya.

“...bukannya ayah sendiri yang bilang...kalau halusinasi minum obat ini?....” (P4)

Dukungan informasional dipenuhi dengan memberikan nasehat serta penjelasan kepada pasien dan keluarga besar. Setiap pasien mengeluh bosan minum obat, keluarga memberikan penjelasan tentang manfaat obat kepada pasien.

“..ya di jelasin aja, inikan untuk kebaikan mbak I juga..supaya emosinya terkendali...moodnya bagus...” (P9).

Dukungan informasional lain yang diberikan pada pasien adalah nasehat, seperti ungkapan berikut:

“ ...saya sering kasih masukan-masukan gitu..L sekarang khan harus berfikir ke depan, ...kalau L begini terus gimana?...L sudah punya anak...anak L pinter,cerdas, anak L juga sering negur mama....mama gitu ...L harus sayang diri sendiri dan sayang sama anak, apalagi sebentar lagi anaknya sudah sekolah TK. L harus mau minum obat.....” (P1).

Partisipan enam memberikan dukungan informasional berupa penjelasan kepada keluarga besar (orang yang menyebabkan pasien mengalami

penurunan motivasi untuk minum obat). Hal ini terlihat dari ungkapan berikut:

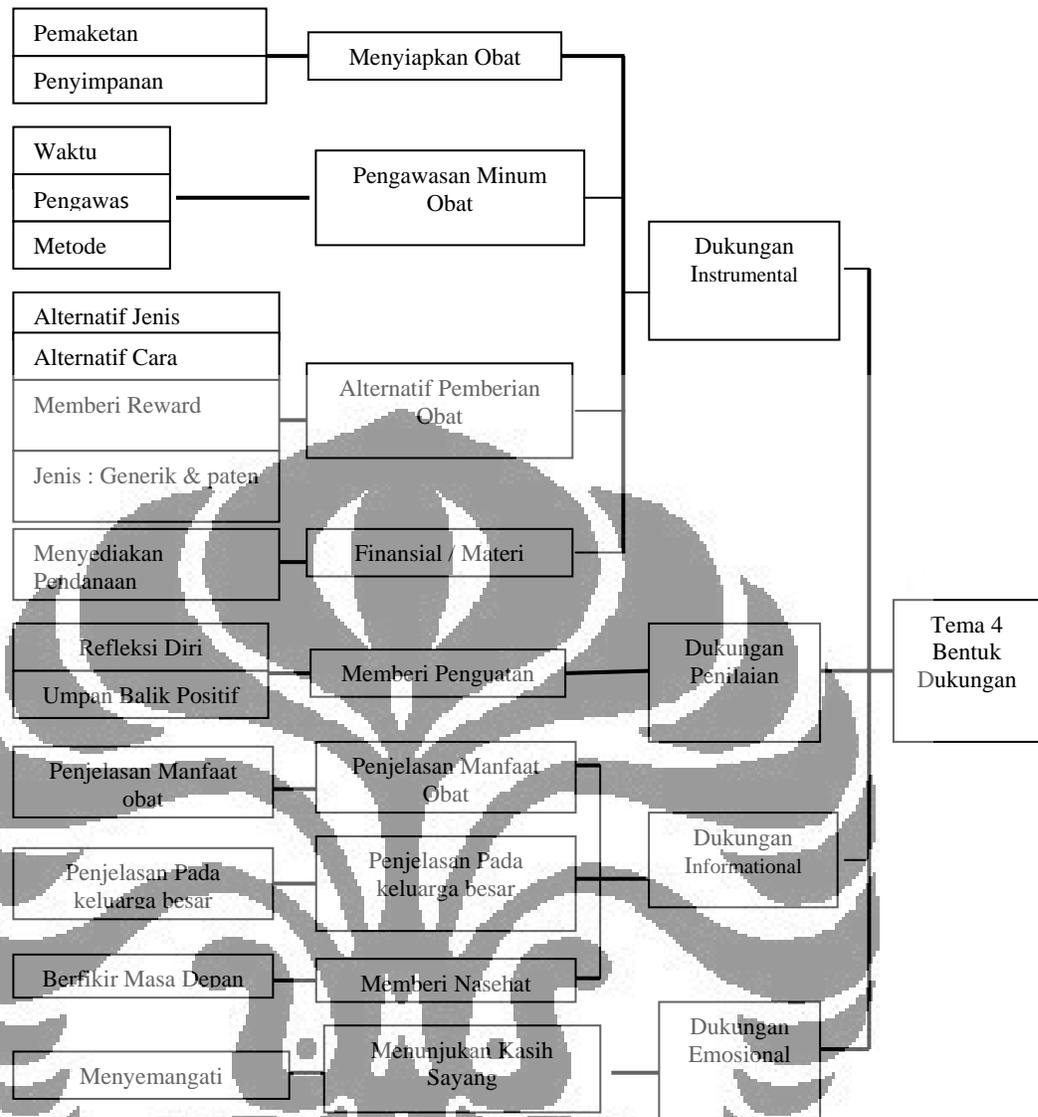
“Ya ngomong sama tante, mau bagaimana, kan mama memang harus minum obat, memangnya kalau gak minum mereka mau peduli? Yah kesadaran mereka aja lah, masak mama sudah sakit kaya gitu, mau diusil-usilin juga....” (P6)

Dukungan emosional diberikan partisipan melalui ungkapan kasih sayang. Hal ini berdasarkan pengalaman partisipan enam yang selalu menyemangati dan membesarkan hati orang tuanya (pasien), jika pasien merasa sedih akibat adanya ungkapan negatif dari keluarga besar.

“... Setiap mama sedih dengan omongan tante...berarti aku sama mba U harus bisa ngebesarin hati mama...” (P6).

“...Kita tau, mama butuh kasih sayang...aku juga suka bilang sama mama, kita sayang sama mama, makanya mama harus mau minum obatnya sesuai jamnya....” (P6)

Penjelasan rinci tentang pembentukan tema 4 tentang bentuk dukungan keluarga dapat dilihat pada skema 4.4.



Skema 4.4. Analisis Tema 4. Bentuk Dukungan Keluarga

3. Dampak ketidakpatuhan pada keluarga

Ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan dirasakan keluarga sebagai suatu beban. Beban yang dirasakan *caregiver* menjadi tema terkait tujuan penelitian dampak ketidakpatuhan pada keluarga.

Tema 5: Beban *caregiver*

Beban yang dirasakan partisipan berbentuk beban subjektif dan beban objektif. Beban subjektif merupakan respon keluarga yang langsung timbul akibat perilaku ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatannya. Beban subjektif terbentuk dari sub tema beban emosional dan kecemasan. Beban emosi yang dirasakan keluarga, tergambar melalui ungkapan berikut:

“Jadi gara-gara dia gak mau minum obat, ibunya yang saya marahin, “ayo dong paksa gimana sih sama anak...” (P1)

Kecemasan yang dialami partisipan dimanifestasikan dengan timbulnya perasaan takut, tidak tenang, dan kekhawatiran jika pasien mengalami kekambuhan. Beban subjektif berupa kecemasan diantaranya terlihat dari ungkapan partisipan berikut ini:

“...begitu dia gak minum obat, kita cemas....inikan bukan pertama kali dia begitu, dulu juga begitu, pertama-tama gak mau minum obat...lama-lama...nanti marah-marah...dibawa lagi ke RS, jadi setiap kali dia gak mau minum obat kita pasti sudah paham nanti dia pasti kambuh, walaupun pelan-pelan....” (P8).

“...ibu punya perasaan takut memberatkan perekonomian kakaknya, mengingat ibu tidak punya penghasilan bahkan sempat terfikir harus jual rumah,... mengingat usianya masih muda, berobatnya masih panjang...” (P2)

“Gimana yah mikirin terus...tidur saya juga gak nyenyak.. tengah malam saya terbangun...L tidur gak? Yah..saya kontrol dong, kadang-kadang dia masih melek aja, kadang-kadang tengah malam dia bangun, terus saya tegur, lagi ngapain nih....ayo tidur udah malam..ayo minum obat dulu...” (P1).

Dampak lanjut dari perilaku ketidakpatuhan adalah munculnya beban objektif yang dirasakan keluarga. Beban objektif meliputi terjadinya gangguan hubungan keluarga dan keterbatasan partisipan dalam melakukan aktivitas (aktivitas pekerjaan dan aktivitas sebagai pelajar).

Gangguan hubungan keluarga terbentuk dari katagori terjadinya ketidakstabilan/instabilitas dalam proses keluarga, gangguan hubungan ayah-anak, dan konflik keluarga. Partisipan tujuh yang merupakan ayah dari pasien mengatakan bahwa perilaku anaknya saat kambuh adalah marah-marah, dan cepat tersinggung. Hal ini membuat keluarga harus selalu mengantisipasi pasien marah. Partisipan menilai kondisi ini menyebabkan terjadinya instabilitas dalam keluarga.

“Dampak keluarga sangat besar...sangat besar.. terutama terhadap kenyamanan dalam keluarga. Supaya dia tidak marah, supaya dia tidak tersinggung, karena dia kan sangat labil...salah kita ngomong dikit dia marah, mungkin itu dampak yang paling besar...kadang dia cekcok dengan satu orang, kadang-kadang nanti dia jadi ribut...” (P8).

Partisipan empat mengatakan hubungan ayah-anak terganggu akibat pasien (berperan sebagai ayah) sering kambuh dan tidak lagi memperhatikan anak-anaknya. Hal ini terlihat dari ungkapan partisipan yang berperan sebagai istri pasien:

“...saya lihat belakangan ini, sesudah sakit ini, dia (pasien) sama anak-anak kurang dekat, jadi anak saya juga tidak begitu membutuhkan kehadiran seorang bapak gitu...” (P4).

Partisipan sembilan mengatakan terjadi gangguan hubungan dalam keluarga akibat konflik yang berkepanjangan antara ayah dan kakaknya (pasien). Konflik ini secara tidak langsung membuat diri partisipan terbebani. Hal ini terlihat dari ungkapan dibawah ini:

“...gimana yah, dia berantem terus dengan orang tua, jadinya kita juga dibawa tegang....”(P9)

Keterbatasan aktivitas dirasakan partisipan sebagai beban merawat pasien. Aktifitas yang terganggu meliputi kegiatan sosial, belajar, bekerja, dan melakukan hobi. Terbatasnya aktivitas sosial dirasakan oleh partisipan dua dan tujuh. Partisipan dua mengatakan tidak bebas untuk meninggalkan rumah seperti mengaji dan bersilaturahmi, sebagai akibat harus memberikan obat pada pasien. Hal ini terungkap dari pernyataan:

“...terikat, jadi gak bisa kemana-mana...ngaji...ngok teman..” (P2)

Gangguan aktivitas belajar dirasakan oleh partisipan enam yang merawat ibunya, melalui ungkapan sebagai berikut:

“...mama kan kalau lagi kambuh aja...R jadi gak bisa belajar, gak bisa fokus, disekolah jadi kepikiran terus...”(P6).

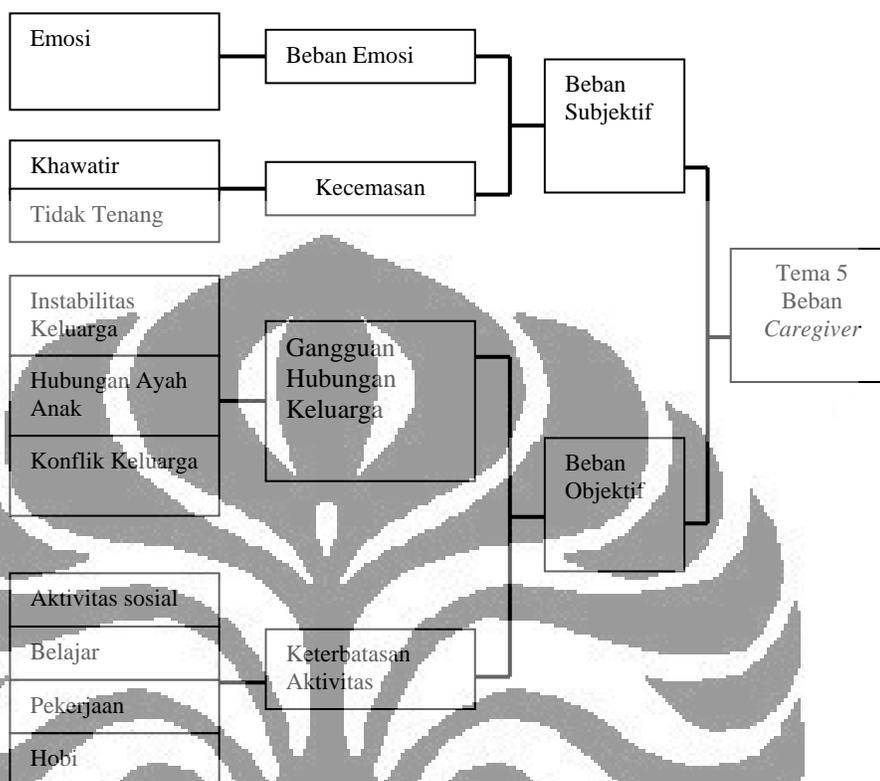
Partisipan satu mengatakan bahwa aktivitasnya dalam bekerja terganggu. Hal ini terlihat dari pernyataan:

“...kalau dia mulai marah, gak mau minum obat...saya gelisah, mikirin terus, kerja saya juga gak tenang, harus nelpon berkali-kali kerumah...” (P1).

Keterbatasan dalam melakukan hobi dirasakan partisipan sembilan sebagai akibat merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia. Hal ini didukung dengan pernyataan di bawah ini.

“...apa yah...karena saya yang megang obat dia, harus ngasihin obat pagi, siang, malam..saya merasa terikat, gak bisa kemana-mana, padahalkan saya pengen nyari kerja diluar, saya gak mau kerja nerusin usaha keluarga di rumah....kalau saya lagi ngotak-ngatik komputer, dia suka ngerecokin...diajarin gak mau, tapi kalau saya lagi asyik didepan komputer dia gangguin mulu...”(P7).

Untuk lebih jelas, proses pembentukan kata kunci sampai tema dapat dilihat pada skema di bawah ini.



Skema 4.5. Analisis Tema 5. Beban *Caregiver*

4. Mekanisme Koping keluarga untuk mengatasi dampak ketidakpatuhan pasien

Untuk mengatasi dampak yang muncul akibat ketidakpatuhan, keluarga mempunyai strategi koping positif maupun negatif. Kedua jenis koping ini menjadi tema untuk tujuan khusus koping keluarga.

Tema 6: Koping positif keluarga

Tema ini terbentuk dari sub tema strategi koping internal dan strategi koping eksternal keluarga. Strategi internal keluarga dilakukan dengan menghindari

stressor, mencari dukungan sosial dari keluarga besar, *passive appraisal*, dan mendiskusikan pemecahan masalah.

Koping menghindari stressor dilakukan oleh partisipan delapan, seperti ungkapan berikut:

“...Rata-rata menghindar jangan sampai terjadi apa namanya terjadi bentrok....kita selalu berusaha mengalah..itu rata-rata... (P8)

Koping mencari dukungan keluarga besar dilakukan keluarga dengan menceritakan beban yang dirasakan dan meminta bantuan membawa pasien ke rumah sakit saat pasien mengalami kekambuhan. Hal ini didukung oleh pernyataan berikut:

“...Kalau suami saya sakit (kambuh)...saya telpon adiknya, dia kesini...dianterin ke rumah sakit....kalau sama saya dibawanya ke rumah sakit gak bisa bu...susah...harus sama adiknya baru bisa...” (P4)

“...Saya suka nelpun ke orang tua saya di kampung...mereka bilang harus sabar..Saya jadi tenang kalau udah cerita ke orang tua...” (P9)

Passive appraisal dilakukan partisipan melalui kegiatan melakukan hobi, dan pengalihan situasi seperti ungkapan berikut:

“..untuk mengatasi rasa sakit saya, rasa sedih saya..saya bawa anak-anak jalan-jalan, keliling-keliling kemana aja...ke mal, kebetulan saya bisanya bawa motor, yah, saya ajak anak-anak naik motor. Kalau diluar rumah emang berkurang yah bebannya..kalau dia kambuhkan, dia dirumah yah, tidak ke kantor...kalau saya kerja kan keluar dari rumah...saya terhibur...tapi kalau udah jam setengah dua, mau menghadapi dirumah seperti itu, gimana ...pusing lagi..” (P4)

“...Selain itu yah paling saya jadi suka becanda..saya orangnya humoris..saya kadang-kadang becanda sama tetangga, ngobrol atau becanda dengan teman kantor, jadi gak ada yang tahu bahwa saya ada masalah...atau paling jalan...hobi saya kan nonton yah ke bioskop...” (P1).

Selain menghindari stressor, mencari dukungan dari keluarga besar, dan *passive appraisal* partisipan juga melakukan diskusi dengan keluarga inti atau keluarga besar sebagai strategi koping internal keluarga. Hal ini bisa terlihat dari beberapa ungkapan berikut ini:

“...kalau udah kambuh, gak mau minum obat, kita diskusi sekeluarga, mau diapakan si H ini?...” (P8)

“...biasanya kita diskusikan dengan kakak yang di Serpong...”(P9)

“...kita kakak-kakaknya selalu berunding...bagaimana nih I kambuh nih...gak mau minum obat...” (P5).

Strategi eksternal dilakukan keluarga melalui kegiatan mencari informasi tentang skizofrenia dan pengobatannya, mencari dukungan sosial dengan pemanfaatan sistem sosial, dan melakukan aktivitas spiritual. Partisipan-partisipan penelitian ini mencari informasi terkait penyakit dan obat-obatan yang dikonsumsi pasien melalui buku, *searching* internet dan bertanya pada dokter maupun apoteker.

“ kakak saya suka buka internet, cari informasi tentang sakitnya mba I, nanti kita diskusikan...” (P9)

“Kitakan langganan majalah skizofrenia...” (P5)

“saya punya sih buku-buku tentang gangguan jiwa...”(P4)

“Saya tanya ke dokternya, ke apotekernya...obatnya buat apa...” (P7).

Partisipan tiga dan empat menggunakan sistem sosial (kelompok pengajian dan kelompok teman satu tempat pekerjaan) untuk membantu mengurangi beban yang dirasakan. Partisipan tiga memilih menceritakan keluhannya pada teman-teman satu tempat pekerjaan karena merasa tidak leluasa untuk

berkeluh kesah pada keluarga yang tinggal serumah. Partisipan ini tinggal bersama mertua yang tidak menerima bahwa anaknya mengalami skizofrenia.

“...aku lebih banyak ngobrol sama temen. Sama mertua juga kadang-kadang aku cerita, cuma kan namanya mertua agak beda yah.kita mau cerita ini..ini..ini...nanti dibilang ngejelekin suami lagi, jadi gak terlalu leluasa, kalau sama temen-temen bisa ceplas-ceplos, nanti mereka kasih masukan...yah ngomongin masalah suami, terus aku kan ngajar bareng ibu-ibu...banyak konseling sama ibu-ibu..yah, karena mungkin karena aku banyak konseling sama ibu-ibu...jadi membuat aku lebih semangat...” (P3).

Partisipan empat tidak mau menceritakan beban yang dirasakan pada anak-anaknya mengingat usia anak yang belum dewasa dan khawatir akan mempengaruhi perkembangan kejiwaan anak-anaknya. Partisipan ini juga tidak memilih rekan kerja sebagai *suport person* karena ada rekan seprofesinya yang mengambil keuntungan dari kondisi sakit suaminya. Partisipan empat merasa nyaman untuk menceritakan keluh kesahnya pada guru ngajinya.

“ engga...saya gak mau cerita ke anak..kasihan...sekarang aja anak yang kecil udah bisa bilang malu punya ayah kaya gitu...saya takut nanti mengganggu perkembangan anak-anak saya, kalau saya cerita...”

“temen-temen saya sendiri medis, temen saya seprofesi, bidan, gak jauh dari sini..dia bilang sama pasien-pasien saya..itu jangan berobat ke bu D suaminya kan gila..itu bu, yang bikin saya sakit sakit...(menitikkan air mata, suara parau) itu kemarin juga lagi kumpul-kumpul pada nanya...ibu, suaminya kemana...eh dia yang nyeletuk, bukan...bukan ke luar kota orang lagi dirawat di rumah sakit jiwa....Iya, makanya saya curhat engga sama temen satu kantor....Alhamdulillah saya punya guru ngaji, saya curhatnya sama beliau..” (P4)

Apabila perilaku pasien sudah tidak bisa ditangani oleh keluarga, partisipan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai strategi koping eksternal

keluarga. Penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan ditujukan untuk perawatan pasien skizofrenia.

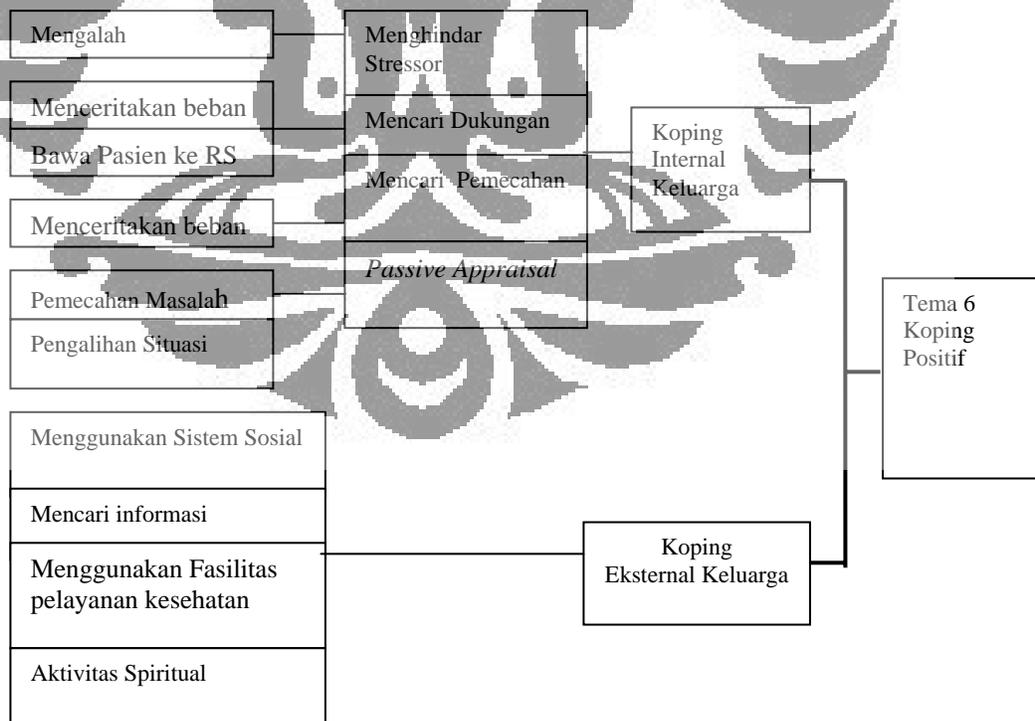
“...sebelum terlalu parah...saya kirim ke rumah sakit...sebelum orang lain tau saya bawa kerumah sakit, seperti yang kemarinkan orang gak tahu dia dirawat..kan pada nanya kemana bapaknya?..keluar kota...dijemput dari rumah sakit malam, biar gak rame, biar gak ada yang tahu...saya kan beban yah bu, liat suami seperti itu...” (P4)

“...kalau kondisi dia sudah mulai marah,...apalagi minum obat, siapapun yang menyuruh dia tidak akan mau...satu-satunya jalan yah itulah...kita bawa ke RS, kita rawat kembali....” (P8)

Koping yang banyak digunakan oleh partisipan adalah melakukan aktifitas spiritual, sebagai contoh adalah pernyataan partisipan satu, dibawah ini:

“...supaya beban berkurang saya berdoa aja sama Allah, kadang-kadang malam saya bangun sholat, baca Qur’an, zikir yah salah satunya minta supaya L disembuhkan dijernihkan pikirannya...” (P1)

Pembentukan tema 6 tentang koping positif dapat dilihat pada skema 4.6.



Skema 4.6. Analisis Tema 6. Koping Positif

Tema 7: Koping negatif keluarga

Koping negatif yang dilakukan keluarga adalah sikap mengabaikan atau tidak peduli. Sikap pengabaian dilakukan dengan disadari ataupun tidak disadari. Sikap pengabaian yang disadari dilakukan oleh keluarga partisipan sembilan. Partisipan sembilan baru merawat kakaknya selama enam bulan. Awalnya pasien dirawat oleh orang tuanya. Menurut partisipan orang tuanya sudah lelah merawat pasien. Akibatnya orang tua mengabaikan pengobatan pasien. Hal ini tergambar dari ungkapan berikut:

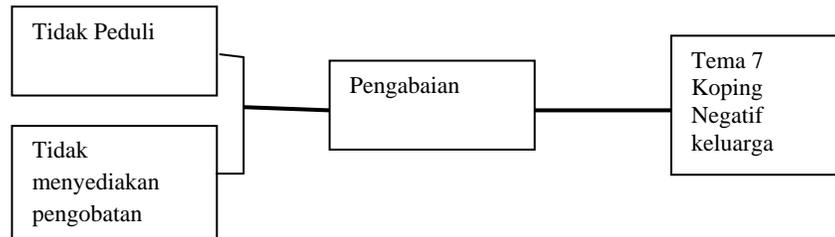
“...tidak ada penerimaan dari orangtua, mereka udah cuek ..tidak mau mengurus lagi, termasuk minum obatnya.....” (P9)

Partisipan satu dan empat melakukan sikap pengabaian yang tidak disadari. Sikap ini timbul akibat ketidakmampuan keluarga mengatasi ketidakpatuhan pasien. Dua orang partisipan mengatakan sudah berusaha agar pasien patuh terhadap pengobatannya, namun pasien tetap tidak mau minum obat, bahkan berperilaku menyerang atau marah-marah kepada keluarga. Hal ini membuat keluarga menyerah untuk terus memotivasi anggota keluarganya agar patuh dan pada akhirnya bersikap tidak peduli.

“....daripada marah-marah, biarin aja deh.....” (P1)

“gimanapun juga tetap gak mau minum obat...terserah deh...mau minum, mau engga...” (P4)

Proses pembentukan tema 7 tentang koping negatif keluarga dapat dilihat pada skema dibawah ini.



Skema 4.7. Analisis Tema 7. Koping Negatif Keluarga

5. Peran perawat terkait kepatuhan

Tema 8: bentuk pelayanan yang diberikan perawat

Bentuk pelayanan yang diberikan perawat terdiri dari pelayanan yang diterima oleh pasien dan pelayanan yang diterima oleh partisipan (keluarga). Pelayanan yang diterima pasien berbentuk pendidikan kesehatan, pemantauan minum obat, dan penggunaan diri perawat secara terapeutik.

Partisipan mengatakan perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien terkait nama dan manfaat obat. Hal ini diketahui partisipan karena setiap kali pasien selesai dirawat pasien sudah tahu apa nama dan manfaat obat. Bahkan partisipan empat mengatakan suaminya selalu membawa catatan kecil tentang obat yang diberikan oleh perawat. Saat di rumah pasien menjelaskan pada partisipan tentang obatnya sambil memperlihatkan catatan tersebut.

“ Dikasih penjelasan tentang obat-obatan..biasanya nih kalau pulang dia bawa catatan-catatan..ini obat ini..buat apa..ngurangin apa...Dia jelasin tuh ke saya.. (P4).

“... Iya, dikasih tau, apa nama obatnya..obat apa..coba L sebutin lagi berapa kali..untuk apa..saya taunya waktu mau ambil pulang. L ditanyain gitu..berartikan dijelasin dong sama perawatnya, tapi ke sayanya engga...saya Cuma nebeng denger doang...”(P1)

Lima partisipan mengatakan perawat berperan sebagai pemantau minum obat selama pasien dirawat. Perawat selalu mengawasi dan memastikan obat dikonsumsi pasien, seperti salah satu contoh ungkapan berikut ini

“...diperhatiin...didampingi tiap minum obatnya...kalau pasien minum obat dipastiin banget obatnya udah ditelan...” (P5).

Dalam memberikan intervensi kepada pasien perawat menggunakan dirinya secara terapeutik. Hal ini terlihat dari adanya hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, adanya komunikasi yang efektif, dan perhatian yang diberikan perawat. Pernyataan ini didukung dari ungkapan partisipan dibawah ini:

”...dia dekat sama perawat sini, bisa curhat...dari hubungan yang seperti itu kan juga akan mendorong semangat dia (minum obat), karena perawat kan bisaan...tau caranya ngomong ke dia, pendekatannya...”(P5)

”...Kalau sama perawatkan...dia bisa ngerti, omongannya perawat bisa diterima sama dia...” (P2)

”...Mungkin karena udah sering dirawat, perawatnya juga perhatian sama mama (pasien), jadi kalau dikasih masukan sama perawat, mama bisa nerima...”(P6)

Pelayanan yang diterima oleh keluarga adalah kegiatan *self help group* (SHG) dan pendidikan kesehatan. Partisipan satu dan dua mengungkapkan pengalamannya mengikuti kegiatan SHG.

“...waktu itu ada undangan kan yah ke rumah...ayahnya yang datang, bagus tuh..cara supaya anak mau minum obat yah...bagus ayahnya jadi dapet ilmu, terus diceritain ke saya...” (P1).

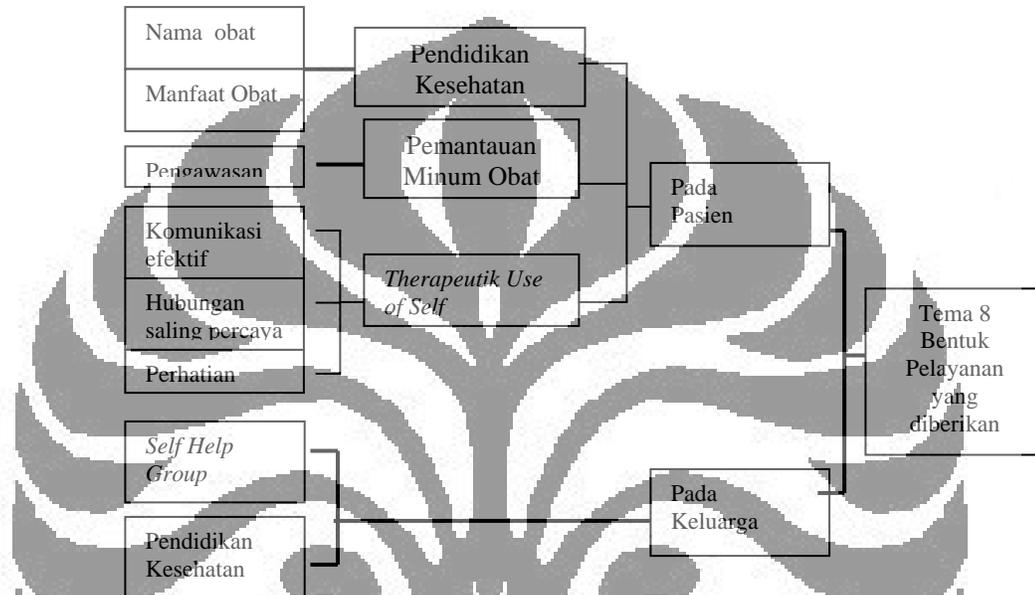
“...kemarin ada kegiatan dikumpulin keluarga-keluarga, kita saling cerita, terus dijelasin juga tentang obat-obatnya..” (P2)

Selain SHG keluarga juga mendapat pendidikan kesehatan tentang bagaimana penanganan pasien dirumah serta terapi obat yang didapatkan.

“...perawat sih jelasin nama obatnya..manfaatnya..., tapi perawat gak bisa juga menjelaskan bagaimana caranya supaya suami saya mau minum obat..kata susternya susah..karena pak U tidak menyadari dirinya sakit..” (P4).

“...tentang obat, perawat juga menjelaskan....” (P5)

Proses pembentukan kata kunci sampai tema dapat dilihat pada skema dibawah ini.



Skema 4.8. Analisis Tema 8. Bentuk Pelayanan yang Diberikan

6. Pelayanan yang dibutuhkan

Tema 9: Kegiatan pelayanan yang ditujukan untuk mengatasi ketidakpatuhan

Tema ini terbentuk berdasarkan dua sub tema yaitu harapan partisipan terkait sifat pelayanan dan bentuk pelayanan yang dibutuhkan. Partisipan mengharapkan pelayanan yang diberikan mampu meningkatkan kemandirian pasien dalam minum obat, peningkatan kesadaran diri akan kondisi sakitnya

yang membutuhkan obat, kemampuan beradaptasi terhadap efek samping obat, dan dilakukannya kesepakatan sebelum pulang.

“Sampai bisa menanyakan mana obat saya?... (P8)

“Maunya perawat bisa menyadarkan dia sakit....perlu obat... (P4)

“Kalau bisa sih saran saya harus mengadakan kegiatan apa gitu, biar dirumah dia kuat, gak tidur melulu....kan kalau disini dia diajar ngelawan ngatuknya (efek samping obat) yah....lewat kegiatan gitu, ntar di rumah dia juga bisa, gak tidur melulu.. (P1).

Partisipan dua yang anaknya baru pertama kali dirawat di ruang MPKP mengharapkan adanya penekanan perawat terhadap pasien terkait komitmen pasien untuk mau minum obat setelah pulang nanti.

“Bener-bener dijelasin boleh pulang, kalau mau minum obat....” (P2)

Bentuk pelayanan yang diharapkan keluarga adalah pendidikan kesehatan dan perawatan berkelanjutan/*Follow up care*. Partisipan enam, usia 17 tahun, dan baru menjadi *caregiver* utama selama satu bulan mengungkapkan materi yang dibutuhkan dalam pendidikan kesehatan bukan hanya tentang obat, namun juga menyangkut bagaimana penanganan terhadap penyakit pasien secara keseluruhan. Hal ini dapat terlihat dari ungkapan berikut:

“...harapannya...mungkin lebih kearah penyuluhan-penyuluhan, soalnya ada juga kaya aku, aku kan gak tau sebenarnya obatnya untuk apa, terus aku juga gak tau penanganannya seperti apa, kalau aku tahu kan aku jadi gak bingung, kalau mama bengong harus diapain, kalau mama bagi-bagiin duit ke sembarang orang yang gak dikenal, aku harus gimana...” (P6)

Partisipan tujuh mengungkapkan harapannya berdasarkan pengalaman mendapat keterangan yang tidak jelas dari tenaga kesehatan, dan

terlambatnya informasi tentang obat yang didapatkan, seperti ungkapan berikut:

“.. Jadi dalam hal ini, informasi yang diberikan dari dokter atau perawat kepada keluarga pasien harus jelas, karena mungkin waktu itu redaksinya kurang saya tangkep atau dia sampaikan gimana...’. Ya kalau ini mau dianggap sebagai masukan juga boleh, jadi misalnya, suster tau dong kalau orang tua atau keluarga yang punya anak seperti ini pikirannya tidak sekuat dahulu lagi, jadi kalau semua jelas ini-ini-ini mereka akan terbantu..” (P7).

“...Harusnya dari awal sekali sakit, keluarga harus benar-bener paham dan menerima bahwa obat gak boleh putus...perawat perlu menekankan itu...” (P7)

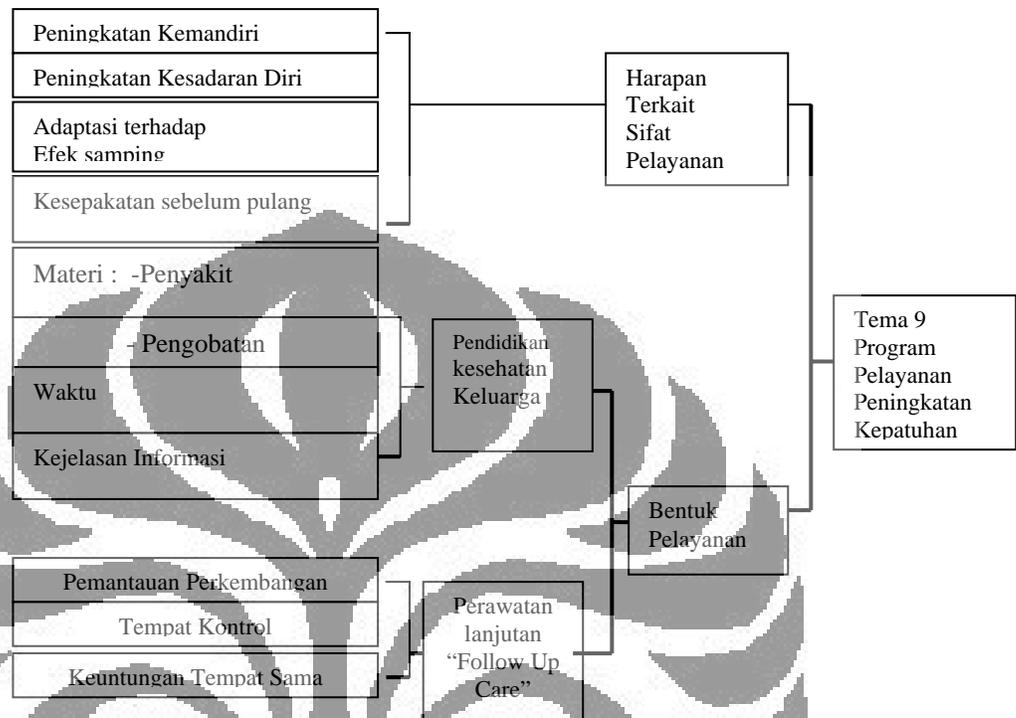
Perawatan berkelanjutan/*follow up care* yang diharapkan oleh partisipan adalah adanya upaya pemantauan perkembangan yang dilakukan oleh perawat. Pemantauan ini bisa dilakukan dengan mengingatkan waktu kontrol dan menanyakan perkembangan pasien selama di rumah. Pemantauan ini bisa dilakukan melalui telepon.

“...kalau di telpon sebelum kontrol kan kita jadi diingetin lagi udah waktunya kontrol...atau kalau bisa ditelpon dari rumah sakit....gimana kabarnya atau gimana minum obatnya? jadi diingetin kan, merasa diperhatikan, siapa tahu dia nurut sama susternya, jadi termotivasi lagi minum obatnya, kan kalau disini kan dia nurut sama susternya...” (P1)

Partisipan mengatakan bahwa tempat kontrol yang diharapkan adalah di ruang dimana pasien pernah dirawat sebelumnya. Tempat kontrol yang sama dengan ruang perawatan sebelumnya memungkinkan pasien bertemu kembali dengan perawat yang sebelumnya merawat pasien.

“...kontrolnya sekalian di Srikandi, jadi kan L bisa ketemu perawat-perawat yang merawat dia dulu....teruskan perawatnya bisa ngingetin minum yah obatnya dirumah...Kalau disinikan (ruang Srikandi) L udah kenal dengan suster, jadi lebih enak ngobrolnya...”(P1)

Penjelasan proses pembentukan tema 9 tentang program pelayanan peningkatan kepatuhan dapat dilihat pada skema dibawah ini.



Skema 4.9. Analisis Tema 9: Program Pelayanan Peningkatan Kepatuhan

7. Makna pengalaman keluarga tentang ketidakpatuhan anggota keluarga terhadap pengobatan

Tema 10: Penerimaan tanggung jawab dan perubahan sikap sebagai makna pengalaman mendampingi anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatan

Arti pengalaman keluarga terhadap ketidakpatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia yang ditemukan pada partisipan adalah penerimaan tanggung jawab dan perubahan sikap.

Makna menerima tanggung jawab sebagai orang tua, anak dan istri diungkapkan partisipan satu, enam, tujuh dan delapan sebagaimana ungkapan berikut ini:

“...Yah sabar aja.....mau gimana-gimana juga, namanya anak, suaminya kan gitu yah, ninggalin, ninggalin aja...lah kita orang tua...harus diterima dong.. (P1).

“...Yah, walaupun mama suka nunda-nunda minum obat, terus jadinya marah-marah, gimanapun kita harus terima..kalau gak sama anaknya sama siapa lagi?...” (P6)

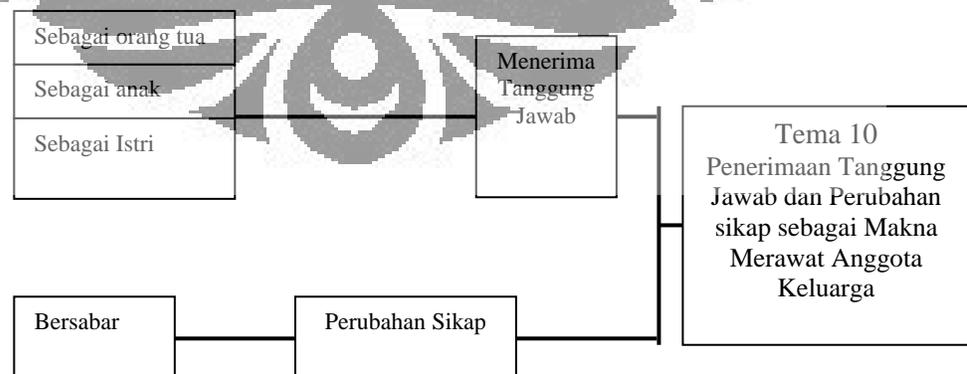
“...yah, saya terima aja deh, abis kalau bukan saya siapa lagi? Kasihan mama kalau sampai tau dia (pasien) susah minum obatnya. Hitung-hitung meringankan beban orangtua lah, mama kan udah cape ngurusin emak...” (P7).

“...gimanapun juga, harus diterima yah, namanya istri....harus ngurus suami dong, udah lah gak apa-apa, mungkin sekarang keadaannya memang begini, mungkin suatu saat keadaan ku lebih baik. Kita kan punya Tuhan..” (P3)

Perubahan sikap diungkapkan oleh beberapa partisipan diantaranya ungkapan partisipan sembilan berikut ini:

“...Yah saya sih cuma dijadikan latihan kesabaran aja, harus lebih sabar, dianggap seperti sakit biasa ajalah...toh pahalanya juga makin besar dengan mendampingi sakit seperti itu...” (P9).

Penjelasan pembentukan kata kunci sampai tema dapat dilihat pada skema dibawah ini.



Skema 4.10. Analisis Tema 10. Penerimaan Tanggung Jawab dan Perubahan Sikap sebagai Makna Merawat Anggota Keluarga

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti menguraikan interpretasi hasil penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap bidang keperawatan, dan keterbatasan penelitian. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori, konsep, penelitian sebelumnya, dan pengalaman peneliti sebagai praktisi keperawatan jiwa. Implikasi keperawatan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut hasil penelitian bagi pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan. Keterbatasan penelitian dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilaksanakan dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai.

A. Interpretasi Hasil Penelitian

1. Persepsi Keluarga Tentang Respon Kepatuhan Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia

Definisi kepatuhan banyak dirumuskan oleh beberapa ahli. Misalnya definisi kepatuhan yang dari Haynes (1978) Fletcher (1989). Menurut Haynes (1979, dalam Kyngas, 2000), kepatuhan adalah tingkat perilaku klien (dalam hal pengobatan, mengikuti anjuran diet atau melakukan perubahan gaya hidup) yang terkait dengan saran dokter atau petugas kesehatan. Fletcher (1989, dalam Playle, 1998) menyederhanakan istilah ini sebagai perilaku pasien yang mengikuti apa yang tenaga kesehatan ingin pasien lakukan.

Pendapat ini ditentang oleh beberapa ahli yang menyatakan bahwa definisi ini bersifat paternalistik yang hanya menunjukkan otoritas tenaga kesehatan terhadap pasien dan pasien ditempatkan sebagai *pasive recipient*. Menurut konsep ini kepatuhan mungkin saja dilakukan akibat adanya paksaan dari tenaga kesehatan.

Istilah lain yang sering dianggap sinonim dari kepatuhan adalah *adherence* atau ketaatan. Ketaatan adalah keputusan atas kesadaran pasien untuk mengikuti apa yang disarankan oleh tenaga kesehatan. Berdasarkan penjelasan tersebut terlihat bahwa ketaatan adalah terminologi yang menempatkan pasien sebagai *active recipient*.

Menurut Payle (1998), ketidakpatuhan minum obat pada pasien gangguan jiwa merupakan suatu gejala penyakit, akibat dari ketidakmampuannya untuk berpikir logis dan menentukan untuk berlaku patuh. Dalam kondisi ini tenaga kesehatan mempunyai hak memaksa pengobatan pada pasien. Namun dalam kondisi pasien yang stabil (tidak mengalami gejala psikotri), kepatuhan pada pasien gangguan jiwa menjadi hal yang problematik, khususnya pada pasien yang tidak menyadari dirinya sakit dan memerlukan obat dengan tujuan profilaktif atau mencegah kekambuhan.

Payle (1998) membagi kepatuhan menjadi tiga yaitu kepatuhan penuh, kepatuhan sebagian dan ketidakpatuhan. Kepatuhan penuh adalah kondisi dimana pasien secara konsisten dan penuh kesadaran melakukan apa yang

disarankan oleh tenaga kesehatan. Kepatuhan sebagian adalah kondisi dimana pasien terkadang mengikuti saran kesehatan, terkadang tidak. Sementara ketidakpatuhan adalah kondisi dimana pasien meninggalkan pengobatan. Sementara Gajski dan Karlovic (2008), membagi tingkat respon kepatuhan dalam suatu rentang yang terdiri dari kepatuhan sempurna (*complete compliant*), kepatuhan sebagian (*partial compliant*), kepatuhan sementara (*temporary compliant*), meninggalkan pengobatan (*absent compliant*), dan kepatuhan yang berlebihan (*over compliant*).

Partisipan penelitian ini menguraikan persepsinya tentang respon kepatuhan dalam suatu rentang perilaku patuh dan tidak patuh. Hal ini dikarenakan pasien terkadang patuh namun sering kali tidak patuh. Jika menggunakan kriteria kepatuhan menurut Playle (1998) dan Gajski (2008) maka kondisi pasien termasuk kategori kepatuhan parsial.

Selain tentang belum adanya definisi yang bisa diterima secara umum, cara mengukur kepatuhanpun menjadi hal yang masih diperdebatkan. Namun secara umum, penentuan kepatuhan bisa dilakukan secara objektif maupun subjektif (Kluge, et al, 2008). Secara objektif, kepatuhan diukur melalui pengukuran kadar obat dalam darah dan menghitung jumlah obat. Sementara secara subjektif kepatuhan diukur dengan *self report*, *family report*, *provider report* dan *chart view*. Pada penelitian ini ketidakpatuhan hanya ditentukan melalui *subjektif report* yaitu melalui keterangan dari keluarga.

Tema 1: Persepsi Tentang Kepatuhan

Persepsi partisipan tentang kepatuhan diuraikan berdasarkan harapan dan pengalaman partisipan terkait perilaku, penyebab, setting, dan durasi patuh setelah dirawat di rumah sakit. Perilaku kepatuhan yang teridentifikasi pada penelitian ini meliputi perilaku minum obat dan melakukan kontrol/ *follow up care*. Perilaku ini tidak selengkap perilaku kepatuhan menurut Kaplan dan Sadok (1997). Kaplan dan Sadok menguraikan perilaku kepatuhan pada pasien skizofrenia terdiri dari kepatuhan melakukan kontrol setelah perawatan, kepatuhan mengonsumsi obat secara tepat, dan kepatuhan mengikuti anjuran tenaga kesehatan berupa perubahan pola hidup (contohnya cara mengatasi masalah) sesuai dengan psikoterapi yang diberikan. Hal ini disebabkan penelitian ini hanya meneliti faktor pengobatan, tidak meneliti kepatuhan terhadap saran yang diberikan pada sesi psikoterapi.

Menurut partisipan, kepatuhan dalam minum obat terlihat dari: adanya kerjasama yang baik dengan keluarga sebagai pendamping pasien minum obat di rumah; adanya kesadaran diri tentang pentingnya obat; adanya kemandirian dan kedisiplinan dalam minum obat. Partisipan juga mengungkapkan bahwa kontrol adalah bagian dari perilaku kepatuhan.

Hasil penelitian menunjukkan penyebab pasien patuh adalah adanya sikap positif terhadap pengobatan. Sikap positif ini timbul akibat adanya motivasi untuk sembuh, adanya ancaman dirawat kembali, dan adanya *reward* yang diberikan. Kikkert, dkk (2006) dalam penelitian kualitatifnya terhadap pasien, keluarga dan tenaga kesehatan mengungkapkan bahwa sikap dan harapan positif terhadap pengobatan merupakan penyebab kepatuhan. Harapan dan sikap positif ini terlihat dari adanya keyakinan akan manfaat obat, keyakinan obat dapat menghindari re-hospitalisasi, dan pengalaman yang menyenangkan terhadap pengobatan sebelumnya.

Hasil penelitian ini tidak menemukan adanya keyakinan akan manfaat obat dan pengalaman yang menyenangkan terkait pengobatan sebagai penyebab kepatuhan. Hal ini bisa dijelaskan karena partisipan penelitian ini adalah *caregiver* pasien di rumah, sementara partisipan penelitian yang dilakukan Kikkert adalah pasien, keluarga dan tenaga kesehatan. Keyakinan akan keefektifan obat dan pengalaman pengobatan sebelumnya dapat diketahui melalui wawancara dengan pasien, bukan dengan keluarga.

Selain sikap positif terhadap pengobatan, hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian *reward* dapat menstimulus kepatuhan. Penemuan ini sesuai dengan pendapat Diamond (1984, dalam Hatfield, 2004) yang menyebutkan pemberian *reward* seperti uang, memberikan barang-barang kesukaan pasien, atau lainnya bisa dilakukan untuk membuat pasien patuh terhadap pengobatannya.

Menurut peneliti, pemberian *reward* perlu pertimbangan yang matang. Hal ini mengingat pasien skizofrenia harus minum obat dalam jangka waktu panjang. Jika pasien selalu mengharapkan *reward* sebagai motivasi utama perilaku patuh, maka pemberian *reward* akan menjadi beban bagi keluarga. Hal ini berdasarkan pengalaman seorang partisipan yang merasa terbebani karena pasien menolak minum obat setiap kali menginginkan permintaannya terpenuhi. Melalui penolakan terhadap obat, pasien mengetahui bahwa keluarga akan memenuhi permintaannya.

Setting atau tempat mempengaruhi kepatuhan pasien. Keluarga mengatakan pasien paling patuh saat dirawat di rumah sakit. Berdasarkan pengalaman peneliti sebagai praktisi keperawatan jiwa, rata-rata pasien dirawat kembali di RS dengan faktor predisposisi tidak mau atau tidak teratur minum obat. Namun saat perawatan tidak semua pasien sulit minum obat. Seorang pasien yang pernah peneliti ajak diskusi tentang kepatuhan mengatakan bahwa jika dirinya sedang dirawat di rumah sakit, berarti dirinya memang dalam kondisi sakit sehingga perlu minum obat, namun jika sudah dirumah berarti sudah sembuh sehingga obat tidak mutlak diperlukan. Sementara pasien lain mengatakan dengan berada di rumah sakit dirinya tidak punya pilihan untuk tidak minum obat karena perawat mencari alternatif cara agar pasien minum obat seperti disuntik, dipaksa bahkan dipindahkan ke ruang gelisah. Berdasarkan penjelasan diatas terlihat bahwa pasien sebenarnya mempunyai perasaan terpaksa untuk minum obat di rumah sakit.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Playle (1998) dalam artikelnya yang berjudul “*non compliance and profesional power*”. Playle menyatakan bahwa tenaga kesehatan (termasuk perawat) cenderung memaksakan kehendaknya agar pasien patuh terhadap saran kesehatan termasuk hal minum obat. Perawat juga cenderung cenderung memosisikan pasien sebagai *passive resipient*, akibatnya pasien tidak merasakan minum obat sebagai kebutuhan namun sebagai kewajiban karena sedang dirawat di rumah sakit. Pada kondisi pasien yang menunjukkan gejala psikiatri, hal ini dibenarkan untuk dilakukan. Namun pada saat kondisi pasien sudah bisa menerima informasi dengan baik, perawat perlu menjelaskan alasan mengapa obat diberikan. Sehingga kepatuhan tidak hanya tercapai saat pasien dirawat di rumah sakit, namun juga saat di rumah.

Durasi patuh semenjak pasien pulang dari rumah sakit diungkapkan oleh partisipan sebagai bagian dari persepsinya tentang kepatuhan. Partisipan mengatakan bahwa pasien mengikuti aturan minum obat seperti yang direkomendasikan dokter hanya sebulan sampai empat bulan setelah pulang dari rumah sakit. Setelah itu pasien menunjukkan perilaku mengurangi dosis bahkan meninggalkan pengobatan. Pernyataan partisipan tidak berbeda jauh dengan ungkapan Joy dan Kreismen (1974) yang mengungkapkan bahwa 30 sampai 60 persen pasien yang pulang dari perawatan rumah sakit kembali dirawat dalam satu tahun akibat tidak patuh terhadap pengobatannya.

Sementara Sulinger (1988, dalam Keliat 2003) menyatakan 50 % pasien dirawat kemabali dalam satu tahun akibat tidak patuh terhadap pengobatan.

Menurut peneliti angka rawat ulang dapat dijadikan salah satu indikator kepatuhan, walaupun tidak semua keluarga pasien langsung membawa pasien untuk dirawat kembali karena putus obat. Keluarga membawa pasien dirawat kembali jika pasien sudah menunjukkan gejala pasti psikiatri. Keluarga-keluarga yang langsung mencari bantuan kesehatan setelah mengetahui pasien tidak patuh terhadap pengobatan biasanya keluarga yang mempunyai pengetahuan tentang penyakit yang adekuat khususnya kemampuan mengenal tanda-tanda awal kekambuhan seperti kualitas tidur yang terganggu, hilangnya minat, dan perubahan emosi. Keluarga melakukan berbagai upaya agar pasien kembali patuh, bahkan ada keluarga yang langsung membawa pasien ke rumah sakit setelah upayanya membuat pasien patuh tidak berhasil.

Pernyataan diatas berbeda dengan keluarga yang memiliki pengetahuan tidak adekuat tentang penyakit. Pada saat pasien menunjukkan perilaku tidak patuh, gejala skizofrenia tidak langsung tampak. Perlu beberapa waktu dari mulai pasien tidak teratur minum obat sampai terlihat kembalinya gejala skizofrenia. Keluarga pada kelompok ini tidak mampu mengenali munculnya tanda-tanda awal kekambuhan, akibatnya upaya mengatasi kepatuhan baru dilakukan oleh keluarga setelah gejala skizofrenia muncul kembali.

Berdasarkan uraian diatas maka perawat harus memberikan informasi pada keluarga tentang tanda-tanda awal kekambuhan sekaligus penekanan bahwa minum obat dalam jangka waktu panjang pada pasien skizofrenia bertujuan sebagai profilaktif atau upaya pencegahan kekambuhan. Apabila keluarga mempunyai pengetahuan yang adekuat, maka keluarga akan melakukan upaya yang maksimal untuk mengatasi ketidakpatuhan sedini mungkin.

Tema 2: Persepsi Tentang Ketidakpatuhan

Persepsi partisipan tentang ketidakpatuhan dipahami berdasarkan pengamatan partisipan terhadap perilaku, penyebab, dan akibat ketidakpatuhan. Hasil penelitian menunjukkan ketidakpatuhan pasien terlihat dari perilaku: meningkatkan dan menurunkan dosis, mengonsumsi obat dengan dosis tanpa pengawasan dokter, menolak obat, dan menunda-nunda waktu minum obat.

Menurut Husar (1995), perilaku ketidakpatuhan adalah menghentikan minum obat, minum obat dengan dosis bukan seperti yang dianjurkan, minum obat tidak tepat waktu, dan penyalahgunaan obat. Sementara Kludge (2007) membagi perilaku ketidakpatuhan menjadi ketidakpatuhan yang disengaja dan ketidakpatuhan yang tidak disengaja. Pada penelitian ini ketidakpatuhan yang disengaja terlihat dari perilaku meningkatkan dan menurunkan dosis serta menolak obat. Sementara ketidakpatuhan yang tidak disengaja terlihat dari perilaku menunda waktu minum obat sehingga akhirnya terlupa.

Hasil penelitian yang tidak ditemukan pada penelitian sebelumnya adalah perilaku minum obat tanpa pengawasan dokter. Hal ini merupakan pengalaman partisipan enam, dimana orang tua partisipan (pasien) membeli obat di apotik dengan menggunakan salinan resep. Partisipan mengatakan ibunya selalu menyimpan salinan resep untuk bisa diambil bulan berikutnya. Hal ini terjadi selama enam bulan, semenjak jeda waktu itu pula pasien tidak pernah kontrol ke psikiater. Menurut peneliti hal ini sangat membahayakan dan memperlihatkan lemahnya pengawasan terhadap apotik dalam melayani pembelian obat dengan menggunakan salinan resep.

Fleischhacker, dkk (2003) mengungkapkan empat faktor penyebab yang mempengaruhi ketidakpatuhan pasien skizofrenia yaitu faktor yang berhubungan dengan pengobatan, faktor yang berhubungan dengan pasien, faktor yang berhubungan dengan lingkungan, dan faktor yang berhubungan dengan hubungan pasien dan tenaga kesehatan. Hasil penelitian ini sesuai pendapat Fleischhacker dimana keempat faktor tersebut diungkapkan oleh keluarga sebagai faktor yang menyebabkan anggota keluarganya tidak patuh terhadap regimen terapeutik: pengobatan.

a. Faktor penyebab dari aspek obat.

Keluarga mengatakan efek samping obat, rasa obat yang pahit, banyaknya obat yang diminum oleh pasien skizofrenia, dan kesulitan mendapatkan obat sebagai faktor penyebab ketidakpatuhan dari aspek obat. Menurut partisipan efek samping obat yang dirasakan pasien tidak hanya

mengganggu secara fisik, namun juga mengganggu fungsi seksual, aktivitas, dan konsentrasi pasien.

Menurut Pinikahana, dkk (2002) penyebab pasien tidak patuh adalah banyaknya efek samping yang dirasakan pasien yaitu efek ekstra piramidal, akatisia, peningkatan berat badan, dan gangguan fungsi seksual. Banyaknya efek samping yang dirasakan pasien menyebabkan pasien sering kali berniat menghentikan pengobatannya.

Selain itu, beberapa pasien merasa bahwa kerugian minum obat lebih besar dari manfaat minum obat terutama saat gejala psikiatri tidak muncul. Hal ini sesuai dengan pengalaman partisipan tiga dan empat, yang sama-sama merawat suaminya. Partisipan dua sudah menikah selama empat tahun, suaminya adalah anak tunggal, keturunan Batak, dan belum mempunyai keturunan. Suami dan keluarganya sangat menginginkan hadirnya anak dalam keluarga mereka. Namun saat mengkonsumsi obat psikiatri pada awal berobat ke psikiater, suaminya mengalami gangguan fungsi seksual yaitu ketidakmampuan melakukan ereksi. Hal ini dianggap sangat merugikan bagi pasien sehingga pasien tidak mau melanjutkan pengobatannya sampai akhirnya harus dirawat di rumah sakit jiwa.

Contoh lain adalah pengalaman partisipan empat yang merawat suaminya yang bekerja sebagai kepala seksi kantor pemerintahan. Partisipan empat

mengatakan suaminya selalu mengurangi dosis obat sendiri terutama obat pagi dengan alasan jika minum obat suaminya merasa tidak mampu berkonsentrasi, padahal tuntutan pekerjaannya sangat membutuhkan konsentrasi saat bekerja. Dari dua contoh kasus diatas terlihat bahwa pasien merasa kerugian minum obat lebih besar dari pada manfaat minum obat, khususnya pada saat pasien dalam kondisi bebas dari gejala skizofrenia.

Banyaknya obat yang harus dikonsumsi membuat partisipan merasa bosan dan takut mengalami efek samping berupa kerusakan organ tubuh. Sebagai contoh adalah pengalaman partisipan lima yang mengatakan pasien harus meminum obat sampai lima macam dalam satu hari. Partisipan sembilan juga mengungkapkan bahwa kakaknya (penderita skizofrenia) selalu mengatakan takut ginjalnya rusak setiap kali dimotivasi untuk minum obat. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Kaplan dan Sadok (1997) yang mengatakan kompleksitas penggunaan obat (jumlah maupun dosis) merupakan faktor risiko ketidakpatuhan, pasien yang mendapatkan tiga jenis medikasi dalam satu hari atau jika medikasinya harus digunakan lebih dari empat kali dalam sehari cenderung tidak patuh terhadap pengobatannya.

Selain efek samping dan jumlah obat, rasa obat mempengaruhi kepatuhan minum obat. Hal ini sesuai dengan pernyataan partisipan satu yang mengatakan salah satu alasan pasien tidak patuh terhadap pengobatan

adalah rasa obat yang pahit. Kondisi ini sesuai dengan pendapat Husar (1995) yang mengatakan rasa yang tidak menyenangkan menyebabkan pasien, (tidak hanya anak-anak) menghentikan pengobatannya.

Kesulitan mendapatkan obat (jenis paten) sesuai resep dokter menjadi salah satu penghambat kepatuhan pasien. Di Indonesia, pendistribusian obat-obat psikiatri jenis paten disesuaikan dengan keberadaan psikiater. Menurut Agiananda (2006) jumlah psikiater ini Indonesia saat ini adalah 450 orang dengan distribusi yang tidak merata. Sebagian besar psikiater ada di kota-kota besar. Sehingga dapat disimpulkan bahwa ketersediaan obat psikiatri jenis paten juga lebih banyak di kota-kota besar.

Hambatan terkait aksesibilitas obat dialami partisipan delapan. Partisipan delapan mengatakan kesulitan mendapatkan obat-obatan jenis paten/atipikal di daerah pasien tinggal. Obat-obatan yang tersedia di daerah tersebut adalah jenis tipikal (generik). Keluarga lebih memilih penggunaan obat paten karena menganggap obat paten lebih memberikan efek terapeutik daripada obat generik. Menurut peneliti fenomena ini merupakan tantangan bagi perawat untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang efektifitas obat generik maupun paten.

b. Faktor penyebab dari aspek pasien

Penelitian ini menemukan tiga penyebab ketidakpatuhan dari aspek pasien. Penyebab tersebut adalah adanya penyangkalan terhadap penyakit,

penyangkalan terhadap manfaat obat, dan sikap negatif pasien terhadap pengobatan.

Penyangkalan terhadap penyakit disebabkan oleh rendahnya *insight*. Rendahnya *insight* merupakan masalah yang banyak dialami oleh pasien skizofrenia. Organisasi kesehatan dunia (1973, dalam Schwartz, 1998), mengungkapkan 90% pasien skizofrenia mempunyai *insight* yang rendah terhadap penyakitnya. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Kludge (2007), tentang ketidakpatuhan pasien dengan skizofrenia mendapatkan hasil bahwa 68% pasien tidak patuh akibat buruknya *insight* dan 66% akibat penyangkalan terhadap manfaat obat. Hal ini tidak berbeda jauh dengan temuan penelitian dimana enam dari sembilan pasien penelitian mempunyai *insight* yang rendah terhadap penyakitnya.

Penelitian ini juga menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat *insight* dengan lama sakit. Hal ini terlihat dari rata-rata pasien penelitian yang memiliki *insight* rendah sudah cukup lama terdiagnosa skizofrenia yaitu selama enam tahun, dengan lama sakit terpendek satu tahun dan lama sakit terpanjang 13 tahun. Fenomena ini sangat menarik bagi peneliti, sehingga timbul pertanyaan mengapa *insight* pasien tetap rendah padahal skizofrenia sudah diderita selama enam tahun. Menurut peneliti kondisi ini menunjukkan bahwa peran keluarga dan tenaga kesehatan belum optimal dalam menumbuhkan *insight* pasien.

Perawat harus mampu menangani masalah rendahnya *insight* pada pasien skizofrenia. *Insight* yang buruk akan menyebabkan rendahnya kepatuhan terhadap obat, rendahnya fungsi psikososial pasien, prognosis penyakit yang buruk, meningkatnya kekambuhan dan resiko dirawat kembali, dan buruknya hasil perawatan (Schwart, 1998).

Penelitian yang dilakukan oleh Heinrichs, dkk (1985, dalam Schwart, 1998) menunjukkan bahwa upaya meningkatkan *insight* pada saat awal pasien mulai terdiagnosa skizofrenia akan menurunkan risiko terjadinya kekambuhan dan re-hospitalisasi. Penelitian Heinrichs dapat dijadikan acuan bagi perawat jiwa agar sesegera mungkin melakukan strategi penumbuhan atau peningkatan *insight* pada pasien yang baru terdiagnosa skizofrenia.

Penyangkalan terhadap manfaat obat juga menjadi penyebab kekambuhan. Hal ini dialami partisipan delapan yang kembali di rawat di rumah sakit jiwa setelah tiga tahun berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter. Pasien tidak segera merasakan kekambuhan setelah putus obat cukup lama. Kekambuhan baru terjadi setelah bertahun-tahun, sehingga pasien tidak menghubungkan kekambuhan mereka sebagai efek putus obat. Bahkan, pasien juga menolak putus obat sebagai alasan dirawat kembali di rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut maka penjelasan tentang

hubungan antara kekambuhan dan putus obat harus ditekankan pada pasien secara terus menerus.

Faktor pasien sebagai penyebab ketidakpatuhan lainnya adalah penilaian pasien terhadap obat. Pasien merasa obat adalah racun dan pemberi obat berniat meracuni dirinya. Menurut Fleischhacker, dkk (2003), pasien dengan gejala positif sulit patuh terhadap pengobatan karena merasa dipaksa dan takut diracuni. Hal sesuai dengan hasil penelitian dimana pasien yang mempunyai pandangan obat sebagai racun pada penelitian adalah pasien dengan masalah waham dan mania. Waham dan mania adalah ciri-ciri gejala positif skizofrenia.

Sikap negatif pasien terhadap pengobatan diakibatkan oleh keyakinan negatif pasien terhadap obat. Jika pasien merasa obat dibutuhkan dan bermanfaat, maka risiko sikap negatif akan rendah. Bentuk sikap negatif pasien yang ditemukan pada penelitian ini adalah ketidakdisiplinan dalam minum obat, jenuh terhadap pengobatan, dan selektif terhadap pemberi perawatan (*caregiver*) di rumah.

Ketidakdisiplinan dalam minum obat sangat dipengaruhi oleh karakteristik pasien. Jika pasien mempunyai kebiasaan hidup disiplin, dan menerima bahwa obat dibutuhkan maka pasien akan patuh terhadap pengobatannya. Perasaan jenuh yang diungkapkan pasien bisa dimengerti mengingat skizofrenia adalah salah satu jenis penyakit menahun. Hal ini sesuai

dengan pernyataan Hussar (1995) yang mengungkapkan pasien dengan penyakit kronis kemungkinan besar menunjukkan sikap kooperatif yang rendah terhadap pengobatan akibat tumbuhnya perasaan kecil hati akan lamanya pengobatan.

Sikap negatif pasien yang patuh hanya pada anggota keluarga tertentu (selektif), menjadi faktor penyebab ketidak patuhan. Menurut Kreisman dan Joy (1974), pasien akan patuh pada keluarga yang mempunyai kedekatan emosi dengan pasien. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian dimana alasan pasien patuh terhadap salah satu anggota keluarga bukan semata-mata karena adanya kedekatan emosi, namun dikarenakan adanya rasa takut. Pasien berani menolak atau bersikap konfrontasi jika diberikan obat oleh adik iparnya karena pasien tahu bahwa adik iparnya tidak mampu bersikap tegas. Hal ini berbeda dengan adiknya yang akan bersikap tegas jika pasien tidak mau minum obat. Berdasarkan fenomena ini bisa disimpulkan bahwa dibutuhkan ketegasan *caregiver* dalam memberikan obat pada pasien skizofrenia yang tidak patuh terhadap pengobatan. Namun perlu diperhatikan bahwa ketegasan harus disertai dengan perasaan kasih sayang, ketegasan berbeda dengan kekerasan.

c. Faktor penyebab dari aspek keluarga

Sikap adalah suatu cara berfikir dan merasa terhadap suatu kejadian. Sikap tidak bisa diobservasi secara langsung namun dapat disimpulkan dari ekspresi verbal dan perilaku yang tampak (Rosser, 1971 dalam Mamnu'ah, 2008, tidak dipublikasikan). Sikap keluarga terhadap pengobatan dapat bernilai positif ataupun negatif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sikap negatif keluarga menjadi penyebab ketidakpatuhan. Bentuk sikap negatif keluarga besar adalah: sikap mendukung ketidakpatuhan pasien, sikap simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan pasien, dan ungkapan yang menurunkan motivasi minum obat pasien. Sikap mendukung ketidakpatuhan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan keluarga tentang skizofrenia.

Kurang pengetahuan tentang skizofrenia dapat menyebabkan penyangkalan keluarga terhadap penyakit pasien. Hal ini diungkapkan seorang partisipan yang mengatakan tidak tahu tentang gangguan jiwa dan tanda-tandanya pada awal pasien sakit membuatnya menyangkal bahwa anaknya menderita skizofrenia. Akibat penyangkalan dari keluarga, keluarga bersikap membiarkan perilaku pasien tidak mau minum obat. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Mc Gaslan (1994), dan Huxlery, dkk (2000) dalam Frisch & Frisch (2006) bahwa pemberian pengetahuan tentang gangguan jiwa dan terapi psikofarmaka pada keluarga akan meningkatkan kepatuhan dan menurunkan angka kekambuhan.

Sikap simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan pasien disebabkan tingginya ekspresi emosi keluarga. Ekspresi emosi keluarga yang tinggi secara tidak langsung menghambat peran keluarga dalam mendukung kepatuhan pasien. Kotrotsio, dkk (2006) mengidentifikasi ada tiga ciri keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang tinggi, yaitu: keluarga yang penuh dengan permusuhan, keluarga yang penuh kritikan, dan keluarga yang mempunyai keterlibatan secara emosi yang berlebihan terhadap pasien. Salah satu bentuk keterlibatan emosi yang berlebihan adalah sikap simpati terhadap efek samping obat yang dirasakan pasien.

Sikap simpati keluarga terhadap efek samping obat menyebabkan terhambatnya dukungan akan kepatuhan. Hal ini terlihat dari pernyataan partisipan satu dan dua yang mengatakan kasihan pada pasien karena aktivitas pasien menjadi sangat terganggu akibat efek sedasi obat. Berdasarkan hal tersebut, partisipan bersikap permisif yaitu membolehkan pasien mengurangi dosis atau menghentikan pengobatan. Terlebih apabila gejala psikiatri pasien sudah berkurang atau tidak ada lagi.

Selain sikap mendukung ketidakpatuhan dan respon simpati terhadap efek samping obat, adanya ungkapan bersifat menurunkan motivasi menjadi penyebab ketidakpatuhan dari aspek keluarga. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian, khususnya pengalaman partisipan enam. Motivasi minum obat pasien menurun setiap kali mendapat pernyataan negatif dari keluarga besarnya terkait kebutuhannya minum obat dalam jangka waktu yang

panjang. Salah seorang keluarganya beberapa kali mengatakan pasien tidak mampu menjalankan fungsinya sebagai seorang ibu dalam merawat anak-anaknya akibat terlalu banyak minum obat. Pernyataan ini membuat pasien sedih dan memutuskan perlahan-lahan mengurangi sendiri dosis obatnya.

Berdasarkan uraian diatas, pandangan positif masyarakat mengenai perilaku minum obat dalam jangka waktu panjang merupakan dasar yang penting untuk mendukung kepatuhan pasien. Pernyataan diatas sesuai dengan pendapat Fleischhacker, dkk (2003) bahwa stigma, pandangan masyarakat bahwa orang yang minum obat adalah orang yang sakit dan tidak dapat berfungsi di masyarakat merupakan faktor penyebab ketidakpatuhan pasien skizofrenia.

d. Faktor penyebab dari aspek tenaga kesehatan

Kepatuhan adalah suatu istilah yang digunakan untuk menggambarkan perilaku individu dalam menjalankan anjuran tim medis atau tim kesehatan (Haynes, 1978 dalam Kyngas, dkk, 2000). Perilaku yang dimaksud oleh Kyngas adalah perilaku minum obat, diet, dan perubahan pola hidup. Berdasarkan hal tersebut maka tenaga kesehatan harus mampu memberikan informasi yang jelas terkait dengan perilaku yang harus dilakukan oleh pasien dan keluarganya. Selain itu tenaga kesehatan juga harus memotivasi pasien dan keluarga agar berperilaku patuh terhadap saran kesehatan. Bila dua hal tersebut tidak terpenuhi, maka kepatuhan

sulit dicapai. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian, khususnya pengalaman partisipan tujuh yang mempunyai pengalaman pasien putus obat karena penjelasan yang kurang jelas dan ungkapan tenaga kesehatan yang bersifat menurunkan motivasi keluarga dalam mengupayakan penyembuhan pasien dari aspek medis.

Tenaga kesehatan mempunyai peranan penting untuk menjadikan pasien patuh. Menurut Parashos (1999), 54% pasien terhadap pengobatan akibat adanya hubungan saling percaya antara pasien dan tenaga kesehatan. Hubungan saling percaya terbina karena pasien merasa tenaga kesehatan bersikap peduli, tulus (*compass*) dan mau mengerti kondisi pasien.

Seluruh partisipan mengungkapkan persepsinya tentang akibat ketidakpatuhan. Akibat ketidakpatuhan berkorelasi positif dengan perilaku tidak patuh. Contohnya adalah perilaku partisipan enam yang mengkonsumsi obat lebih dari dosis yang ditetapkan berakibat terjadinya over dosis sehingga pasien harus dibawa ke ruang unit gawat darurat untuk menyelamatkan nyawanya. Kondisi ini menarik bagi peneliti, peneliti menilai bahwa perilaku meningkatkan dosis merupakan percobaan bunuh diri yang dilakukan pasien, sementara keluarga menilai kondisi ini merupakan bentuk ketidakpatuhan. Namun keterbatasan kemampuan peneliti melakukan wawancara mendalam, hal ini tidak terkaji dengan optimal.

Perilaku menurunkan dosis, membuang obat, mengkonsumsi obat tanpa pengawasan dokter mengakibatkan terjadinya kekambuhan. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan Bostelman, dkk (1994); Marder (2000 dalam Videbeck, 2008) yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia mengalami kekambuhan dan harus dirawat kembali di rumah sakit akibat tidak minum obat sesuai program yang ditetapkan.

2. Dukungan Keluarga Terhadap Kepatuhan Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia

Tema 3: Sumber Dukungan Keluarga

Dalam melaksanakan perannya sebagai *caregiver*, partisipan dibantu oleh pihak keluarga (keluarga inti dan keluarga besar), dan pihak non keluarga seperti pembantu rumah tangga dan rekan kerja pasien. Partisipan sangat memerlukan bantuan dari pihak lain karena selain merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, partisipan juga mempunyai tanggung jawab merawat anggota keluarga yang lain seperti lansia dan anak-anak. Sebagai contoh, pernyataan partisipan enam yang menerapkan sistem pendelegasian berjenjang dalam menentukan pemberi dan pengawas obat bagi pasien kepada anak-anaknya yang lain dikarenakan dirinya harus merawat ibunya yang berusia 86 tahun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Seloilwe (2006) tentang pengalaman dan kebutuhan keluarga yang merawat

anggota keluarga dengan skizofrenia di Botswana. Seloilwe mengungkapkan konsep *collective and multiple caregiving* dimana keluarga tidak sendiri merawat pasien gangguan jiwa, dan keluarga juga harus merawat anggota keluarga yang lain. Peneliti berpendapat kesamaan hasil penelitian terjadi karena kondisi masyarakat kota Botswana tidak berbeda jauh dengan kondisi masyarakat Indonesia, dimana masyarakat masih memegang nilai kekeluargaan dan gotong royong dalam kehidupan.

Tema 4: Bentuk Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan salah satu sumber dukungan sosial yang mutlak dibutuhkan pasien. Bart (1994) membagi dukungan keluarga menjadi empat bentuk dukungan yaitu dukungan instrumental, emosional, informasional, dan penilaian/*appraisal*. Partisipan pada penelitian ini memberikan dukungan instrumental, emosional dan informasional sebagai bentuk dukungan terhadap kepatuhan anggota keluarganya. Berikut akan dijelaskan upaya yang dilakukan keluarga berdasarkan bentuk dukungan yang diberikan.

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan secara langsung oleh keluarga untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan pasien. Menurut Garcia (2006), dukungan instrumental merupakan prediktor kepatuhan pasien saat dirumah. Dukungan instrumental yang diberikan meliputi seluruh aktivitas yang berorientasi pada tugas (*task-oriented*)

perawatan pasien dirumah. Pada penelitian ini, dukungan instrumental dipenuhi keluarga dengan menyiapkan obat, melakukan pengawasan minum obat, mencari alternatif pemberian obat jika pasien tetap tidak mau minum obat, dan memenuhi kebutuhan finansial.

Dalam menyiapkan obat pasien, partisipan melakukan pemaketan obat untuk beberapa hari. Partisipan menempatkan obat pagi, siang, dan malam dalam kotak atau plastik-plastik kecil. Menurut partisipan pemaketan ini mengikuti apa yang dilakukan perawat di rumah sakit. Pemaketan ini memudahkan keluarga untuk mengawasi pasien minum obat. Obat yang sudah dipaketkan diletakkan di tempat yang mudah dijangkau pasien dan mudah diawasi keluarga.

Fen ton, dkk (1997 dalam Garcia, 2006) menyatakan bahwa secara umum dukungan sosial, khususnya dukungan keluarga dalam melakukan pengawasan minum obat merupakan faktor yang membuat pasien patuh terhadap pengobatannya. Hal ini ditemukan pula dalam penelitian ini. Untuk memastikan pasien minum obat, partisipan melakukan pengawasan minum obat. Pengawasan dilakukan oleh partisipan sendiri, dan atau oleh orang lain sebagai pengawas. Partisipan pada penelitian ini mengatakan mereka dibantu oleh teman sekerja pasien (saat pasien berada di tempat kerja), dan pembantu rumah tangganya. Pengawasan dilakukan setiap waktu minum obat. Metode pengawasan yang diterapkan adalah dengan menghitung jumlah obat dan mewajibkan pasien melapor kepada pengawas obat (partisipan atau anggota

keluarga yang lain) setiap kali sudah minum obat. Metode pengawasan yang dilakukan partisipan sesuai dengan metode pengawasan pada penelitian yang dilakukan oleh Partt, dkk (2006) dalam mengukur kepatuhan minum obat pasien lansia yang mengalami gangguan jiwa terutama metode *self report* dan pemaketan.

Upaya lain yang dilakukan keluarga agar pasien tetap mengkonsumsi obat adalah mencari alternatif lain pemberian obat dengan cara mengganti jenis sediaan obat, mencari alternatif cara pemberian, memberikan *reward*, dan mengganti jenis obat generik menjadi paten. Apabila pasien tidak mau minum obat, keluarga terpaksa membohongi pasien dengan mengganti sediaan obat tablet atau kapsul menjadi cair atau tetes yang kemudian diberikan secara diam-diam ke minuman atau makanan pasien. Fenomena ini sesuai dengan pernyataan Seloilwe (2006) yang mengatakan bahwa *caregiver* terkadang dituntut untuk menjadi tidak jujur dan bersikap manipulatif pada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia. Menurut peneliti sikap tidak jujur dan manipulatif dalam pemberian obat harus dihindari. Penjelasan tentang pentingnya obat harus terus-menerus dilakukan oleh keluarga dan tenaga kesehatan sampai pasien mempunyai kesadaran diri untuk minum obat, sehingga keluarga tidak perlu bersikap manipulatif dalam pemberian obat.

Upaya lain yang dilakukan oleh keluarga adalah mengganti sediaan jenis obat generik menjadi paten. Hal ini dilakukan berdasarkan keluhan pasien bahwa dirinya tidak mau minum obat karena efek ekstrapiramidal yang dirasakan.

Kuo (2004, dalam Varcarolis, 2006) mengatakan bahwa golongan atipikal (paten) mempunyai efek samping yang rendah atau masih dapat ditoleransi oleh pasien dibandingkan golongan atipikal (generik). Hal ini tidak sesuai dengan hasil penelitian dimana seluruh pasien penelitian menggunakan obat jenis atipikal. Partisipan mengatakan efek samping obat jenis atipikal juga dikeluhkan oleh pasien. Bahkan ada seorang partisipan yang menolak (akibat efek samping yang dirasakan) obat atipikal terbaru yang diklaim sebagai obat antipsikotik terbaik. Berdasarkan hal ini dapat disimpulkan bahwa keefektifan obat sangat tergantung akan kecocokan untuk tiap individu. Tenaga kesehatan dituntut untuk mencari dan terus mengevaluasi keefektifan obat untuk tiap individu dan tidak bisa mengeneralisir bahwa obat golongan tertentu akan cocok untuk setiap individu.

Penyediaan dana merupakan salah satu bentuk dukungan instrumental. Dukungan finansial diberikan dengan memenuhi kebutuhan pasien untuk membeli obat dan membayar perawatan pasien di rumah sakit. Hal ini sesuai dengan pendapat Donel, dkk (2003) yang mengatakan salah satu dukungan yang harus dipenuhi keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia adalah dukungan materi, khususnya untuk biaya pengobatan dan perawatan di rumah sakit.

Dukungan emosional berupa ungkapan kasih sayang, empati dan sikap menghargai sangat diperlukan pasien skizofrenia. Pada penelitian ini, hanya satu partisipan yang memberikan dukungan emosional pada pasien, yaitu dengan menyemangati dan membesarkan hati orang tuanya (pasien), khususnya jika pasien merasa sedih akibat adanya stigma dari keluarga besar terkait kebutuhan pasien minum obat seumur hidup. Menurut peneliti dukungan ini sangat penting, karena dengan kasih sayang yang diberikan keluarga terhadap pasien, pasien akan merasa dihargai dan dicintai. Kondisi ini memungkinkan pasien kooperatif dalam minum obat. Pendapat ini diperkuat oleh hasil penelitian Garcia (2006) yang mengungkapkan bahwa kehangatan dalam keluarga secara tidak langsung meningkatkan kepatuhan. Adanya kehangatan dalam keluarga akan menurunkan atau menghilangkan tingkat stress keluarga dalam memberikan perawatan sehari-hari pasien. Keluarga yang bebas dari stress dapat selalu mengembangkan coping positif dalam mengatasi permasalahan dalam melaksanakan perawatan pasien, termasuk masalah ketidakpatuhan.

Partisipan penelitian ini memberikan dukungan *appraisal*/penilaian dengan memberikan umpan balik positif jika pasien menunjukkan perilaku patuh. Hal ini sesuai dengan konsep *reward* dan *punishment*, dimana pemberian *reward* (salah satu bentuknya adalah pujian) digunakan untuk memperkuat perilaku positif yang pada akhirnya perilaku ini dapat dipertahankan.

Dukungan informasional dipenuhi partisipan dengan memberikan informasi pada anggota keluarga yang tidak mengerti tentang pengobatan pasien gangguan jiwa. Dukungan ini dilakukan oleh partisipan enam. Ibu partisipan enam tidak termotivasi minum obat akibat pernyataan negatif salah seorang anggota keluarganya. Anak partisipan enam selalu berusaha memberikan penjelasan tentang gangguan jiwa dan manfaat minum obat bagi ibunya. Namun partisipan mengatakan upaya ini belum berhasil karena anggota keluarga tersebut tidak menerima penjelasan partisipan. Partisipan mengatakan hal ini mungkin karena usia partisipan yang masih sangat muda untuk memberikan penjelasan pada orang yang usianya jauh lebih tua.

3. Dampak Ketidapatuhan Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia Terhadap Keluarga

Dampak skizofrenia tidak hanya dirasakan oleh pasien namun juga dirasakan keluarga. Organisasi Kesehatan Dunia (2001) menyatakan bahwa dampak yang dirasakan keluarga akibat adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah tingginya beban ekonomi, tingginya beban emosi keluarga, stres terhadap perilaku pasien menyimpang, gangguan melaksanakan kegiatan sehari-hari, dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Penelitian ini secara khusus ingin mengetahui dampak ketidapatuhan pasien terhadap keluarga.

Tema 5: Beban Sebagai *Caregiver*

Salah satu masalah yang membuat frustrasi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia adalah ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Ketika obat tidak teratur dikonsumsi, pasien kembali menunjukkan gejala psikotik, hal ini merupakan stressor bagi pasien dan keluarga. Bahkan kekambuhan sering kali membuat pasien dirawat kembali. Kondisi ini dirasakan sebagai beban oleh keluarga (*family burden*).

Family burden merupakan suatu istilah untuk mengidentifikasi berbagai permasalahan, kesulitan atau efek yang dialami keluarga sehubungan dengan adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang berkepanjangan (Magliano, 2003). Magliano membagi beban yang dirasakan keluarga menjadi dua jenis beban yaitu beban subjektif dan beban objektif. Beban subjektif adalah beban berupa distress emosional yang dialami *caregiver* berkaitan dengan tugas merawat penderita skizofrenia. Contoh beban subjektif adalah perasaan kehilangan, sedih, cemas dan malu terhadap masyarakat sekitar, stress menghadapi gangguan perilaku, dan frustrasi akibat perubahan pola interaksi dalam keluarga. Sedangkan beban objektif adalah berbagai beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berkaitan dengan perawatan penderita gangguan jiwa. Contoh beban objektif adalah beban finansial, hambatan dalam melaksanakan aktivitas, gangguan dalam kehidupan rumah tangga, isolasi sosial, pengucilan atau diskriminasi bagi keluarga, dan sebagainya.

Hasil penelitian menunjukkan keluarga mengalami kecemasan, kesedihan dan perubahan emosi sebagai bentuk beban subjektif yang dirasakan. Keluarga yang menyadari pasien memerlukan obat (*insight* tinggi), langsung merasakan beban subjektif berupa kecemasan pada saat pasien mulai tidak teratur minum obat, walaupun gejala psikotik belum tampak pada pasien. Sementara keluarga yang memiliki *insight* rendah, baru merasa cemas telah gejala psikotik muncul (contohnya pasien mulai marah-marah dan muncul halusinasi).

Menurut peneliti, hal ini dipengaruhi oleh tingkat pemahaman keluarga tentang skizofrenia dan pengalaman keluarga menghadapi kekambuhan. Pernyataan ini berdasarkan ungkapan partisipan satu dan lima. Partisipan satu mengatakan setiap kali pasien mulai tidak teratur minum obat keluarga merasa cemas bahkan sampai mengganggu kualitas tidur. Partisipan takut pasien kembali menunjukkan perilaku psikotiknya. Partisipan lima mengatakan kecemasan langsung dirasakan setelah tahu pasien tidak minum obat sesuai petunjuk karena keluarga sudah paham tentang penyakit skizofrenia dan mempunyai pengalaman pasien dirawat sebanyak delapan kali dengan faktor predisposisi tidak teratur minum obat. Sementara partisipan dua mengatakan ketika anaknya menghentikan obat, perilaku marah-marah tidak muncul, sehingga keluarga membiarkan klien tidak minum obat. Perasaan cemas dan takut baru muncul setelah gejala psikotik muncul.

Hasil penelitian ini hanya menggambarkan onset atau kejadian awal timbulnya beban subjektif, namun tidak bisa membandingkan tingkat beban antara keluarga yang mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang skizofrenia dengan keluarga yang tidak mempunyai pengetahuan yang adekuat. Sehingga penelitian ini tidak mampu membuktikan pendapat Agiananda, (2006) atau pendapat Sefasi, dkk (2007). Agiananda mengatakan bahwa keluarga yang mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang penyakit mempunyai beban yang lebih rendah dibandingkan keluarga yang mempunyai pengetahuan tidak adekuat. Hal ini dikarenakan keluarga yang banyak mempunyai informasi tentang penyakit akan menggunakan coping yang berfokus pada tugas (*task focussed coping*). Sementara Sefasi mengatakan bahwa keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi tentang penyakit mempunyai tingkat beban yang tinggi dibandingkan keluarga yang mempunyai pengetahuan yang tidak adekuat, dikarenakan semakin banyak informasi yang dimiliki, keluarga semakin khawatir akan prognosis penyakit, sehingga keluarga cenderung menggunakan *emotional focussed coping*.

Beban subjektif lain yang dirasakan keluarga adalah kekhawatiran terhadap biaya pengobatan pasien. Kekhawatiran ini bisa dipahami mengingat pasien skizofrenia cenderung harus minum obat dalam jangka waktu yang lama dan obat yang dikonsumsi adalah jenis paten yang harganya relatif mahal. Berdasarkan hal ini penjelasan tentang pengobatan skizofrenia termasuk

harga obat sangat dibutuhkan sehingga keluarga bisa mengatur sumber keuangan untuk biaya pengobatan pasien.

Beban objektif yang dirasakan keluarga akibat ketidakpatuhan adalah gangguan hubungan dalam keluarga dan keterbatasan aktivitas. Tidak mengkonsumsi obat sesuai saran menyebabkan gejala psikotik muncul kembali yang salah satu manifestasi perilakunya adalah tingginya tingkat emosional pasien. Perilaku ini menyebabkan terjadinya konflik antar pasien dan anggota keluarga yang lain dan terganggunya ikatan emosional orang tua dan anak. Hal ini sesuai dengan pengalaman partisipan empat dan delapan. Partisipan empat mengatakan anak-anaknya tidak lagi dekat dengan ayahnya karena ayahnya sering marah-marah, terutama jika diingatkan untuk minum obat dan saat mulai kambuh. Partisipan delapan mengatakan kenyamanan keluarga terganggu karena terus-terusan harus waspada menjaga agar pasien tidak marah, hal ini dirasakan sangat melelahkan bagi keluarga.

Tugas memberikan obat kepada pasien setiap kali waktu minum obat membuat keluarga mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas. Hal ini terutama dialami keluarga yang pasien tidak mampu mengelola obat sendiri. Partisipan dua tidak bisa mengunjungi cucunya ke luar kota tanpa mengajak pasien. Sementara pasien tidak selalu mau ikut jika diajak. Partisipan enam mengatakan tidak bisa pergi meninggalkan rumah dalam jangka waktu lama karena harus memberikan obat sehari tiga kali pada pasien. Padahal saat ini partisipan ingin sekali melamar pekerjaan.

Berdasarkan hal tersebut maka *caregiver* memerlukan *support person* lain dalam tugasnya memberikan obat pada pasien, disamping pentingnya menumbuhkan kemandirian pasien dalam minum obat.

Berdasarkan uraian diatas, diketahui bahwa beban keluarga akibat ketidakpatuhan pasien sangat besar. Perawat mempunyai peluang untuk membantu keluarga mengurangi beban yang dirasakan. Perawat dapat memberikan dukungan sosial pada keluarga.

Menurut Magliano (2008), tingkat beban sangat dipengaruhi oleh ada atau tidaknya dukungan sosial yang diterima oleh *caregiver*. Dukungan sosial dapat membantu keluarga mengembangkan strategi koping yang efektif dan menurunkan distress yang dirasakan. Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan merupakan sumber dukungan sosial bagi *caregiver*. Perawat dapat memberikan dukungan sosial dengan melibatkan keluarga dalam kegiatan *Self Help Group* (SHG) atau pemberian terapi psikoedukasi keluarga.

Menurut Magliano, ketika keluarga mendapatkan dukungan suportif yang adekuat, keluarga mendapat perlindungan terhadap stress dan akan lebih mampu mengatasi kesulitan-kesulitan yang dihadapi dalam merawat pasien (termasuk kesulitan membuat pasien patuh) sehingga membawa konsekuensi turunnya angka rawat inap kembali.

4. Mekanisme Koping Keluarga

Koping adalah upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres termasuk upaya menyelesaikan masalah secara langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam menyelesaikan masalahnya partisipan menggunakan koping positif dan negatif. Menurut Huang, dkk (2008) strategi koping positif adalah strategi koping yang berorientasi pada masalah/*problem focused coping strategy*, sementara strategi koping negatif adalah strategi koping yang berfokus pada emosi/*emotional focused coping strategy*.

Tema 6: Koping Positif

Hasil penelitian menunjukkan koping positif yang dilakukan oleh partisipan adalah koping yang berfokus pada penyelesaian masalah/ *problem focused coping strategy*. Strategi ini digunakan oleh partisipan untuk mengatasi perilaku ketidakpatuhan pasien dan mengatasi beban yang dirasakan akibat perilaku anggota keluarga yang mengalami skizofrenia

Friedman, (1998) membagi strategi koping keluarga menjadi strategi koping internal dan strategi koping eksternal. Koping internal yang dilakukan oleh partisipan adalah menghindari stressor, mencari dukungan sosial dari keluarga besar, mendiskusikan pemecahan masalah, dan strategi koping *passive apraisal* (melakukan hobi dan mengalihkan situasi).

Strategi koping dengan menghindari stressor dilakukan partisipan delapan dengan menghindari terjadinya konflik dengan pasien dan selalu mengalah pada pasien. Strategi ini sesuai dengan pendapat Potter dan Perry (2005), bahwa reaksi manusia dalam menghadapi stressor adalah melakukan tindakan *fight or flight* (menghadapi atau menghindari stressor). Partisipan menggunakan koping ini karena mempunyai pengalaman, jika konflik sampai terjadi, maka pasien akan melakukan berperilaku agresif tidak hanya secara verbal namun juga secara fisik.

Strategi koping lain yang dilakukan keluarga adalah mencari dukungan keluarga besar. Dukungan yang didapatkan dari keluarga besar adalah dukungan instrumental dan dukungan emosional. Dukungan instrumental yang diperoleh partisipan adalah bantuan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Pada saat pasien mengalami kekambuhan, seluruh pasien mempunyai tingkat emosi yang tinggi sehingga pasien cenderung melakukan kekerasan fisik pada keluarga inti. Kondisi ini membuat partisipan tidak berdaya sehingga mencari bantuan pada keluarga besar yang disegani atau ditakuti oleh pasien. Hal ini dialami oleh partisipan satu dan empat.

Dukungan emosional diterima oleh partisipan terutama saat partisipan merasa sedih dan tertekan. Keluarga besar menjadi tempat partisipan berkeluh kesah, khususnya partisipan empat dan sembilan. Partisipan empat dan sembilan selalu menceritakan kesedihannya pada orang tuanya melalui telepon.

Nasihat yang diberikan orang tua partisipan dirasakan sangat membantu menurunkan beban emosi.

Strategi koping *passive appraisal* dilakukan partisipan untuk mengalihkan perhatian, dengan harapan dapat mengurangi stres yang dirasakan. Strategi ini dilakukan dengan melakukan hobi dan mengalihkan situasi. Hobi yang dilakukan oleh partisipan antara lain membaca, menulis buku harian, dan menonton film di bioskop. Kegiatan pengalihan situasi yang dilakukan partisipan adalah jalan-jalan bersama anggota keluarga yang lain dan ngobrol dengan tetangga. Partisipan tiga dan empat juga menikmati pekerjaannya, mengajar dan melakukan praktik bidan, sebagai strategi pengalihan situasi.

Menurut WHO (2001), strategi pengalihan situasi baik dilakukan keluarga untuk mengurangi stres yang dirasakan akibat merawat pasien gangguan jiwa. Setelah melakukan pengalihan situasi, diharapkan keluarga mempunyai energi baru untuk memikirkan bagaimana menciptakan strategi pemecahan masalah. Hal ini sangat bertolak belakang dengan hasil penelitian, dimana pengalihan situasi tidak membuat partisipan mempunyai energi untuk memecahkan masalahnya.

Strategi koping internal lain yang juga dilakukan keluarga adalah upaya pemecahan masalah bersama anggota keluarga yang lain. Seluruh partisipan mengatakan jika pasien mengalami kekambuhan akibat putus obat, keluarga melakukan musyawarah untuk menentukan bagaimana cara menghadapi pasien dan tindakan apa yang harus dilakukan. Delapan partisipan

melakukan hal ini dengan keluarga inti dahulu, jika tidak berhasil baru melibatkan keluarga besar. Hal ini sangat berbeda dengan pengalaman partisipan empat (istri pasien skizofrenia) yang tidak pernah mendiskusikan pemecahan masalah dengan keluarga inti. Partisipan ini langsung melakukannya dengan keluarga besar. Hal ini dilakukan partisipan karena tidak mau membebani pikiran anak-anaknya yang masih remaja, partisipan juga takut perkembangan psikologis anaknya akan tambah terganggu jika harus dilibatkan dengan permasalahan pasien. Menurut peneliti, partisipan sebaiknya mulai melibatkan secara bertahap anggota keluarga yang usianya menjelang dewasa dalam tanggung jawab merawat pasien, sehingga beban yang dirasakan partisipan dapat berkurang.

Koping eksternal keluarga atau koping ektrafamilial adalah koping yang dilakukan di luar keluarga inti. Koping eksternal yang dilakukan oleh partisipan penelitian adalah mencari informasi tentang skizofrenia berikut pengobatannya, mencari dukungan sosial, dan melakukan aktifitas spiritual.

Partisipan penelitian ini mencari informasi tentang penyakit dan obat-obatan yang dikonsumsi pasien melalui buku-buku, internet atau langsung bertanya pada dokter atau apoteker. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Huang, dkk (2008) yang mengungkapkan bahwa salah satu strategi koping keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami skizofrenia adalah mekanisme koping psikologis. Mekanisme koping psikologis terdiri dari strategi koping kognitif, perilaku dan emosi. Mekanisme koping kognitif

yang ditemukan pada penelitian Huang adalah berfikir positif dan mencari informasi. Huang mengungkapkan bahwa partisipan mendapatkan informasi dari buku, jurnal, majalah, radio, TV, atau saran para profesional. Penelitian tidak menemukan jurnal, majalah, radio dan TV sebagai sumber informasi. Menurut peneliti ini terjadi karena media cetak maupun elektronik Indonesia belum mempunyai perhatian terhadap masalah kesehatan jiwa.

Hal lain yang menjadi ketertarikan peneliti adalah hanya satu partisipan yang mengatakan mendapatkan informasi tentang obat-obatan yang dikonsumsi dari perawat. Selebihnya informasi lebih banyak didapatkan dari dokter dan apoteker. Hal ini menunjukkan bahwa peran perawat belum optimal dalam memberikan pengetahuan tentang obat-obat pasien.

Strategi koping lain yang dilakukan oleh partisipan adalah mencari dukungan sosial. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Huang, dkk (2008) yang mengungkapkan bahwa salah satu strategi koping keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami skizofrenia adalah mekanisme koping sosial. Mekanisme koping sosial terdiri mencari dukungan sosial, dukungan tenaga kesehatan, dan dukungan spiritual. Dukungan sosial yang didapatkan melalui keterlibatan dalam kelompok suportif, misalnya kelompok teman sekerja dan kelompok pengajian. Hal yang menarik dari penelitian ini adalah motivasi partisipan dalam mencari dukungan sosial. Partisipan tiga memilih mencari dukungan pada teman sekerjanya akibat ketidakpuasan partisipan terhadap keluarga besar karena selalu mempunyai

sikap bertentangan dalam merawat pasien. Partisipan mengatakan teman sekerjanya dapat memberikan solusi dan mampu membuat dirinya semangat lagi. Hal ini sangat berbeda dengan partisipan empat (pekerjaan bidan) yang mendapatkan perlakuan yang tidak menyenangkan dari teman satu pekerjaannya terkait dengan keberadaan suaminya yang mengalami skizofrenia. Teman sekerja partisipan yang juga bidan sering mengatakan pada pasien partisipan agar tidak berobat pada partisipan karena suami partisipan mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan hal tersebut disimpulkan bahwa stigma negatif pada pasien gangguan jiwa tidak hanya dilakukan oleh masyarakat umum, namun juga dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Koping mencari dukungan dari tenaga kesehatan dilakukan oleh partisipan dengan membawa pasien kontrol ke psikiater setiap bulan dan membawa pasien kembali ke rumah sakit setiap kali pasien kambuh. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wu (1993, dalam Huang, 2008) menunjukkan bahwa keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia lebih banyak mendapat dukungan sosial dari keluarga, teman, dan tetangga dibandingkan dukungan dari tenaga profesional. Hal ini disebabkan oleh adanya perasaan malu akibat stigma negatif masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian dimana semua partisipan tidak menjadikan perasaan malu atau stigma sebagai penghambat mencari bantuan kesehatan medis, namun karena alasan pengetahuan tentang penyakit. Beberapa partisipan menghentikan mencari dukungan dari tenaga profesional bukan karena faktor stigma namun karena keluarga menilai pasien sudah

sembuh (tidak ada gejala psikiatri) sehingga keluarga merasa tidak perlu membawa pasien ke layanan kesehatan.

Dukungan spiritual didapatkan partisipan melalui aktivitas berdoa, zikir, dan sholat malam. Partisipan mengatakan bahwa dari semua strategi koping yang dilakukan, melakukan aktivitas spiritual merupakan strategi koping yang paling mampu mengurangi beban psikologisnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Friedman (1998) yang mengatakan bahwa dukungan spritual dapat membantu keluarga mentoleransi adanya ketegangan yang kronis dan lama dalam keluarga.

Seluruh partisipan penelitian ini melakukan aktivitas spiritual sebagai koping mengatasi beban emosi yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Huang, dkk (2008), dimana tujuh dari sepuluh partisipan penelitiannya melakukan aktivitas spiritual sebagai koping utamanya. Ketujuh partisipan penelitian Huang tersebut hidup dalam lingkungan yang membebaskan kehidupan beragama di masyarakat, sementara tiga partisipan lainnya hidup dalam lingkungan yang membatasi kebebasan beragama. Sehingga dapat disimpulkan bahwa partisipan yang hidup dalam lingkungan yang tidak membatasi aktivitas keagamaan, seperti halnya di Indonesia, strategi koping melalui aktivitas spiritual lazim digunakan dan dinilai efektif untuk mengurangi beban.

Tema 7: Koping Negatif Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan ada dua partisipan yang melakukan koping negatif berupa pengabaian. Sikap pengabaian terlihat dari tidak perdulinya keluarga terhadap kebutuhan pasien dan membiarkan pasien tidak patuh terhadap pengobatannya. Asniar (2007, tidak dipublikasikan) mengungkapkan *neglect* (melalaikan) merupakan kegagalan caregiver dalam memenuhi tanggung jawabnya untuk memberikan perawatan yang dibutuhkan. Penelantaran dapat terjadi dalam bentuk aktif (*active neglect*) dan pasif (*passive neglect*). Pengabaian secara aktif terjadi akibat kondisi keuangan yang terbatas dan adanya konflik interpersonal dalam keluarga. Sedangkan pengabaian secara pasif merupakan situasi dimana *caregiver* tidak mampu memenuhi tanggung jawab merawat karena mengalami sakit, keterbatasan, stress, ketidakpedulian, dan kurang sumber daya pengetahuan.

Active neglect dialami oleh pasien sembilan disebabkan oleh adanya konflik dalam keluarga. Partisipan sembilan (adik pasien) mengatakan *caregiver* utama sebelumnya (orang tua) tidak peduli dan mengabaikan kebutuhan perawatan pasien termasuk pengobatan akibat adanya konflik yang berkepanjangan antara pasien dan orangtuanya. Orang tua secara langsung mengatakan tidak mau lagi merawat pasien, dan menyerahkan perawatan pasien pada partisipan.

Passive neglect dilakukan oleh partisipan empat terjadi akibat stres yang dirasakan oleh partisipan dan kurangnya sumber daya (kemampuan

mengatasi masalah ketidakpatuhan) keluarga. Partisipan empat mengatakan sudah lelah mengupayakan pasien agar mau minum. Upaya yang dilakukan selalu tidak berhasil, pada akhirnya partisipan membiarkan pasien tidak minum obat. Menurut peneliti, selain faktor stres dan kurang sumber daya, *passive neglect* yang dilakukan partisipan terjadi akibat *caregiver burn out* yang dirasakan keluarga akibat kelelahan menghadapi ketidakpatuhan pasien dan ketidakberhasilan keluarga membuat pasien mau minum obat.

5. Peran Perawat Terhadap Kepatuhan

Seluruh partisipan adalah keluarga dari pasien yang sedang dan pernah dirawat di ruang MPKP (Model Praktik Keperawatan Profesional). Dua orang pasien baru pertama kali dirawat di rumah sakit dan langsung dirawat di ruang MPKP. Tujuh orang pasien lainnya selalu dirawat di ruang MPKP. Berdasarkan uraian tersebut maka data yang didapat terkait tujuan khusus ini merupakan representasi pelayanan yang diberikan di ruang MPKP.

Tema 8: Bentuk Pelayanan Keperawatan

Perawat sebagai tenaga kesehatan terbesar (60% dari tenaga kesehatan yang ada di RS), dan paling banyak berinteraksi dengan pasien dituntut untuk berperan aktif dalam mengatasi ketidakpatuhan. Intervensi keperawatan yang diberikan di ruang MPKP berupa tindakan keperawatan yang ditujukan pada pasien dan keluarga. Tindakan keperawatan diberikan baik secara individu maupun kelompok.

Hasil penelitian menunjukkan perawat memberikan beberapa bentuk pelayanan baik pada pasien maupun keluarga. Bentuk pelayanan yang diberikan pada pasien adalah pendidikan kesehatan dan pemantauan minum obat. Pelayanan yang diberikan pada keluarga berupa pendidikan kesehatan dan kegiatan *self help group*. Dalam memberikan pelayanannya perawat menggunakan dirinya secara terapeutik (*therapeutic use of self*).

Perkin (2002) mengidentifikasi beberapa strategi untuk meningkatkan kepatuhan pada pasien skizofrenia berdasarkan faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan. Pada ketidakpatuhan yang bersumber dari faktor pasien strategi yang dilakukan adalah melakukan terapi kognitif, pendidikan kesehatan tentang penyakit dan manfaat obat, memberikan *memory aid* (contohnya bel tanda waktu minum obat). Ketidakpatuhan yang berhubungan dengan faktor lingkungan sosial diatasi dengan memberikan pendidikan kesehatan dan dukungan untuk keluarga pasien, meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan jiwa yang ada seperti *assertive case management* dan melakukan kunjungan rumah, meningkatkan koordinasi antar pemberi pelayanan kesehatan. Ketidakpatuhan yang berhubungan dengan pengobatan diatasi dengan meminimalkan pemberian obat yang rumit, meminimalkan pengaruh efek samping obat terhadap kehidupan pasien, memberikan instruksi yang jelas tentang penggunaan obat, memberikan obat antipsikotik dengan efek ekstra piramidal yang minimal, meminimalkan efek terhadap peningkatan berat badan, dan fungsi seksual.

Jika dibandingkan dengan hasil penelitian, terlihat bahwa bentuk pelayanan yang diberikan oleh perawat pada pasien dan keluarganya belum optimal. Menurut peneliti hal ini disebabkan karena belum adanya program khusus pencegahan kekambuhan yang dilaksanakan oleh ruangan Srikandi dan rumah sakit Marzoeki Mahdi. Selain itu pelayanan berbasis komunitas (*Community Mental Health Nursing*) di Indonesia baru dilaksanakan di daerah tertentu.

Saat ini di beberapa propinsi di Indonesia (Nanggroe Aceh Darussalam, Jawa Barat, dan Jogjakarta) sudah menerapkan *Community Mental Health Nursing* (CMHN). *Community mental health nursing* adalah pelayanan kesehatan jiwa yang berbasis komunitas. Perawat CMHN adalah perawat puskesmas yang bertanggung jawab terhadap kegiatan kesehatan jiwa di daerah kerja puskesmas. Salah satu kegiatan perawat CMHN adalah kunjungan rumah pada pasien gangguan jiwa yang baru dirawat di rumah sakit jiwa. Kunjungan rumah ditujukan untuk menindaklanjuti tindakan keperawatan yang diberikan di rumah sakit sekaligus membantu pasien dan keluarga agar tetap patuh terhadap pengobatannya.

Selain mengungkapkan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan, partisipan juga mengatakan bahwa perawat sudah menggunakan dirinya secara terapeutik dalam menumbuhkan kepatuhan pasien. Penggunaan diri perawat secara terapeutik terlihat dari adanya komunikasi yang efektif antara

perawat dan pasien, terbinanya hubungan saling percaya, dan adanya perhatian perawat yang dirasakan oleh pasien dan keluarganya.

Menurut peneliti, *therapeutic use of self* harus dilakukan perawat dalam merawat pasien dengan segala kondisi, termasuk kondisi pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan. *Therapeutik use of self* terlihat dari kemampuan perawat melakukan komunikasi yang jelas dan efektif, menghargai pasien, dan mampu mengenali kelemahan dan kekuatan dirinya dalam rangka meningkatkan kesehatan pasien. Dengan menggunakan diri sendiri secara terapeutik saat merawat pasien, pasien akan menjadi kooperatif dan akan menerima medikasi lebih nyaman tanpa penolakan. Pernyataan ini bisa memperkuat pernyataan Gajski (2008) yang mengatakan bahwa perawat yang menunjukkan sikap empati, percaya diri, profesional, menghargai hak azasi, melakukan pendekatan secara individual secara tidak langsung dapat meningkatkan kepatuhan pada pasien skizofrenia.

6. Pelayanan Keperawatan Yang Dibutuhkan Keluarga

Tema 9: Kegiatan Pelayanan Yang Ditujukan Untuk Meningkatkan Kepatuhan

Mamnu'ah (2008, tidak dipublikasikan) mengungkapkan bahwa target layanan yang dibutuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi harus berorientasi pada kebutuhan pasien dan keluarganya. Brewin (1992, dalam Agiananda, 2006) membagi kebutuhan keluarga akan perawatan kesehatan mental menjadi tiga yaitu kebutuhan akan

perbaikan kesehatan, kebutuhan akan pelayanan kesehatan mental dan kebutuhan akan tindakan dari tenaga kesehatan. Lebih lanjut Agiananda (2008) dalam penelitiannya mengidentifikasi kebutuhan bagi keluarga pasien di Indonesia yang belum terpenuhi adalah kebutuhan akan perbaikan kesehatan berupa terlihatnya perubahan dan perbaikan gejala penderita skizofrenia. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan mental berupa adanya pertemuan kelompok penderita dan pelatihan kerja, *sharing group* bagi *caregiver*, obat murah dan generik, pelayanan yang berkesinambungan, mendapat pelayanan yang ramah dan bersahabat dari petugas kesehatan. Kebutuhan akan tindakan aktif dari tenaga kesehatan berupa informasi seputar skizofrenia, pelibatan pasien dan keluarga dalam perencanaan pengobatan, terapis merencanakan terapi yang sesuai dengan kebutuhan penderita dan mengevaluasi hasil pengobatannya, serta selalu menjembatani masalah yang terjadi antara keluarga dan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga membutuhkan pelayanan yang dapat membuat pasien skizofrenia patuh terhadap pengobatannya. Pelayanan yang diberikan harus dapat memenuhi harapan keluarga terhadap pelayanan yaitu pelayanan yang mampu meningkatkan kemandirian dalam minum obat, menumbuhkan *insight* akan penyakit dan manfaat obat, serta kemampuan beradaptasi dengan efek samping. Keluarga juga membutuhkan jaminan bahwa pasien akan patuh setelah pulang dari perawatan di rumah sakit. Bentuk pelayanan yang dibutuhkan oleh keluarga adalah pendidikan

kesehatan dan perawatan berkelanjutan (*follow up care*) untuk pasien skizofrenia setelah pulang dari rumah sakit.

Jika hasil penelitian dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, terlihat bahwa hasil penelitian ini memberikan gambaran yang lebih spesifik tentang kebutuhan keluarga terkait pengobatan pasien. Kebutuhan pelayanan yang diungkapkan keluarga mencakup tiga kebutuhan yang diungkapkan oleh Brewin (1992, dalam Agiananda, 2005). Kebutuhan akan perbaikan kesehatan berupa kemandirian dalam minum obat, menumbuhkan *insight* akan penyakit dan manfaat obat, serta kemampuan beradaptasi dengan efek samping obat.

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan mental yang diungkapkan oleh partisipan penelitian adalah pelayanan yang berkesinambungan, berupa *follow up care*. Secara spesifik keluarga mengharapkan adanya pemantauan kondisi pasien di rumah melalui layanan telpon. Keluarga juga mengharapkan keberadaan perawat, terutama perawat yang merawat pasien saat pasien dirawat di rumah sakit pada saat keluarga melakukan *follow up care*. Kebutuhan terkait tindakan tenaga kesehatan yang diungkapkan partisipan adalah pendidikan kesehatan tentang skizofrenia dan obat-obatannya. Pendidikan yang diberikan harus jelas dan diberikan sejak awal pasien terdiagnosa skizofrenia.

7. Makna Merawat Anggota Keluarga Yang Tidak Patuh terhadap Pengobatan

Tema 10: Penerimaan Tanggung Jawab dan Perubahan Sikap

Walaupun perilaku tidak patuh merupakan suatu stressor yang menetap bagi keluarga, seluruh partisipan mampu melihat hikmah atau makna positif dari keadaan tersebut. Partisipan mengatakan tetap menerima tanggung jawab (sebagai orang tua, istri, dan anak), untuk merawat anggota keluarganya dengan seluruh kondisi, termasuk kondisi tidak patuh. Partisipan meyakini bahwa apa yang terjadi pada keluarga dan pasien adalah bentuk ujian dalam kehidupan, dan selaku manusia kewajiban partisipan adalah terus meningkatkan kesabaran dan berusaha untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Partisipan juga sangat berharap tenaga kesehatan dapat membantu untuk kesembuhan pasien termasuk didalamnya membuat pasien kooperatif terhadap proses pengobatan.

Uraian diatas menunjukkan sifat altruistik yang dimiliki partisipan dalam merawat anggota keluarganya. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rhoades dan Mc Farland (1999). Rhoades dan Mac Farland (1999, dalam Asniar 2007, tidak dipublikasikan) mengungkapkan tiga makna yang dirasakan oleh keluarga yang merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa yaitu altruistik yang ditujukan pada orang lain, aktualisasi diri yang ditujukan pada diri sendiri dan tujuan eksistensial dalam hidup.

Dari seluruh pembahasan tema hasil penelitian, dapat digambarkan bahwa fenomena ketidakpatuhan merupakan cerminan terputusnya *continuity of care* akibat ketidakmampuan pasien dan keluarga mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan. Pasien dan keluarga kurang memahami bahwa minum obat dalam jangka waktu panjang adalah penting dan dibutuhkan pasien untuk mencegah kekambuhan. Rendahnya *insight* pasien dan keluarga merupakan salah satu penyebab penghambat kepatuhan. Kondisi ini seyogyanya menimbulkan perasaan empati perawat untuk sungguh-sungguh mengatasi masalah ketidakpatuhan. Salah satu tindakan yang dapat dilakukan perawat adalah menumbuhkan dan meningkatkan *insight*.

Keluarga sebagai *caregiver* pasien dirumah menghadapi berbagai hambatan dan menanggung beban dalam merawat pasien yang tidak patuh. Kondisi ini mengingatkan perawat bahwa target layanan keperawatan jiwa bukan hanya pasien, namun juga keluarga sebagai kelompok rentan stres sebagai konsekuensi merawat pasien gangguan jiwa di rumah. Apabila keluarga dapat melaksanakan peran perawatan pasien dirumah tanpa tekanan/stres maka keluarga akan optimal menjalankan fungsi perawatan kesehatan anggota keluarganya.

B. Integrasi Hasil Penelitian Pada Teori *Self Care* Orem

Baker dan Kastelman (1994 dalam Kyngas, 2000) mengatakan bahwa kepatuhan merupakan bagian dari perilaku *self care* dan ketidakpatuhan bagian dari perilaku *self care defisit*. Pernyataan ini mendasari penggunaan kerangka pikir modifikasi teori *self care* Orem dalam penelitian. Berikut ini akan dijelaskan aplikasi teori *self care* Orem pada penelitian dengan cara mengintegrasikan tema-tema yang ditemukan kedalam komponen teori Orem yaitu *self care*, *self care deficit*, *self care ability*, *self care demands*, *family agency*, dan *nursing system*. Untuk lebih jelasnya, aplikasi teori Orem dalam penelitian dapat dilihat pada gambar 5.1 halaman 162.

Self care adalah kemampuan pasien skizofrenia (*self care ability*) dalam memenuhi kebutuhannya (*self care demands*). *Self care ability* terlihat dari perilaku patuh yang terdiri dari kooperatif, adanya kesadaran diri, kemandirian dan kedisiplinan dalam minum obat. Menurut Orem ada tiga kebutuhan yang harus dipenuhi untuk mencapai *self care*, yaitu *universal self care requisites*, *developmental self care requisites*, dan *health deviation self care requisites*. *Health deviation self care requisites* dibutuhkan oleh individu yang menderita suatu penyakit termasuk skizofrenia. Pada penelitian ini *health deviation self care requisites* adalah kebutuhan pengobatan. Secara spesifik *self care demands* pada penelitian ini adalah adalah kebutuhan terkait kemandirian, kesadaran diri akan pentingnya obat dan kemampuan beradaptasi dengan efek samping obat. Sehingga dapat disimpulkan *self care* pada penelitian ini adalah kondisi dimana

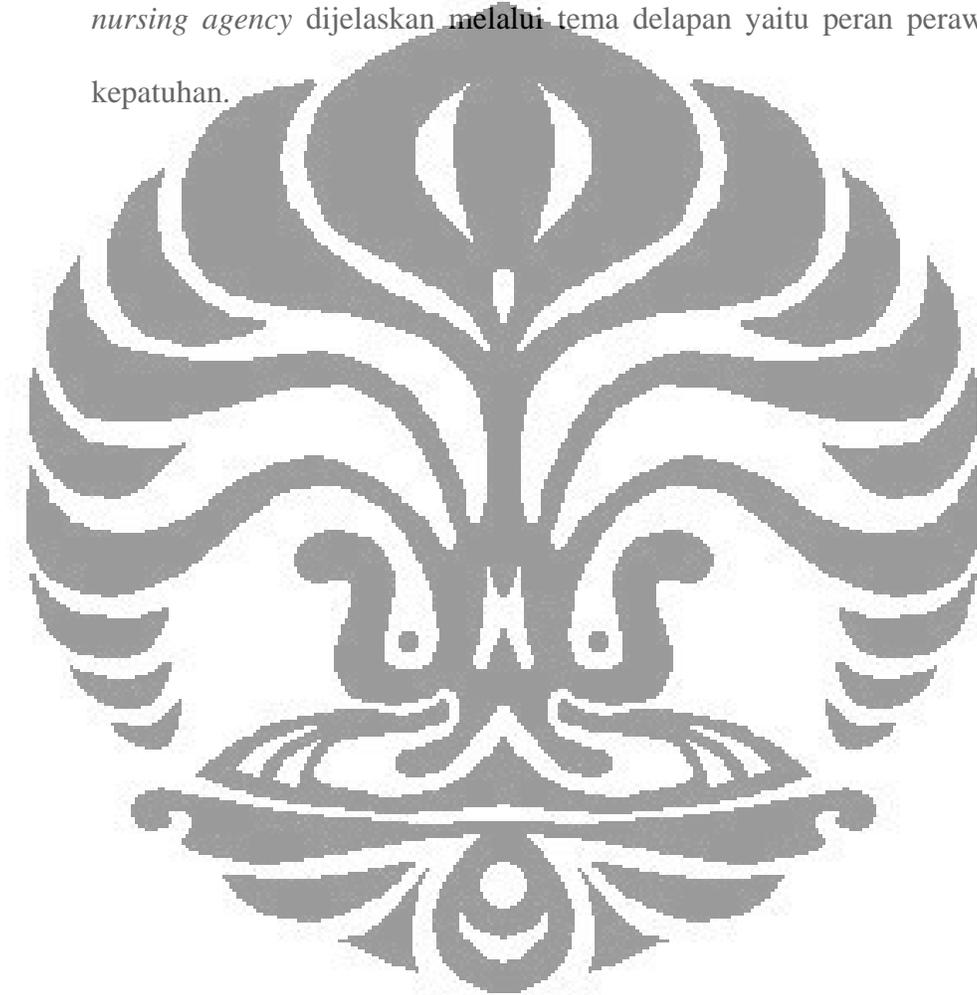
pasien mampu mempertahankan kepatuhan terhadap pengobatan. Penelitian ini juga menunjukkan motivasi pasien untuk *self care* (patuh) adalah adanya harapan untuk sembuh, perasaan takut dirawat kembali, dan adanya reward yang diberikan.

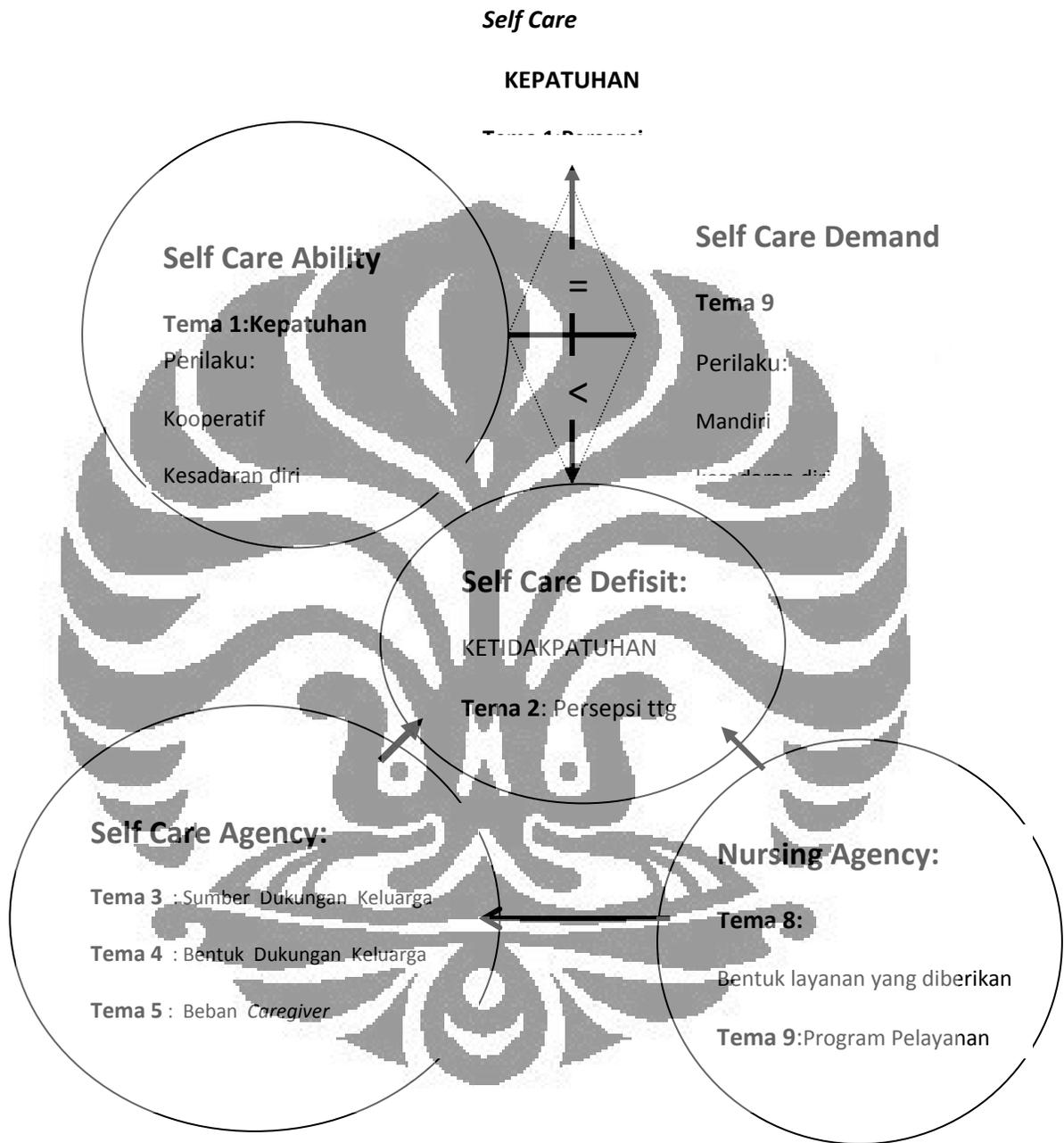
Self care deficit adalah ketidakmampuan individu (*self care ability*) untuk memenuhi *self care demands*. *Self care deficit* dalam penelitian ini adalah ketidakpatuhan pada pasien skizofrenia. Perilaku *self care deficit* terlihat dari perilaku minum obat yang menurunkan dan meningkatkan dosis, menolak dan menunda-nunda minum obat. Penelitian ini juga menguraikan empat aspek penyebab ketidakpatuhan yang meliputi penyebab dari aspek pasien, aspek obat, aspek lingkungan, dan aspek tenaga kesehatan.

Family care agency pada penelitian ini adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi atau mendukung tercapainya kondisi *self care* (patuh). Penelitian ini mengidentifikasi sumber-sumber dukungan keluarga dalam menumbuhkan dan meningkatkan kepatuhan serta bentuk dukungan yang diberikan keluarga. Beban sebagai *caregiver* dan mekanisme coping *caregiver* dibahas sebagai faktor yang mempengaruhi *self care agency*.

Nursing system adalah sistem pelayanan keperawatan yang dirancang untuk membantu pasien agar patuh terhadap pengobatannya dan membantu keluarga agar mampu menjadi *support system* untuk pasien. Dalam merancang *nursing*

system perawat hendaknya mengacu pada kebutuhan pasien dan keluarganya. Pada penelitian ini, kebutuhan akan pelayanan keperawatan adalah pelayanan yang mampu menumbuhkan dan meningkatkan kepatuhan pada pasien skizofrenia. *Nursing agency* adalah upaya yang dilakukan perawat pada pasien dan keluarga agar pasien patuh terhadap pengobatannya. Pada penelitian ini *nursing agency* dijelaskan melalui tema delapan yaitu peran perawat terhadap kepatuhan.





Gambar 5.1. Integrasi Hasil Penelitian Pada Teori *Self Care* Orem

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan terkait dengan penentuan partisipan, kemampuan peneliti, keterbatasan dari aspek partisipan, kendala teknis dan penelusuran literatur.

1. Keterbatasan Dalam Penentuan Partisipan

Penentuan partisipan sebagai *caregiver* utama ternyata tidak semua sesuai rencana. Pada awal penelitian, peneliti dan fasilitator berpersepsi bahwa *caregiver* pasien di rumah adalah penanggung jawab pasien saat dirawat. Hal ini dikarenakan pada saat pasien dirawat di rumah sakit, penanggung jawab pasienlah yang selalu datang dan berkolaborasi dengan tenaga kesehatan dalam upaya penyembuhan pasien. Pada kenyataannya tidak semua penanggung jawab pasien adalah *caregiver* utama pasien di rumah. Hal ini diketahui setelah wawancara berlangsung. Pada pertanyaan terkait dengan bagaimana cara dan metode pemberian obat, penanggung jawab mengatakan bahwa ada orang lain yang mengelola hal tersebut di rumah. Sehingga peneliti merasa perlu mewawancarai penanggung jawab pemberi obat di rumah. Pada akhirnya peneliti mewawancarai dua orang partisipan (penanggung jawab saat dirawat dan *caregiver* saat pasien di rumah) pada satu keluarga pasien yang sama.

Keterbatasan lainnya adalah penelitian ini dilakukan pada partisipan yang berasal dari pasien yang sedang atau pernah dirawat di ruang MPKP, yang merupakan ruang perawatan kelas I dan VIP dimana pasien yang dirawat di

ruang ini memiliki tingkat ekonomi menengah keatas. Hal ini menyebabkan pada hasil penelitian aspek ekonomi tidak menjadi faktor penyebab ketidakpatuhan. Sementara banyak penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa faktor ekonomi merupakan salah satu faktor penyebab ketidakpatuhan.

2. Kendala Dari Aspek Partisipan

Hampir seluruh partisipan sudah mengenal peneliti sebagai perawat yang sedang atau pernah merawat anggota keluarganya. Di satu sisi kondisi ini memudahkan peneliti karena hubungan saling percaya sudah terbina, sehingga lebih mudah mengeksplorasi pengalaman partisipan. Namun dilain sisi, saat wawancara partisipan seringkali menempatkan peneliti sebagai terapis. Partisipan meminta peneliti memberikan beberapa informasi. Hal ini diatasi peneliti dengan menjelaskan kembali bahwa wawancara ini dilakukan khusus untuk mengeksplorasi pengalaman partisipan, pertanyaan partisipan akan dijawab pada saat wawancara telah selesai dilakukan. Tetapi terkadang hal ini terulang beberapa kali, sehingga peneliti menjawab pertanyaan partisipan dengan mematikan *tape recorder* terlebih dahulu. Pertanyaan yang dijawab oleh peneliti adalah pertanyaan-pertanyaan yang tidak berkaitan langsung dengan topik penelitian. Sebagai contoh, ada partisipan yang meminta pandangan peneliti terkait dengan pengaruh hubungan suami istri dengan nutrisi bayi dalam kandungan.

Hambatan lain dari aspek partisipan ditemui saat partisipan diminta menjawab pertanyaan terkait peran perawat terhadap kepatuhan. Partisipan terlihat agak sungkan dan tidak spontan dalam menjawab. Kemungkinan hal ini dikarenakan pertanyaan tersebut terlihat seperti mengevaluasi kinerja perawat. Hal ini diantisipasi dengan menjelaskan kembali bahwa pada saat wawancara partisipan diminta melihat pewawancara sebagai peneliti, bukan sebagai perawat yang sedang atau pernah merawat anggota keluarganya.

Keberadaan pasien di rumah saat wawancara membuat partisipan tidak leluasa mengungkapkan pengalamannya. Sehingga saat menceritakan pengalamannya keluarga terkadang berbisik akibatnya suara partisipan tidak jelas terekam. Hal ini diantisipasi dengan menuliskan jawaban partisipan di kertas catatan lapangan.

3. Kendala Teknis

Kendala teknis ditemui pada wawancara yang dilakukan dirumah partisipan dan di ruang kerja dokter. Distraksi terjadi karena hambatan lingkungan (suara anak dan penunggu layanan). Hal ini mempengaruhi kualitas rekaman hasil wawancara.

4. Kendala Dari Aspek Peneliti

Kendala dari aspek peneliti meliputi kemampuan peneliti melakukan wawancara mendalam dan kemampuan mengakses sumber literatur. Kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam kurang

optimal, dikarenakan peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif. Pada wawancara awal, tanpa disadari beberapa kali peneliti berperan sebagai terapis bagi partisipan, sehingga terkadang peneliti memberikan beberapa informasi pada partisipan. Hal ini langsung disadari oleh peneliti, sehingga peneliti lebih berhati-hati pada wawancara selanjutnya. Kendala lain adalah kemampuan melakukan wawancara yang kurang mendalam sehingga kemungkinan banyak data penting yang tidak tergalai.

Peneliti juga mengalami kesulitan dalam menemukan referensi artikel dalam maupun luar negeri tentang kepatuhan minum obat pada pasien skizofrenia, terutama artikel hasil penelitian kualitatif. Artikel hasil penelitian kuantitatif lebih banyak didapatkan. Kendala lain adalah beberapa sumber hanya menampilkan abstrak penelitian sehingga peneliti tidak mendapatkan informasi detail tentang topik yang dibutuhkan. Hal ini dikarenakan kemampuan peneliti yang belum optimal dalam menelusuri sumber literatur di internet serta aksesibilitas sumber literatur tentang kepatuhan pada pasien skizofrenia yang masih terbatas dan membutuhkan biaya untuk mengaksesnya.

D. Implikasi Keperawatan

Penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan. Bagi keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia, penelitian ini bisa memberi gambaran pengalaman keluarga

merawat anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatan. Keluarga bisa belajar dari keluarga yang sama-sama merawat pasien skizofrenia tentang bagaimana keluarga tersebut merawat pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan.

1. Implikasi Bagi Pelayanan Keperawatan

Ketidakpatuhan merupakan masalah yang banyak dialami pasien skizofrenia.

Ketidakpatuhan akan mengakibatkan kekambuhan, re-hospitalisasi, buruknya prognosis, dan bertambahnya beban keluarga dalam merawat pasien.

Kepatuhan pada pasien skizofrenia menjadi masalah besar bukan hanya bagi keluarga namun juga bagi tenaga kesehatan termasuk perawat.

Penelitian ini menunjukkan banyak faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan seperti buruknya *insight* pasien terhadap penyakit, banyaknya efek samping obat yang dirasakan pasien, dan kurangnya pengetahuan keluarga terhadap program pengobatan. Banyaknya faktor penyebab ini membuat perawat harus sensitif terhadap prediktor terjadinya ketidakpatuhan. Apabila perawat mampu mengenali penyebab ketidakpatuhan maka intervensi yang diberikannya akan sesuai dengan apa yang menjadi inti penyebab ketidakpatuhan.

Ketidakpatuhan merupakan sumber beban keluarga, baik beban subjektif maupun objektif. Salah satu beban subjektif adalah tingginya beban emosi yang dialami keluarga akibat ketidakpatuhan. Tingginya beban emosi dapat

berdampak terjadinya *burn out* yang mengakibatkan keluarga bersikap permisif terhadap perilaku ketidakpatuhan atau mengabaikan kebutuhan pengobatan pasien. Kondisi ini menuntut perawat kesehatan jiwa agar mampu mengenali dan membantu keluarga untuk mengatasi beban yang dirasakan agar keluarga mampu mengatasi ketidakpatuhan pasien.

Penelitian ini juga menunjukkan sudah banyak dukungan yang diberikan keluarga agar pasien patuh, namun pada kenyataannya dukungan tersebut belum dapat mengatasi masalah ketidakpatuhan. Kondisi ini seharusnya dapat menyadarkan perawat jiwa akan adanya kebutuhan yang lebih besar dari keluarga untuk meningkatkan kualitas kemampuan keluarga merawat pasien di rumah.

Penelitian menunjukkan, bahwa keluarga melakukan koping negatif berupa pengabaian kebutuhan pasien dan membiarkan pasien berlaku tidak patuh. Koping ini dilakukan oleh keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang tinggi dan keluarga yang mengalami kejenuhan dalam merawat pasien. Kondisi ini harus menjadi perhatian perawat jiwa, karena kepatuhan tidak mungkin dicapai oleh pasien jika keluarga tidak mempunyai sumber koping yang adekuat untuk mengatasi ketidakpatuhan.

Peran perawat dalam mengatasi kepatuhan belum optimal. Hal ini terlihat dari hasil penelitian dimana keluarga mengatakan hanya mendapatkan pendidikan kesehatan tentang cara menangani pasien termasuk

pengobatannya dan kegiatan *self help group*. Sementara keluarga sebagai pemberi perawatan pasien gangguan jiwa juga merupakan kelompok yang rentan terhadap stres. Kurang optimalnya pemberian terapi keluarga secara langsung ataupun tidak langsung menyebabkan ketidakpatuhan pasien.

Pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh perawat di ruang MPKP belum optimal, karena tidak semua partisipan mengatakan mendapatkan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan di ruang MPKP diberikan pada keluarga yang menjadi penanggung jawab pasien atau keluarga yang sering datang menjenguk pasien. Padahal orang-orang tersebut terkadang bukan penanggung jawab perawatan pasien di rumah. Sebagai contoh penanggung jawab pasien dan orang yang rutin mengunjungi pasien saat dirawat adalah ayah pasien. Pendidikan kesehatan di berikan pada ayah pasien. Namun ternyata saat di rumah penanggung jawab perawatan (pengawas minum obat) di rumah adalah kakak pasien. Selama pasien dirawat, kakak pasien tidak pernah datang ke RS. Hasil penelitian menemukan bahwa ayah pasien tidak menginformasikan materi pendidikan kesehatan kepada kakak pasien. Kesenambungan perawatan di rumah sakit tidak bisa dilanjutkan di rumah, karena kurangnya pengetahuan dari *caregiver* utama pasien di rumah.

2. Implikasi Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa penyebab ketidak patuhan dari aspek pasien yang terbesar adalah buruknya *insight* terhadap penyakit. Menurut beberapa penelitian, ketidakpatuhan yang disebabkan oleh buruknya *insight*

dapat diatasi dengan memberikan terapi kognitif atau terapi kognitif perilaku. Saat ini belum ada panduan terapi kognitif dan terapi kognitif perilaku yang dikembangkan khusus untuk mengatasi ketidakpatuhan.

Selain terapi untuk pasien, keluarga juga memerlukan terapi psikoedukasi atau *triangle therapy*. Seperti halnya terapi untuk pasien, institusi pendidikan diharapkan mampu mengembangkan dua terapi ini untuk membantu keluarga mengurangi beban akibat anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatan.

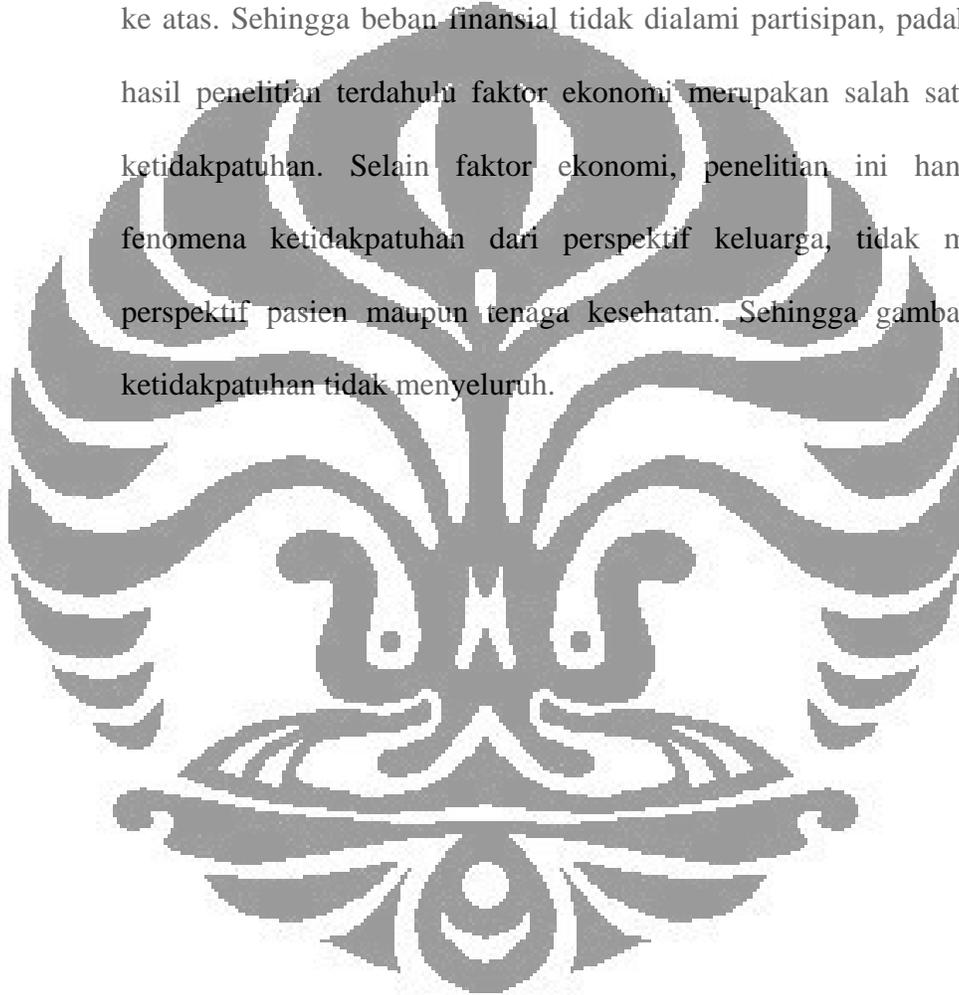
3. Implikasi Bagi Penelitian Selanjutnya

Pada penelitian ini banyak informasi yang belum ter gali secara mendalam, akibatnya banyak hasil penelitian terdahulu yang tidak ter gambar dalam penelitian ini. Sebagai contoh adalah bagaimana pengalaman keluarga menghadapi rendahnya *insight* yang menyebabkan ketidakpatuhan, apa yang menyebabkan keluarga tidak langsung mencari bantuan medis setelah mengetahui pasien tidak teratur atau menghentikan pengobatan. Kelemahan pada penelitian ini bisa menjadi masukan untuk peneliti lain yang tertarik mempelajari fenomena ketidakpatuhan pasien skizofrenia.

Kriteria pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan hanya berdasarkan alasan dirawat di rumah sakit, berdasarkan literatur ketidakpatuhan seharusnya diukur secara subjektif dan objektif. Pengukuran secara subjektif dilakukan dengan *self report*, *family report*, *providerl report*, dan *chart view*.

Pengukuran secara objektif dilakukan dengan cara pengukuran laboraorium, menghitung jumlah obat, dll. Sehingga kriteria ketidakpatuhan hanya berdasarkan data subjektif saja.

Partisipan penelitian ini adalah keluarga dengan tingkat ekonomi menengah ke atas. Sehingga beban finansial tidak dialami partisipan, padahal menurut hasil penelitian terdahulu faktor ekonomi merupakan salah satu penyebab ketidakpatuhan. Selain faktor ekonomi, penelitian ini hanya melihat fenomena ketidakpatuhan dari perspektif keluarga, tidak melihat dari perspektif pasien maupun tenaga kesehatan. Sehingga gambaran tentang ketidakpatuhan tidak menyeluruh.



BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan simpulan dan saran yang berhubungan dengan masalah penelitian yang dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran pengalaman keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan tentang pengalaman keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan anggota keluarga dengan skizofrenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Kepatuhan merupakan konsep yang masih menjadi perdebatan para ahli karena belum kesepakatan tentang definisi baku tentang kepatuhan dan bagaimana kepatuhan diukur.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien gangguan jiwa mempunyai dua respon kepatuhan yaitu respon patuh dan tidak patuh terhadap pengobatan. Pasien terkadang menunjukkan perilaku patuh, namun sering kali menunjukkan respon tidak patuh.

Menurut hasil penelitian sebelumnya kondisi kepatuhan pasien penelitian ini termasuk pada kategori *partial compliance*.

Persepsi keluarga tentang ketidakpatuhan meliputi persepsi tentang perilaku, penyebab, dan akibat ketidakpatuhan. Perilaku ketidakpatuhan pasien yang paling banyak dilakukan adalah perilaku menurunkan dosis. Ketidakpatuhan disebabkan oleh berbagai aspek, yaitu; aspek yang berkaitan dengan obat, aspek yang berkaitan dengan pasien, aspek yang berkaitan dengan keluarga, dan aspek yang berkaitan dengan tenaga kesehatan. Pandangan pasien bahwa kerugian minum obat lebih besar dibandingkan dengan manfaat minum obat, terutama pada saat pasien tidak menunjukkan gejala psikiatri, merupakan alasan utama pasien menghentikan atau mengurangi dosis obat. Rendahnya *insight* berpengaruh pada kepatuhan minum obat. Rendahnya *insight* adalah prediktor ketidakpatuhan dari aspek pasien. Keluarga juga berkontribusi secara langsung maupun tidak langsung sebagai penyebab ketidakpatuhan. Penyangkalan terhadap penyakit tidak hanya dialami oleh pasien, namun juga oleh keluarga. Penyangkalan ini disebabkan oleh dua hal yaitu kurangnya pengetahuan dan respon keluarga (*simpati*) terhadap efek samping obat yang dirasakan oleh pasien. Tanpa disadari, tenaga kesehatan secara tidak langsung dapat menyebabkan ketidakpatuhan, misalnya adanya ungkapan yang bersifat mematahkan semangat dan penjelasan yang kurang jelas.

Dalam merawat pasien di rumah, keluarga memberikan beberapa dukungan agar pasien patuh terhadap pengobatan. Dukungan yang diberikan meliputi dukungan instrumental, emosional, informasional, dan penilaian. Saat memberikan dukungan

instrumental, keluarga kerap melakukan perilaku tidak jujur dan manipulatif dengan memberikan obat secara diam-diam. Cara ini merupakan cara yang tidak terapeutik, bagaimanapun juga, keluarga harus terus menerus berusaha menyadarkan pasien akan pentingnya minum obat sampai pasien mempunyai kesadaran minum obat secara mandiri.

Ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan memberi dampak berupa beban yang dirasakan oleh keluarga. Beban yang dirasakan terdiri atas beban subjektif maupun beban objektif. Beban subjektif meliputi beban emosional dan kecemasan. Sedangkan beban objektif meliputi gangguan hubungan keluarga dan keterbatasan keluarga melakukan aktifitas. Tingginya beban yang dirasakan oleh keluarga sangat dipengaruhi oleh koping yang digunakan oleh keluarga dan ekspresi emosi keluarga. Koping yang berfokus pada emosi (*emotional focussed coping*) dan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, penuh kritikan, dan terlalu terlibat secara emosional) berisiko mengalami beban yang lebih tinggi dari keluarga yang menggunakan koping berorientasi pada tugas (*task oriented coping*) dan memiliki ekspresi emosi yang rendah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa selain mempunyai koping positif, keluarga juga mempunyai koping negatif berupa pengabaian kebutuhan pasien dan tidak peduli terhadap ketidakpatuhan pasien. Koping negatif merupakan bentuk pengabaian baik secara aktif ataupun pasif. Kelelahan dan kejenuhan caregiver dalam merawat pasien yang tidak patuh merupakan penyebab koping negatif keluarga.

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang bertanggung jawab mengatasi masalah ketidakpatuhan. Tindakan keperawatan untuk mengatasi ketidakpatuhan meliputi tindakan yang diberikan pada pasien maupun pada keluarga. Tindakan keperawatan untuk keluarga berupa *self help group* dan pendidikan kesehatan sudah diberikan oleh perawat di ruang MPKP RSMM Bogor. Namun kenyataannya keluarga belum mampu mengatasi ketidakpatuhan pasien dirumah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas terapi keluarga yang diberikan belum optimal.

Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan keluarga adalah kegiatan pelayanan yang ditujukan untuk kepatuhan. Program ini diharapkan mampu memenuhi harapan keluarga yaitu adanya peningkatan kemandirian dan kesadaran diri dalam minum obat, dan kemampuan beradaptasi terhadap efek samping obat. Bentuk pelayanan yang dibutuhkan berupa pendidikan kesehatan keluarga dan perawatan berkelanjutan (*follow up care*) seperti adanya pemantauan kepatuhan minum obat oleh perawat rumah sakit pada pasien yang sudah pulang ke rumah.

Teori Self care Orem dapat diterapkan pada penelitian ini. Teori self care Orem terdiri dari 3 komponen teori yaitu *self care*, *self care deficit*, dan *nursing system*. Kepatuhan dalam penelitian ini merupakan *self care*, ketidakpatuhan merupakan *self care deficit*, dan peran perawat dalam kepatuhan sebagai *nursing system*. Kepatuhan (*self care*) merupakan kondisi dimana kapasitas pasien (*self care ability*) mampu memenuhi kebutuhan akan kepatuhan (*self care demands*). Ketidakpatuhan (*self care deficit*) adalah kondisi dimana kapasitas pasien (*self care ability*) tidak mampu

memenuhi *self care demands*. Pada kondisi ketidakpatuhan (*self care deficit*) peran perawat (*nursing system*) dibutuhkan untuk mengembalikan perilaku tidak patuh (*self care deficit*) menjadi patuh (*self care*).

B. Saran

1. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

- a. Menyediakan pelayanan keperawatan di poliklinik rawat jalan. Saat ini, seluruh rumah sakit jiwa di Indonesia, belum menyediakan poliklinik keperawatan jiwa. Adanya poliklinik keperawatan jiwa diharapkan mampu mengatasi ketidakpatuhan khususnya pada pasien yang sudah pulang. Untuk rumah sakit jiwa yang belum memiliki spesialis keperawatan jiwa, bentuk pelayanan keperawatan yang dapat dilakukan adalah terapi generalis pada pasien dan keluarga. Terapi generalis pada pasien berupa evaluasi pelaksanaan terapi generalis yang telah diberikan saat pasien dirawat terutama tentang kemampuan kognitif dan psikomotor dalam hal minum obat di rumah. Terapi generalis pada keluarga berupa evaluasi pendidikan kesehatan yang sudah diberikan perawat saat pasien dirawat berupa kemampuan keluarga mendampingi pasien minum obat di rumah.
- b. Menempatkan perawat spesialis keperawatan jiwa di poliklinik. Perawat spesialis jiwa di poliklinik dapat memberikan terapi peningkatan kepatuhan minum obat pada pasien (misalnya terapi kognitif dan terapi perilaku kognitif) dan keluarga di poliklinik (misalnya terapi psikoedukasi keluarga dan *triangel therapy*).

- c. Bagi rumah sakit yang belum memiliki spesialis keperawatan jiwa, diharapkan segera meningkatkan pendidikan staf perawat yang ada dari tingkat generalis ke tingkat spesialis keperawatan jiwa
- d. Menyediakan pelayanan *follow up care* seperti program pengawasan minum obat pasien di rumah melalui layanan telepon
- e. Berkolaborasi dengan pihak puskesmas untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien di rumah, misalnya dengan membentuk program *Community Mental Health Nursing*

2. Bagi Perawat Jiwa

- a. Perlu melakukan pengkajian faktor-faktor yang menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Dengan memahami faktor penyebab ketidakpatuhan, maka intervensi yang diberikan untuk meningkatkan kepatuhan akan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien dan keluarga.
- b. Meningkatkan kemampuan *therapeutic use of self* khususnya kemampuan komunikasi pada pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan.
- c. Perlu melakukan terapi untuk meningkatkan *insight* pasien gangguan jiwa terkait penyakit dan manfaat obat
- d. Perlu meningkatkan kolaborasi dengan dokter agar pasien mendapat terapi obat dengan efek samping yang minimal.
- e. Memberikan terapi psikoedukasi keluarga agar kemampuan keluarga dalam memberikan dukungan pada pasien dapat optimal.

- f. Memberikan *triangel therapy* untuk mengatasi beban subjektif yang dirasakan keluarga terutama pada keluarga yang sudah mengalami konflik keluarga

3. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang tidak patuh terhadap pengobatan dengan memasukan konsep kepatuhan dalam materi pengajaran.
- b. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan asuhan keperawatan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga tidak patuh terhadap pengobatan.
- c. Mengembangkan terapi-terapi tingkat generalis dan spesialis yang dapat diberikan pada pasien dan keluarga untuk mengatasi ketidakpatuhan terhadap pengobatan.
- d. Memberikan kemudahan penggunaan fasilitas mengakses jurnal internasional melalui kerja sama dengan lebih banyak penyedia layanan internet, sehingga mahasiswa bisa mengakses jurnal internasional secara gratis.

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Perlu dilakukannya latihan wawancara lebih dari satu kali dengan didampingi pembimbing atau orang yang mempunyai pengalaman dalam melakukan wawancara mendalam.
- b. Bagi peneliti yang masih kesulitan menuliskan *field note*, video dapat digunakan untuk membantu menggambarkan proses wawancara secara

keseluruhan. Namun peneliti harus mempertimbangkan kemungkinan mendapatkan data yang tidak alamiah. Hal ini disebabkan oleh partisipan akan kaku, tegang atau merekayasa ekspresi saat pengambilan video. Untuk mengantisipasi hal ini, peneliti harus berupaya mencairkan situasi pada awal-awal wawancara sampai akhirnya partisipan bisa rileks.

- c. Peneliti perlu meningkatkan kemampuan mencari sumber-sumber informasi terkait topik penelitian, khususnya dalam mengakses sumber referensi dari internet.
- d. Dalam melakukan wawancara, peneliti perlu memperhatikan hal-hal yang mengganggu atau mengurangi kualitas wawancara misalnya situasi lingkungan yang ramai, keberadaan anak kecil, atau keberadaan pasien yang membuat keluarga tidak leluasa untuk mengungkapkan pengalamannya.
- e. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan melihat kepatuhan dari aspek pasien dan tenaga kesehatan. Metode penelitian triangulasi data dan sumber bisa digunakan agar gambaran kepatuhan bisa lebih jelas tergambar.
- f. Melakukan penelitian kuantitatif tentang pengaruh dukungan keluarga terhadap tingkat kepatuhan
- g. Melakukan penelitian kualitatif tentang beban keluarga yang merawat pasien skizofrenia yang tidak patuh terhadap pengobatan agar lebih jelas tergambar faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat beban keluarga.
- h. Penelitian *grounded theory* tentang kepatuhan pada pasien gangguan jiwa dapat dilakukan mengingat kompleksnya konsep kepatuhan pada pasien skizofrenia

DAFTAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder* (4th ed). Washington, DC
- Asniar. (2007). *Study Fenomenologi terhadap pengalaman Keluarga Merawat Anggota Keluarga Pasca Stoke di Rumah di Kelurahan Depok, Kecamatan Pancoraman Mas, Kota Depok, Jawa Barat*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Agiananda, F. (2006). *Pengkajian, beban, kebutuhan dan sumber daya keluarga dalam merawat penderita skizoprenia (sebuah studi kasus)*. Tesis, FK UI. Tidak dipublikasikan.
- Bart, S. (1994). *Psikologi kesehatan*. Jakarta : Grasindo
- Bostelman, S. et all. (1994). A Community Project to encourage compliance with mental health treatment after care. *Public Health Rep*. Mar-Apr; 109(2): 153-157
- Bowling, A. (1997). *Research methods in health: investigation and health services*. Philadelphia: pen university press.
- Boyd & Nihart. (1998). *Psychiatric nursing Contemporary practice*. Philadelphia: Lippincott Raven Publisher.
- Brockop, D.Y., & Tolsma, M.T.H. (1995). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC
- Creswell, J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousands Oaks: Sage Publication, Inc
- Depkes RI (1992). *Undang-Undang Republik Indonesia No: 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*, Jakarta: Depkes
- Depkes RI (2008). *Riset kesehatan dasar*. www.litbang.go.id. diakses tanggal 5 Januari 2009
- Dirjen Binkesmas Depkes RI. (2003). *Buku Pedoman umum: TPKJM tim Pembina, pengarah dan pelaksana kesehatan jiwa masyarakat*. Jakarta: Depkes RI
- Evangeliste, L. (1999). Compliance: A concepts analysis. *Nursing Forum*. Philadelphia; Jan- Mar. Vol 34, Is ted. Pg 5-7
- Fleischhacker, W; Oehl, M.A. & Hummer, M (2003). Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *Journal Clin Psychiatry*; 64 (suppl 16); 10-13
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. (5th ed.). New Jersey: Pearson education, Inc.
- Friedman. (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek* . Edisi 3. EGC. Jakarta

- Frisch, N. C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental health Nursing*. (3 th ed.). Clifton Park NY :Thomson
- Gajski, A. & Karlovic. (2008). *Assesment of nurse attitudes on psychiatric patient compliance with pharmacotherapy*. *Acta Clin Croat*; 47:149-153
- Garcia, R. (2006). *Famiily support predict psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia*. [http ://web. ebscohost.com](http://web.ebscohost.com) diakses tanggal 19 Juni 2009
- Hamid, A.Y.S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan: konsep, etika, & instrumentasi*. Jakarta: EGC
- Hatfield, A. (2004). *Medication non compliance*. <http://www.schizophrenia.com/newsletter/997> noncom. diakses tanggal 3 Februari 2009
- Huang, X; Sun, F; Et all, (2008). The coping experiences of carers who live with some one who has schizophrenia. *Clinical Nursing Journal (2008)*. Black Well Publishing Ltd. Taiwan
- Husar,D. (1995). Helping your patient follow his drug regimen. *Nursing*. Horsham: Okt 1995. Vol 25 , Ed 10. Pg 62
- Irawan , P. (2006). *Penelitian kualitatif & Kuantitatif untuk ilmu-ilmu sosial*. Depok: Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI
- Irmansyah. (2004). *Pencegahan dan intervensi dini skizoprenia*. <http://64.203.71.11/kompas-cetak/0410/ilpeng/1331282.htm> diakses tanggal 3 Februtari 2009
- Issacs, A. (2005). *Keperawatan kesehatan jiwa & psikiatrik*. Jakarta:EGC.
- Jalil, M. (2006). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita skizoprenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. Skripsi. Tidak dipublikasikan.
- Joy, V.& Kreisman,D.(1974). Family response to mental illness of a relative: a Review of the literature. *Schizophrenia bulletin* issue. No.10
- Kaplan , H.I. ; Sadock, B.J. & Grebb,J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri* (7th ed.). Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizoprenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa pusat Bogor*. Disertasi. FKM UI. Tidak dipublikasikan.

- Kikkert, M; Scene,A; et all (2006). Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patient', Carers' and Profesional' views. *Schizophrenia Buletin*. (2006) 32: 786-794
- Kluge,C;Schuster,T;et all (2008).Partial compliance with antipsychotic edication is common in patients with schizoprenia.*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008.Ed 42.Pg 382-388
- Kotrotsio, E; Papatnasiou,I;Kotrotsio, S.(2006). *Schizophrenia and Family*. <http://www.nursing.gr/protectedarticles/schizo.pdf> diakses tanggal 4 April 2009
- Kyngas, H; Duffy, M.E; et all (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical Nursing* 9: 5-12
- Kyngas, H. (1997). Teoritical model of compliance in young diabetics. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8: 73-80
- Macnee, C.L. (2004). *Understansding Nursing Research: reading and using research in practice*. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins.
- Magliano,L. (2008). *Families of People with severe mental disorders: difficulties and resources*. <http://www.euro.who.int/document/MNH/family-burden>. Diakses tanggal 2 Januari 2009
- Mamnu' ah. (2008). *Pengalaman stress dan strategi koping keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di Yogyakarta: Studi Fenomenologi*. Tesis. FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Maslim, R. (2001). *Buku saku: Diagnosis gangguan jiwa*. Jakarta; PT Nuh Jaya
- Donell, M.G & Shorrt, R.A. et al (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: Lipincott Williams Wilkins.
- Murthy, S.. (2003). *Family interventions and empowerment as an approach to enhance mental health resources in develeping countries*. www.pubmedcentral.nih.gov. Diperoleh tanggal 11 Februari 2009
- Parashos,I.A.; Xiromeritis, K.O, et all (2000). The Problem of non-compliance in schizophrenia: opinion of patients and their relatives. A pilot study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. Vol 4. Pg 147-150
- Partt, S.I.; Mueser,K. et all (2006). Medication nonaherence in older people with serious mental illness: pevalence and correlates. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Boston: Spring.Vol.29,Iss.4; pg.299, 12 pg

- Perkin, D.O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with Schizophrenia. *Journal Clin Psychiatric*. 63 (12): 1121-8
- Pikihana, J.; Happell, B. et al. (2002). Exploring The Complexity of Compliance in Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 23:513-528.
- Playle, J.F. & Keelay, P. (1998). *Journal of Advanced Nursing*, 27, 304-311
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1997). *Nursing Research: principles and methods*, 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Poerwandari, E.K. (2005). *Pendekatan Kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*. (ed-3). Jakarta: Perfecta LPSPS. Fakultas Psikologi UI.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process and practice*. (4th ed.), Philadelphia: Mosby-Years Book-Inc
- Sefasi, A; Crulish, N; et al (2007) A little knowledge: Care Giver Burden in Schizophrenia n Malawi. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 43:160-164
- Seloilwe, E.S. (2006). Experiences and Demands of Families with mentally ill people at home in Botswana, *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (3), 262-268
- Sinaga, B.R. (2007). *Skizofrenia & Diagnosa Banding*. Jakarta: Balai penerbit FK UI
- Speziale, H.J.S, & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitatif Research In Nursing* (3th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert & Carpenter (1999). *Qualitative Research in Nursing Advancing The Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lippincott
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7th ed). St Louis : Mosby.
- Stuart, G.W. (2002) *Pocket Guide To Psychiatric Nursing*, 5 ed. Mosby. Inc
- Sugiono. (2007). *Metode Penelitian Kualitatif*. (ed.12). Bandung: Albeta
- Suliswati; Payapo, T.A; Maruhawa, J.; Sianturi, Y & Sumijatun (2005). *Konsep keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Schwartz, R.C. (1998). The Relationship Between Insight, Illness and Treatment Outcome in Scizophrenia, *Psychiatric Quarterly*, Vol.69. No.1, Pg 1-22.
- Tomey, A.M. & Alligood, M. R. (2006). *Nursing Theorist and their work*. (6th edition). America: Mosby year.

Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company

Utami, T.W. (2008). *Pengaruh self help group terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kel Sindangbarang Bogor*. Tesis. Tidak dipublikasikan

Varcarolis, E.M. (2006). *Psychiatric nursing clinical guide assessment tools and diagnosis pocket reference for community and hospital based nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Videbeck , S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan*. Jakarta: EGC

World Federation For Mental health (2008). *Lerning about Schizophrenia: An international Mental Health Awareness Packet*. [Http://www.wfmh.org](http://www.wfmh.org). diakses tanggal 2 Januari 2009

WHO. (2001). *The world Health Report: 2001: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diakses tanggal 2 Januari 2009



PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ice Yulia Wardani

Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

NPM : 0706195503

Bermaksud mengadakan penelitian tentang ” Pengalaman Keluarga Menghadapi Ketidapatuhan Anggota Keluarga Dengan Skizoprenia Dalam Mengikuti Regimen Terapeutik: Pengobatan” dengan pendekatan kualitatif. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan, meliputi:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang makna pengalaman keluarga tentang respon ketidapatuhan anggota keluarga dengan skizoprenia dalam mengikuti regimen terapeutik: pengobatan. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa khususnya peningkatan kepatuhan terhadap regimen terapeutik pada pasien gangguan jiwa dengan memberdayakan keluarga sebagai pemberi perawatan pasien di rumah.
2. Penelitian ini tidak akan memberikan pengaruh yang merugikan pada Bapak/Ibu/Saudara, karena tidak ada perlakuan terhadap partisipan dan hanya menggunakan wawancara untuk menggali pengalaman Bapak/Ibu/Saudara

tentang repon ketidakpatuhan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa

3. Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara bersifat sukarela tanpa paksaan, dan apabila menolak sebagai partisipan tidak ada saksi apapun
4. Wawancara akan dilakukan satu kali pertemuan selama 50-60 menit dengan partisipan, sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti dan partisipan, jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara yang kedua dengan waktu disepakati dan ditetapkan kemudian.
5. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalamannya dengan runut dan lengkap.
6. Selama penelitian dilakukan, peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan, pedoman wawancara dan tape recorder untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
7. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya.
8. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya dari partisipan.
9. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.

Bogor, April 2009

Peneliti

Ice Yulia Wardani

NPM. 0706195503

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini (terlampir) dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan saya terkait penelitian ini, maka saya memahami tujuan penelitian ini yang nantinya akan bermanfaat bagi keluarga-keluarga lain yang juga mempunyai anggota keluarga penderita gangguan jiwa. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi pemahaman tentang kepatuhan pada penderita gangguan jiwa. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Nama dan Tangan Informan

Tanggal :

Nama dan Tanda Tangan Saksi

Tanggal :

Nama dan Tanda Tangan Peneliti

Tanggal :

DATA DEMOGRAFI

- Inisial Partisipan :
Umur :
Alamat :
Agama :
Jenis Kelamin :
Suku :
Status Pendidikan :
Pekerjaan :
Penghasilan perbulan :
Nomor Telepon :
Hubungan dengan penderita :
Sudah berapa lama pasien menderita gangguan jiwa ?
Berapa kali pasien kambuh atau dirawat di Rumah Sakit?
Perilaku seperti apa yang biasanya ditunjukkan oleh pasien saat kambuh?
Selain Bapak/ibu/Saudara, apakah ada anggota keluarga lain yang membantu merawat pasien?
Sudah berapa lama merawat pasien?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Saya sangat tertarik untuk mengetahui pengalaman Bapak/Ibu/Saudara terkait kepatuhan pengobatan anggota keluarga Bapak/Ibu/Saudara yang mengalami gangguan jiwa. Bapak/Ibu/Saudara menceritakan apa saja terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami selama ini.

1. Bagaimana pandangan/persepsi Bapak/Ibu/Saudara tentang ketidakpatuhan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
2. Menurut bapak/Ibu/Saudara faktor-faktor apa saja yang membuat pasien tidak patuh terhadap pengobatan
3. Bagaimana dukungan yang diberikan Bapak/Ibu/Saudara agar pasien patuh
4. Apa hambatan keluarga dalam mendukung kepatuhan pasien
5. Bagaimana respon keluarga terhadap ketidakpatuhan
6. Bagaimana dampak yang dirasakan keluarga akibat ketidakpatuhan
7. Bagaimana mekanisme coping keluarga dalam menghadapi ketidakpatuhan
8. Bagaimana pengalaman Bapak/Ibu/Saudara terkait peran perawat terhadap kepatuhan pasien
9. Program seperti apa yang diharapkan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengatasi ketidakpatuhan.

**REVISI PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
BERDASARKAN HASIL UJI COBA**

Saya sangat tertarik untuk mengetahui pengalaman Bapak/Ibu/Saudara terkait kepatuhan pengobatan anggota keluarga Bapak/Ibu/Saudara yang mengalami gangguan jiwa. Bapak/Ibu/Saudara menceritakan apa saja terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami selama ini.

1. Bagaimana pengalaman Bapak/Ibu/Saudara terkait dengan aktivitas minum obat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?
2. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu/Saudara tentang kepatuhan minum obat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, apakah Bapak/Ibu/Saudara punya pengalaman terkait hal tersebut?
3. Bagaimana pendapat Bapak/Ibu/Saudara tentang ketidakpatuhan minum obat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, apakah Bapak/Ibu/Saudara punya pengalaman terkait hal tersebut?
4. Hambatan apa yang Bapak/Ibu/Saudara rasakan untuk membuat anggota keluarga patuh terhadap pengobatannya?
5. Bagaimana dukungan yang diberikan Bapak/Ibu/Saudara agar pasien patuh/mau minum obat sesuai yang dianjurkan dokter?
6. Dampak apa yang dirasakan keluarga akibat ketidakpatuhan minum obat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
7. Apa yang Bapak/Ibu/Saudara lakukan untuk mengatasi dampak yang Bapak/Ibu/Saudara rasakan tersebut?
8. Bagaimana pengalaman Bapak/Ibu/Saudara terkait peran perawat terhadap kepatuhan pasien
9. Program seperti apa yang diharapkan Bapak/Ibu/Saudara untuk mengatasi ketidakpatuhan.
10. Hikmah apa yang saudara dapatkan terkait dengan perilaku anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatannya?

LEMBAR CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)

Tanggal :
 Waktu (jam) :
 Tempat :
 Pewawancara :
 Informan :
 Dihadiri oleh :
 Posisi duduk :
 Situasi Wawancara :

Karakteristik partisipan (penampilan, pakaian, dll):

| RESPON YANG DIAMATI | ARTI DARI RESPON |
|--|------------------|
| <p>Rencana isi <i>field Note</i>:</p> <p>Komunikasi non verbal yang sesuai dengan komunikasi verbal informan</p> <p>Komunikasi non verbal yang tidak sesuai dengan komunikasi verbal informan</p> <p>Situasi lingkungan saat wawancara</p> | |

Jadwal Pelaksanaan Penelitian

Lampiran 6

| No | Kegiatan | Februari 09 | | | | Maret 09 | | | | April | | | | Mei 09 | | | | Juni 09 | | | | Juli 09 | | | |
|----|---------------------------------|-------------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Pengembangan Proposal | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Ujian Proposal | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Perbaikan Proposal | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Perizinan | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Uji coba instrumen | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Penelitian | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | | | | | | |
| 7 | Analisis Transkrip | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | | | |
| 8 | Penyusunan lap akhir | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | | | | | |
| 9 | Seminar hasil Penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | | |
| 10 | Perbaikan Hasil Penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | | | |
| 11 | Sidang tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | | | |
| 12 | Perbaikan dan Pengumpulan tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | | |

TRANSKRIP WAWANCARA

Kode Partisipan : P4
 Waktu wawancara : Kamis, April 2009
 Waktu : 15.30 – 16.30 WIB

Lingkungan : Wawancara dilakukan di ruang tamu rumah partisipan, posisi berhadapan dipisahkan oleh meja tamu, suasana sepi tidak ada orang lain di rumah partisipan, saat itu pasien sedang bekerja, anak-anak partisipan belum pulang sekolah.

Karakteristik pasien : Tn U, 48 tahun, S1, pekerjaan PNS di kantor Pemerintah daerah tingkat II. Diagnosa medis: Skizoprenia paranoid, sakit sudah 7 tahun dirawat di rumah sakit Marzoeki Mahdi sudah 7 kali. Alasan dirawat ulang putus obat, halusinasi kuat, sendawa berlebihan, tidak mau merawat diri (mandi dan berhias). Terapi medik: Haloperidol 3X5mg, Trihexipendil 3X2 mg, Clozaryl 1X100mg.

Karakteristik partisipan: Ny D, 42 tahun, bidan, pendidikan D3, hubungan dengan pasien istri.

| | |
|---|--|
| P | "saya tertarik mempelajari pengalaman ibu tentang mendampingi bapak terutama tentang kepatuhan minum obat kalau boleh tahu sudah berapa lama ibu telah mendampingi bapak dalam hal minum obat?" |
| I | "itu sudah...mau...6 tahun, dari tahun 2004 awal |
| P | 2004....apakah begitu sakit langsung diberi pengobatan?" |
| I | Gak langsung ke.... gak langsung ke jiwa pengobatannya, karena gak jelas yah...saya juga gak tahu sakitnya apa..kan tiba-tiba tuh sakitnya...dia bilang jangan cerita sama orang lain tentang penyakitnya...yah udah saya sendiri aja...orang lain gak tau..keluarga lain juga gak tahu...pas udah 4 bulan baru mulai kelihatan aneh gitu yah...mulai udah jarang-jarang masuk kantor...akhirnya banyak yang nyaranin ke alternatyi gitu yah...yah orang pinter...terus udah berjalan satu tahun, yah mungkin kalau dibilang penyakit jiwanya udah mulai kelihatan yah...kalau dia keluar rumah dia pasti gak tau jalan pulang...makanya saya wanti-wanti jangan sampai suami saya keluar rumah...disitu udah mulai gak mau mandi, udah gak makan, gak ganti baju....saya dari mulai dia sakit itu sampai sampai dibawa kewaktu itu pertama kali sakit di bawa ke yayasan semplak.....sebelum ke rumah sakit ini..itu memang gak sadar..gak tau orang..kesaya juga gak kenal.... |
| P | jadi satu tahun ya bu....tadi ibu bilang di awal nggak tahu sakitnya apa kalau boleh tahu perilaku bapak seperti apa yang kok sampai ibu |

| | |
|---|--|
| | bingung sakitnya apa gitu?" |
| I | Yah itu ngomong sendiri, ketawa sendiri, kalau saya bilang sih udah kelihatan sakit jiwa yah...Cuma susah diarahkannya...dai bilang gini..... orang dipegang sama saya juga nggak mau, dia bilangnya haram bukan suami istri gitu.....awal-awalnya gitu... |
| P | Apa yang membuat ibu akhirnya memutuskan mengobati Bapak U secara medis.. |
| I | ya itu....waktu saya sudah kehabisan pikiran ...saya udah berobat kemana – mana gitu akhirnya saya kan ada pak Tata yah...adik ipar saya yang juga kerja di sanaitu saya sampai tiga kali....tiga kali gagal waktu mau dibawa ke sana.....padahal orangnya udah datang dari yayasan itu tetap nggak bisa padahal mereka datang udah ada empat orang trus kita juga udah nyiapin orang juga untuk megangin dia tapi tetap nggak bisa juga.....” |
| P | Gak bisanya Karena apa bu |
| I | Suami sayanya ngumpet... suami saya tiap ada orang datang ke rumah itu dia tahu ini orang datang mau ngobatin... saya keluar rumah aja, kecuali saya pakai seragam aja dia tahu saya mau kerja, tapi kalau selain kerja saya gak boleh keluar...kalau saya keluar rumah pulangnyanya bawa bungkusan..dikirain bawa obat...jadi gak mau dia gak mau berhubungan dengan orang lain... |
| P | Berarti sakit udah tujuh tahun yah bu, berobatnya baru enam tahun. Bagaimana pengalaman ibu terkait kepatuhan dia minum obat bagaimana? |
| I | Kepatuhan itu kalau lagi berobat ya.... kalau lagi.... mungkin yang patuh sekali kalau dia lagi dirawat dirumah sakit ya ...kalau lagi dirawat dia mau patuh. Sebulan dua bulan setelah perawatan dia udah merasa enak ininya...udah nggak mau lagi minum obat...udah mulaiharusnya dua tiga kali minum jadi sehari sekali kadang lupa, kalau saya ingetin dia selalu bilangin 'nggak...udah enak' .. kalau dipaksa ...marah dia , padahal obat sudah saya gerus, dimasukin ke minumannya tapi tetep aja gak mau....kerasa mungkin ya obatnya, pahit,..terus warnanya juga berubah... terus dibuang obatnya...akhirnya saya bilang...sayang obatnya kebuang..mubazir.... Yah udah... kalau udah mulai kayak gitu mulai lagi ketawa sendiri, ngomong sendiri.....mulai lagi jadi kadang kalau mau saya bawa ke rumah sakit juga suka perang duluan....(tertawa sebentar) selalukan yah....Cuma kemarin ini aja dua kali yang terakhir masuk rumah sakitnya itu yang nggak dijemput orang rumah sakit biasanya dijemput.....” |
| P | Bagaimana persepsi ibu tentang kepatuhan minum obat pada pasien seperti bapak ?” |
| I | kalau menurut saya dia itu tidak apa ya.... tidak menyadari kalau dirinya itu sakit gitu . Soalnya kalau orang merasa dirinya sakit nggak harus disuruh khan minum obat itu....sekarang ini udah mulai nihpadahal baru satu bulan ya dia pulang dari rumah sakit... kontrol baru sekali, mau dua kali, udah mulai...”ayah, minum obat iyah entar...sampai saya deketin tuh obat kemulutnya ..iya entar.. iya entar...jangan entar...entar.. keburu tidur kata saya...padahal obatnya udah saya |

| | |
|---|--|
| | deketin, minum saya kasihkan.. gak mau kalau gak saya suapin ke mulutnya engga diminum...padahal baru sebulan yah keluar dari rumah sakit.... |
| P | :”tadi khan baru faktor dari bapak, yang kata ibu dia merasa tidak sakit, obatnya pahit ...ada lagi nggak bu faktor yang membuat bapak itu jadi nggak disiplin minum obat ?” |
| I | Bosen ...dia suka bilang bosen minum obat terus...terus dia ngerasa badannya kalau minum obat itu jadi gak enak seperti ada kayak ada nyubitin gitu. Apa lagi pengaruh obat itu mungkin ya....sebenarnya ada pengaruhnya nggak sich dari obat itu ?” |
| P | namanya obat pasti ada pengaruhnya cuma beda – beda....kalau bapak tadi dipijitin kalau yang lain bilangnya tremor mungkin gitu |
| I | Oh gitu kadang juga dia bilang nggak kuat berdiri lama.....nggak bisa mikir gitu katanya sich” |
| P | :”kalau dari ibu sendiri gimana bu ?” |
| I | Maksudnya? |
| P | Maksudnya ada gak kontribusi keluarga yang membuat dia gak patuh....bukan hanya dari ibu D dari keluarga besar misalnya? |
| I | Yah...seperti yang pernah dia bilang sama perawat siapa tuh namanya saya lupa...dia tuh merasa tidak diperhatikan sama keluarga dia...selama ini kalau dirawatan yang menjenguk selalu dari pihak keluarga saya...keluarga dia jarang datang...jadi dia merasa tidak diperhatiin...sementara dulu, waktu dia masih sehat, adik-adiknya masih kecil, masih pada semua-semua biaya dia yang tanggung...sekarang adik-adiknya sudah berhasil, gak ada yang perhatian sama dia.. |
| P | Kalau dari lingkungan kerja bu, ada gak hal yang membuat dia nggak patuh minum obat? |
| P | Kalau saya rasa engga yah... |
| I | Misalnya biasanya siang dia harus minum obat terus kondisinya dia sedang di tempat kerja, ada gak faktor dari lingkungan kerja yang membuat dia sungkan minum obat?..pernah ceria gak bu, bapak...bapakan siang dapat obatkan bu yah? |
| P | Iyah..dapat...kalau itu engga sih..saya kan suka tanya sama teman-teman kantornya yah...malah selalu ini selalu ngingetin tapi suami saya selalu bilang..ah, sekarang mah udah enak...selalu gitu bapaknya... kalau diingetin..sekarang mah udah sekali aja kalau malam.... |
| I | Padahal ? |
| P | Padahal ...yah itu..saya lihatkan di bungkusnya ada dua kali ada tiga kali...tapi dia bilang ah.. sekali aja minumnya kalau malam udah enakkan ini badannya ...pokoknya kalau dia udah begitu yah udah susah... |
| I | Bu, pasien seperti bapakan memerlukan minum obat dalam jangka waktu panjang...persepsi ibu sendiri bagaimana? |
| P | Saya juga merasa kasian juga yah sebenarnya, kalau misalnya... memang sih...saya juga kasian kalau dia terus-terusan minum obat....mungkin dia juga bosen....tapai kalau udah gak minum obat....datang lagi...mulai lagi..jadi yang harusnya diminum dua kali sehari jadi sehari sekali..mulai lagi ada bisikan lagi...tapi kalau mulai ada halusinasi lagi dia udah mulai gak mau dibilangin. Kalau udah begitu....yah jalan |

| | |
|---|--|
| | satu-satunya yah harus masuk ke RS. , makanya saya kalau udah gitu saya masuk duluan ke dokter, saya bisikin ke dokter...masuk aja dok...rawat aja...emang udah siap bawa salinnya bu..dokternya nanya ..udah-udah disiapin semuanya,.. Berarti ibu sudah siap yah.. |
| P | :” bu....upaya apa yang ibu lakukan supaya bapak ini mau patuh disiplin minum obat ?” |
| I | Yah saya selalu mengingatkannya ..kan dari rumah sakit dapat tuh... obat dimasuk-masukkin ke plastik..saya juga siapin ..ayah ini untuk pagi, ini obat siang..ini untuk malem...kalau ke kantor saya bekelin tuh obatnya...yang siang.. |
| P | Jadi ibu nyiapin yah bu...sampai kadang ibu harus nyuapin... |
| I | Iya (tertawa), kadang itu saya gerus, saya masukin ke minumannya kemakanannya |
| P | Untuk memastikan bapak minum obat gimana bu, kalau pagikan bapak dirumah ibu ada, |
| I | (memotong perawat) Iya , keliatan diminumnya... |
| P | kalau siang imana bu? Bapakkan ada dikantor pada waktu makan obat siang.. |
| | Dia pulang bawa tempat obatnya...udah kosong ...gak tau diminum apa engga? ...(tertawa) tapi saya sering nanya ke teman dekatnya..kan ada teman dekatnya yah...gimana bapak itu suka ngeliat minum obat nggak? 'iya ngeliat teh...'diminum...kalau baru-baru keluar dari rumah sakitmah...mereka juga bilang gitu, rajin minum obatnya tapi kalau udah kesininya mah... yah udah mulai gitu deh.... |
| P | ”kalau hambatannya apa bu untuk supaya dia patuh ?” |
| I | Mungkin dari dirinya sendiri yah..dia harus ngerasa butuh obat ..karena dia ngerasa gak sakit sama sekali sih.. |
| P | Kalau obat yang diminum bapak sekarang apa bu? |
| I | Namanya apa yah, saya lupa....Apa tuh yang dibilang suster tiga serangkai itu.. |
| P | Masih haloperidol, THP |
| I | Iya....itu...sama obat tidur yang kuning itu.... |
| P | Masih yang generik yah bu |
| I | Iya, selalu yang generik |
| P | Selama ini selalu itu aja yah bu... |
| I | Engga..pernah, saya minta ke dokternya..dok ada gak obat yang cair..biar gampang ngasihnya kalau dia lagi gak minum obat...apa tuh? Yang ditetesi..... |
| P | Serenace bu.... |
| I | Iya serence..harganya lumayan ini juga yah...mahal....tapi gak ini juga...gak pengaruh juga ..tapi lama-lama dia tau juga...pahit kali yah... karena ternyata harga mahal gak ada perubahannya |
| P | Menurut ibu harga gak terlalu berpengaruh yah? |
| I | Kalau menurut saya harga tidak terlalu ini yah..yang penting bisa sembuh aja..dia mau minumnya itu aja |
| P | Sekarang nih, bapak sedang tidak patuh yah bu, apa yang ibu rasakan.. |
| I | Kesel yah...apalagi yah..sedih juga adaapalagi kalau saya lihat dia, lihat anak-anak...sekarang anak saya yang kecil aja udah bisa bilang...udah deh..aku malu punya ayah kaya gitu...dulu sih gak pernah ngomong gitu |

| | |
|---|--|
| P | Yang kecil yah bu..kalau yang besar |
| I | Kalau yang besar nih...mungkin udah ini yah..dulu sih waktu kecil dia bilang..kok ayah gitu sih bu..aku malu malu sama teman-teman..mungkin karena sekarang dia udah SMA gak ada yang tau temennya, kalau dulu kan SMP ada temennya yang suka kesini, terus lihat kejadian ayahnya ngamuk...gitu |
| P | Bagaimana perasaan ibu dengan kondisi anak seperti itu? Ketika tadi bilang aku malu punya ayah gitu... |
| I | Yah sedih yah...kasian...apa nanti perkembangan jiwanya terganggu atau engga? Dengan kondisi jiwa bapaknya kaya gitu.. |
| P | Kawatir yah bu.. |
| I | Iya..kawatir, sedih..kadang saya marah juga yah kalau gak mau minum obat |
| P | Respon pak U kalau ibu marah |
| I | Dia suka bilang gini, kamu aja yang minum obat....saya kan gak sakit, ...terus saya bilang...masa saya yang minum obat, kalau saya sakit saya juga minum obat...dia suka gitu....yah...minumnya dua kali yah..kamu aja yang sekalinya minum...saya kan suka cerewet juga yah |
| P | Tapi cerewetnya itu membantu gak bu, supaya dia patuh? |
| I | Kayanya sih engga yah..... |
| P | Jadi respon ibu gitu yah, sedih, kesal, ...kawatir |
| I | Yah abis mau gimana lagi yah bu yah...udah tujuh tahun..udah lama |
| P | Dengan berjalannya waktu gimana bu? Kan pak U kalau dirawat alasannya selalu putus obat... |
| I | Gimana yah..terserah ah..mau minum obat mau engga ..yang mau sembuh siapa yang mau sehat siapa...sampai terucap kata-kata seperti itu.... |
| P | Respon bapak gimana bu setelah itu? |
| I | Diemmm |
| P | Tapi minum setelah itu? |
| I | Yah, kalau minumah mungkin gak masuk RS lagi..(tertawa) |
| P | Oh gitu... |
| P | Jadi waktu antar dia putus obat.....putus obatnya gimana bu.... |
| I | (memotong kalimat peneliti) ngurangi dosis...lama-lama berenti, harusnya kontrol, dia gak kontrol , udah saya ajak-ajak...kalau dia anak kecil sih saya gendong saya bawa yah..karena dia bukan anak kecil sih yah, orang dewasa itu bu, waktu dibawa ke rumah sakit itu yang terakhir..susahnya minta ampun...ntar..ntar..ntar..besok lagi..besok lagi..besok lagi....udah aja saya telpon adiknya... gak usah ngajak dia lagi..gak usah nanya lagi.udah saya siapan... sebelum dia bangun, saya siapin barang-barangnya, administrasinya, askesnya saya siapin...telp adiknya..adiknya datang ..ayo ayah..kita ke RS ..terus kita bawa |
| | Berarti ibu masih punya suport person yang lainnya dalam merawat bapak, terutama adiknya pada saat kondisi kambuh itu... |
| I | Iya, selalu bu,...kalau masuk RS juga selalu gitu bu.. manggil orang rumah sakit...kita buat dianya diem dulu...entar orang RS diam-diam masuknya....sayanya ngumpet..ntar baru orang rumah sakit masuk, bawa dianya ke mobil, baru saya keluar, ngikutin mobil dari belakang... Kalau gak gitu marah...marah.. |
| P | Marahnya gimana bu? |

| | |
|---|---|
| I | Udah mas...sana pulang |
| P | Verbal aja atau sampai...perilaku..mukul |
| I | Mukul saya... ntar dicari dulu, dimana saya |
| P | Oh, gitu yah bu..kalau menurut ibu adakah kaitan antara kambuh dengan tidak minum obat |
| I | Ada, jelas dong, kalau dia tidak minum obat pasti kambuh |
| P | Jadi kalau dia kambuh, itu karena putus obat, ada gak bu, faktor lain yang menyebabkan dia kambuh? |
| I | Kalau ada kejadian luar biasa, seperti waktu kita hilang mobil gitu yah..kambuh deh..tapi kebanyakan karena obat...kalau mobilkan baru sekali yah, yang lainnya karena obat. |
| P | Tadi kan ibu bilang sedih, kesal yah karena dia gak mau minum obat, apa yang ibu lakukan untuk menolong diri ibu sendiri terkait kondisi dia |
| I | Yah, belajar apa yah..belajar apa yah...belajar mengikuti maunya dia...dia maunya dari mana dulu ...terus untuk mengobati rasa sakit saya rasa sedih saja...saya bawa anak-anak jalan |
| P | Jalan kemana bu... |
| I | Yah..keliling-keliling kemana aja..kemall...kebetulan saya bisanya bawa motor, yah saya ajak anak-anak saya naik motor... |
| P | Berkurang bu.... |
| I | Kalau diluar sih emang berkurang...kalau dia kambuhkan dia dirumah yah..engga ke kantor..... kalau saya kerja kan keluar dari rumah..saya terhibur..karena banyak teman kan tapi kalau udah setengah dua aja...udah mau menghadapi kondisi dirumah seperti itu gimana..pusing.. |
| P | Ada efek yah bu..ke kondisi fisik ibu?... |
| I | Ada.....kalau sekarang udah saya bebasin deh...makanya badan saya gede... |
| P | Iya, ibu sekarang nampak lebih gemuk... |
| I | Kalau dulu iya, bener terlalu saya pikirin, tapi sekarang engga... karena dari keluarga saya juga..udah deh jangan dipikirin kalau memang mau dianya begitu..sekarang pikirin diri sendiri aja dengan anak-anak..yah, udah, saya dapet suport dari keluarga saya seperti itu, saya ikuti aja.. |
| P | Yah bu, tadi kan ibu bilang suka jalan-jalan sama anak-anak...gimana peran anak-anak untuk mengurangi kesedihan ibu..... |
| I | Oh engga, saya gak cerita ke anak-anak kasihan... saya punya ada teman untuk cerita-cerita... |
| P | Berkurang bu.... |
| I | Berkurang kalau saya udah cerita berkurang....(tertawa) |
| P | Oh ya, bu, bapak kan sudah pernah di rawat di Sadewa..di Srikandi..bagaimana peran perawat disana untu membuat bapak patuh sama pengobatan dia |
| I | Saya rasa sih udah pada bagus sih...baik di srikandi maupun di sadewa...baik-baik...ramah-ramah orangnya....suami sayanya aja yang kurang ini...kurang apa yah...dia gak merasa sakit sih... |
| P | Tindakan apa yang diberikan perawat bu, supaya bapak patuh bu? |
| I | Dikasih penjelasan tentang obat-obatan..biasanya nih kalau pulang dia bawa catatan-catatan..ini obat ini...buat apa..ngurangin apa...Kadang saya tunjukin lagi ke dia..ini ayah sedang halusinasi nih..obat mana yang harus ayah minum....kan ayah sendiri yang nulis...iyah..iyah. |

| | |
|---|---|
| | katanya..katanya tapi gak diminum... apa, |
| P | Kalau tindakan ke keluarga bu? Kalau yang ibu sebutkan tadi kan tindakan untuk pasiennya yah bu? Kalau tindakan ke keluarga? Apa yang ibu dapatkan dari perawat di dus ruangan tersebut? |
| I | Walau di Sadewakan...karena saya jarang kesanayah..karena bulan puasa...jadi saya gak terlalu dekat dengan perawatnya..kalau di Srikandi saya dekat dengan perawatnya....saya dapat penjelasan tentang bagaimana merawat halusinasi....apa-apa obatnya...gunanya juga |
| P | Kalau dari dokter bu |
| I | Kalau Dr W...jarang yah jelasin tentang obatnya..paling saya suka tanya ke perawatnya |
| P | Kalau kontrol Bu? |
| I | Pak Udin gimana kabarnya? paling nanya gitu aja dr W mah |
| P | Apakah ibu bebas bertanya tentang pengobatan pak U? |
| I | Iya, seperti waktu itu saya pernah nanya, gimana sih dok.. biar dianya gak kumat-kumat lagi..gak kambuh-kambuh lagi? bisa baik kaya dulu..yah harus minum obat kata dokternya..kalau dia gak minum obat, yah kambuh lagi |
| P | Harapan ibu untuk perawat supaya bisa meningkatkan kepatuhan bapak dirumah..perawat harus ngapain bu? |
| I | Yah seperti kemarin saya sempat bicara sama suster Z, gimana sih suster biar suami saya tidak jatuh lagi, tidak sakit lagi..yah susternya bilang yah harus patuh sama obat...Iyah..gimana suster supaya suami saya mau minum obat....yah seperti saya bilang tadi bu...pak U itu tidak merasa dirinya saki, kalau dia tidak merasa sakit jadi dia tidak merasa membutuhkan obat....jadi dia gak mau minum obat... |
| P | Upaya apa yang sudah ibu lakukan supaya pak U sadar dirinya sakit? |
| I | Udah sering kita sadarkan..nanti dia bilang.. PAK U: ayah tuh gak sakit, ayah tuh gak gila.. IBU D: Ayah, kalau orang gak sakit tuh gak pernah ketawa sendiri, gak pernah ngomong sendiri...itu ketawa sama siapa sih..itu yah kalau udah ngomong sendiri asyik banget... kaya kita gini nih bu..asyik banget ngobrolnya..ayah ngomong sama siapa sih...asyik amat..gak ada orang disini cuama ada saya sama anak-anak...ngajak ngomongmah ama saya sama anak-anak.. PAK U:.banyak-banyak orang disini (menirukan suaminya).. IBU D: mana gak ada..ngomongin apa sih sampai serius banget.. PAK U: .ih banyak..nih dengerin nih..dengerin nih.. (Setelah itu ibu D terdiam lama...) |
| P | Ada gak bu, kendala dengan lingkungan terkait kondisi bapak yang seprti itu... |
| I | Oh ada, kalau bapak sudah begitu.. pasien saya berkurang..gak boleh ada orang yang datang...ntar kalau ada orang ketok-ketok, keluar dia ..gak ada ibunya |
| P | Kalau sudah seperti itu apa yang ibu lakukan? Apa yang ibu rasakan |
| I | Yah... saya sebelum terlalu parah..saya kirim ke rumah sakit... Kalau dia udah seminggu lebih gajk tidur, gak makan, ..udah mulai ketawa-ketawa sendiri...udah ngaco..kan keliatan tuh udah bingung..mondar-mandir...keliling-keliling rumah..terus diakan suka sendawa-sendawa gitu yah...banyak sendawa |

| | |
|-----|--|
| P | Kalau sekarang sendawanya gimana Bu.... |
| I | Ada sih tapi berkurang...Emang begitu bu..kalau mau kambuh..sendawa-sendawa gitu..awalnya pelan-pelan lama-lama keras dan sering mulai gelisah yah..mulai keliling rumah, mulai gak tidur... saya liat yah seminggu..sebelum orang lain tau..saya usahakan yah saya bawa ke RS ...kemarin juga kan orang lain gak tau...kan pada nanya..kemana bapaknya...keluar kota |
| P | Jadi sebelum orang tahu..dibawa dulu kerumah sakit.... |
| I | Yah..yang dulu-dulu juga selalu malam dijemput sama perawatnya.....biar gak rame..orang gak tau...saya kan beban bu yah..liat suami seperti itu...ih..suaminya bu dedeh gila.... |
| P | Sepert itu bu... |
| I | Iya bu...temen-temen saya sendiri medis, temen saya seprofesi, bidan , gak jauh dari sini..dia bilang sama pasien-pasien saya..itu jangan berobat ke bu dedeh suaminya kan gila..itu bu, yang bikin saya sakit....sakit..sakit...itu kemarin juga lagi kumpul-kumpul pada nanya...ibu, suaminya kemana...eh dia yang nyeletuk, bukan...bukan ke luar kota orang lagi dirawat di rumah sakit jiwa..... |
| P | Jadi gak menjamin yah bu..sama-sama profesinya tapi mengerti tentang kondisi ibu |
| I | Iya, makanya saya curhat engga sama temen satu kantor....Alhamdulillah saya punya guru ngaji, saya curhatnya sama beliau |
| P | Tadikan ibu bilang beban yah..apa yang ibu lakukan jika ibu merasa terbebani seperti itu? |
| I | Yah itu saya kan ada pertemuan pengajian seminggu sekali yah...saya lebih awal datang.....saya datang sebelum yang lain datang..sebelumnya saya telp dulu yah... saya selalu telp....saya selalu kalau suami saya seperti itu saya selalu telepon ibu itu...yah lebih tabah lagi katanya..sholat malamnya lebih ditingkatkan lagi...lebih banyak berdoa...lebih banyak lagi baca Qurannya... itu yang bikin saya tenang..lebih tenang lagi kalau saya lagi tahajud jam tiga malam sampai pagi...tenang banget... |
| P | Kalau bapak gimana? Apa ibu suka ngajak bapak kalau lagi tahajud.. |
| I | Saya suka ngajak...tapi gak mau...memang sih kalau dari segi agama dia memang kurang yah...sholatnya susah.. |
| P | Kalau di rumah sakit sholat bu...(tertawa) |
| I | Alhamdulillah...kalau disini..kalau subuh..apalagi kalau libur..udah deh libur segalanya kecuali makan....(tertawa panjang) |
| P | Masih bersyukur dong bu..mau makan...kan kata ibu kalau gak mau makan tandanya mulai kambuh.... |
| I | Iya (tertawa panjang)... Kalau libur tuh tidur bu...dari pagi sampai sore...kecuali jam-jam tertentu dia bangun, tahu kali yah jam-jamnya makan...udah makan tidur lagi..itu sabtu minggu tuh begitu...saya selalu bilang ayah..ikut tuk kkegiatan olah raga..padahal banyak yang ngajakin bapak-bapak disini..tapi dia bilang gak enak badan..badan pada sakit-sakit.....yah ke hall situyah...kan dekat..gak ada teman ah..malu...yah kalau udah kesana mah banyak temen yah...kalau ade-ade saya datang kesini...dia diem aja.... |
| P | Gak dekat yah bu... |
| ..I | Sebelum sakit sih dekat..makanya ponakan-ponakannya bingung kok om U...uwa... sekarang gitu yah gak kaya dulu....padahal dia dulu paling |

| | |
|---|---|
| | seneng sama anak-anak... |
| P | Pernah ditanya gak bu..apa yang menyebabkan bapak gak dekat ...menjauh dari saudara-saudara |
| I | Pernah saya tanya...kenapa sih ayah...gak ngomong.... diem..pernah saya minta tolong suster disana digali apa sih penyebabnya..apa sih yang dia rasakan tapikan kata susternya kalau udah ditanya masalah pribadi udah deh pak U nya ngeloyor ninggalin suster....saya minta tolong apa sih yang menyebabkan suami saya jatuh lagi-jatuh lagi..susterkan mungkin lebih tau..apa sih penyebabnya..yah itu, baru terkorek yang itu saja..katanya suami saya malu sama saya ..itu aja yang baru tergali untuk masalah pribadi...belum ada kelanjutan... |
| P | Itukan bu sakitnya yang sekarang yah...kalau yang dulu? |
| I | Kalau dulu yah itu..mimpi katanya ..ibu-ibu ayah dapat ilham katanya ayah disuruh puasa tujuh hari-tujuh malam...terus kata saya..emang ayah orang suci? Ayah, orang yang dapat ilham itu orang yang suci yang rajin sholatnya....yang puasanya rajin..yang baca Qur'annya banyak...lah ayah, sholat aja begitu...gimana mau dapat ilham....pertamanya gitu sih..... |
| P | Bu, menurut ibu ada gak hubungan antara itu baru setahun berobat ke medis setelah sakit dengan seringnya kambuh bapak U |
| I | Iya..saya terlambat ke medis..tapi itu....susah bawanya..kan saya panggil perawat untuk bawa kesana...keempat kali datang baru berhasil...dia kalau ada yang datang selalu ngumpet...dikamar..ngunci pintu, yah udah...gak mau keluar-keluar.... |
| P | Itu tujuh tahun yang lalu yah bu.... |
| I | Ya, itu tujuh tahun yang lalu, itu duku..ibu kalau liat orang gila dipinggir jalan itu..seperti itulah suami saya...rambut panjang....badan kurus....mata kedalam...kalau saya liat orang gila dipinggir jalan itu suka inget...kalau terjadi seperti itu lagi gimana?..... |
| P | Ibu kan sekarang tinggal sama anak-anak aja yah...apakah anak-anak bisa membantu itu merawat bapak? |
| I | Bantu sebenarnya sih...ayah, obatnya suka dimakan belum...kadang suka bercanda sama ayahnya...tapi saya liat belakangan ini sama anak-anak kurang dekat..sesudah sakit ini dia sama anak-anak kurang dekat. Jadi anak saya juga, gak begiti membutuhkan kehadiran seorang bapak gitu... |
| P | Bagaimana perasaan ibu dengan kondisi seperti itu? |
| I | Iyah sedih yah...kalaukalau dulu kan yah anak-anak masih saya masih mau dianter kesekolah...sekarang mah..."ayah, udah gak usak kesekolah aku lagi. Mungkin temennya pada nanya yah...kok ayahnya P (inisial anak partisipan) begitu?kan jadinya gak boleh kesekolah ayahnya..... |
| I | Tapi dari ibunya sendiri bagaimana Bu? Untuk mengatasi seperti itu. |
| J | Adik jangan begitu?... jelek-jelekan ayah adik....tapi adik malu. Nanti dikatain ayahku kok gitu? Pernah Bu gini ada doa bersama di sekolah,terus gurunya tanyasiapa yang orang tuanya sakit?otomatis P-kan angkat tangan. Pas kebetulan waktu itu bapaknya sedang dirawat....terus ditanya sakitnya apa?.....sakitnya panas....sakitnya kecelakaan....P, ayahnya sakit apa? Diam aja,dia mau jawab gimana?eh nggak deh, enggak sakit.eeh tadikan angkat tangan.....biar didoain biar cepat sembuh.atuh nangis sampai dirumah.ibu, aku tadi malu dikelas, kenapa.....tadikan ada doa bersama untuk orang-orang sakit.pak guru bilang siapa yang orang tuanya sakit.aku kan |

| | |
|---|---|
| | <p>angkat tangan orang tuakukan sedang sakit di rumah sakit. Terus waktu ditanya yang lain, kiki katanya keceakaan Yuni bapaknya sakit panas demam berdarah.nah giliran aku ditanya aku bingung jawabanya apa? Kalau aku bilang ayahku sakit jiwa entar teman-temanku ngeledekin.....(diam). Sekarang aja sudah ada yang tahukan....itu bapak e.e..an aja kenapa sih?berisik katanya.enggak enggak apa-apa cuma masuk angin.masuk tiap kesekolah masuk angin melulu,jadi sekarang ayahnya tidak boleh ke sekolah.</p> |
| P | Apa yang ibu lakukan jika P seperti itu? |
| I | Ya udah, adik sabar aja.tapi jangan bilang-bilang kalau ayahnya sakit, iya makanya aku enggak bilang.udah ibu saja yang ke sekolah. Itu pasti ada acara apa-apa saya yang kesekolah,kalau misalnya minta diantarin kemana-mana....pergi kemana gitu....tidak mau sama bapaknya. Kalau saya masih mampu pakai motor ya pakai motor, kalau enggak ya pakai angkot gitu. |
| P | Ini terkait dengan obat Bu, ibu tahu nama obat ini apa,gunanya apa,berapa kali sehari,terus efek sampingnya apa.info seperti ni ibu dapatkan dari mana Bu? |
| I | Dari perawatnya. |
| P | Selain itu |
| I | Ada juga saya beli buku-buku |
| P | Mungkin ada lagi yang ibu sampaikan? |
| I | Justru saya mah penginnya gini suster ya...kalau bisa gitu tolong galitolooooong kalau sewaktu-waktu suami saya kontrol tolong gali apa sih masalahnya...mungkin suster sudah bosan ya menggalinya juga. Karena kalau dirumah dia tidak ngomong |
| P | Memang dari dulunya pendiam ya Bu? |
| I | Emang ya saya rasakan karena dulunya saya kan 7-8 tahun pisah, saya disini dia dinas di Bandung.pas anak saya P mau 2 tahun baru pindah kesini. Mungkin juga komunikasi saya kurang ini yah. Terus waktu ketemunya juga dulu langsung nikah karena di jodohin ya. Jadi tidak tahu latar belakang tadinya gimana-gimana. |
| P | Jadi harapan ibu pada perawat bisa menggali karena keluarga sendiri selaku orang terdekat kesulitan. |
| I | Iya...tambah saya juga dengan adik-adiknya kuran ini ya...kurang bisa diandalkan.misalkan saja saya bilang ke adiknya...To, tolong tanyain..kayanya si AA uah mulia ini nih..jawabannya apa? Ce dedeh sih kurang perhatian...saya digituin. gimana kurang perhatian? Saya bilang..kalau saya masa bodoh..cuek...udah aja dari dulu saya tinggalin...Saya sampai bilang begitu...karena saya kasihan sama dia...saya perhatian...saya urusin...saya tuh sama kamu tuh gak minta apa-apa...saya bilang..Tapi tolong diperhatiin...ini juga mungkin dia pengen diperhatikan sama keluarganya. Jangan Cuma saya aja yang selalu informasiin ke situ. Saya bilang teh.....coba dari sana sekali-kali telp..tanyain gimana kabarnya....gimana kabarnya kakanya? Udah jangan mikirin saya sama anak-anak saya, pikirin dia aja, Biarin saya sama anak-anak saya tanggung jawab saya sendiri...Saya bilang...tanya deh kalau lagi sehat..giman a kabarnya..gimana....apa kamu datang kesini, silaturahmi..selama ini gak pernah..kecuali dia kalau skait, saya kasih, tahu, dia jemput aja kesini...Cuma nganterin..udah itu udah.. |
| P | Jadi dukungan keluarga besar hanya kalau dia sakit, jemput kesini terus dibawa kerumah sakit gitu yah Bu? |
| | Iya, kemnarin juga kan dari rumah sakit udah boleh pulang yah...saya suruh |

| | |
|---|--|
| | jemput..itu... |
| P | Pernah ditanya Bu? Kenapa perhatiannya kurang? |
| I | Pernah, dia bilang gini.....yah..pokoknya akhirnya keekonomi larinya....Saya gak minta bantuan soal biaya, saya bilang gitu kan...saya tanya sih...dia balikin ke keluarganya di kampung...nanti dikampung lemparin lagi ke saya..memang sih keluarga kita gak punya...saya gak nanya masalah biaya..saya gak minta bantuan ekonomi...Cuma perhatiannya aja...tanya kek keluarga kabarnya gimana? Atau SMS kalau gak bisa datang..kalau telp..datang ke sini perlu biaya, sms aja..berapa sih SMS...7 kali paling seribu...Giliran kalau ada apa-apa disana..mintanya kesini..kemarin aja, dua minggu dia pulang dari rumahsakit adiknya datang..mau ada hajatan...giliran gitu datangnya kekita..minta bantuan ke kita. |
| P | Jadi ibu juga yah bu...yang nambah beban ibu...daru pihak keluarga...kurang dukungan....kalau harapan ibu ke bapak, terkait minum obatnya?... |
| I | Kalau bisa tanpa minum obat sembuh, gitu... |
| P | Jadi masih berharap yah bu...tanpa obat sembuh? |
| | bisa gak kira-kira yah?...tanpa obat... |
| P | Kalau itu harus kontrol dokter bu... |
| | Iya, saya juga kan punya kakak yang perawat di RS Islam Jakarta. Dia cerita, punya temen yang sakitnya juga sama seperti suami saya...sekarang lagi sekolah keluar negeri...dia kalau udah ngerasa badannya gak enak...dia langsung menghubungi dokternya..minta obat..gimana ini? Saya juga pengennya sih suami saya seperti itu...kalau udah gak enak....kontrol...ini mah semakin gak enak, semakin ada halusinasi...malah didingerin aja halusinasinya..malah menjauh dari obat-obat..jadi gak ada kesadaran dia butuh obat...padahal saya sudah gerus obatnya....susah, gak mau.... |
| P | Jadi itu yah bu..terkait obat ada yang ingin ibu sampaikan???? |
| I | Rasanya cukup.... |
| P | Baik bu, rasanya cukup....ini saya matikan dulu yah bu, rekamannya... |

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Biodata

Nama : Ice Yulia Wardani
Tempat/Tanggal Lahir : Bogor, 13 Juli 1976
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pengajar Fakultas Ilmu Keperawatan UI
Alamat Instansi : Kampus Baru Universitas Indonesia Depok
Alamat Rumah : Jl Sempu Raya No 168 Rt 03/04 Beji Depok

2. Riwayat Pendidikan

SDN 28 Jambi : Lulus tahun 1989
SMPN 01 Jambi : Lulus tahun 1992
SMAN 01 Bogor : Lulus tahun 1995
FIK UI Jakarta : Lulus tahun 2000

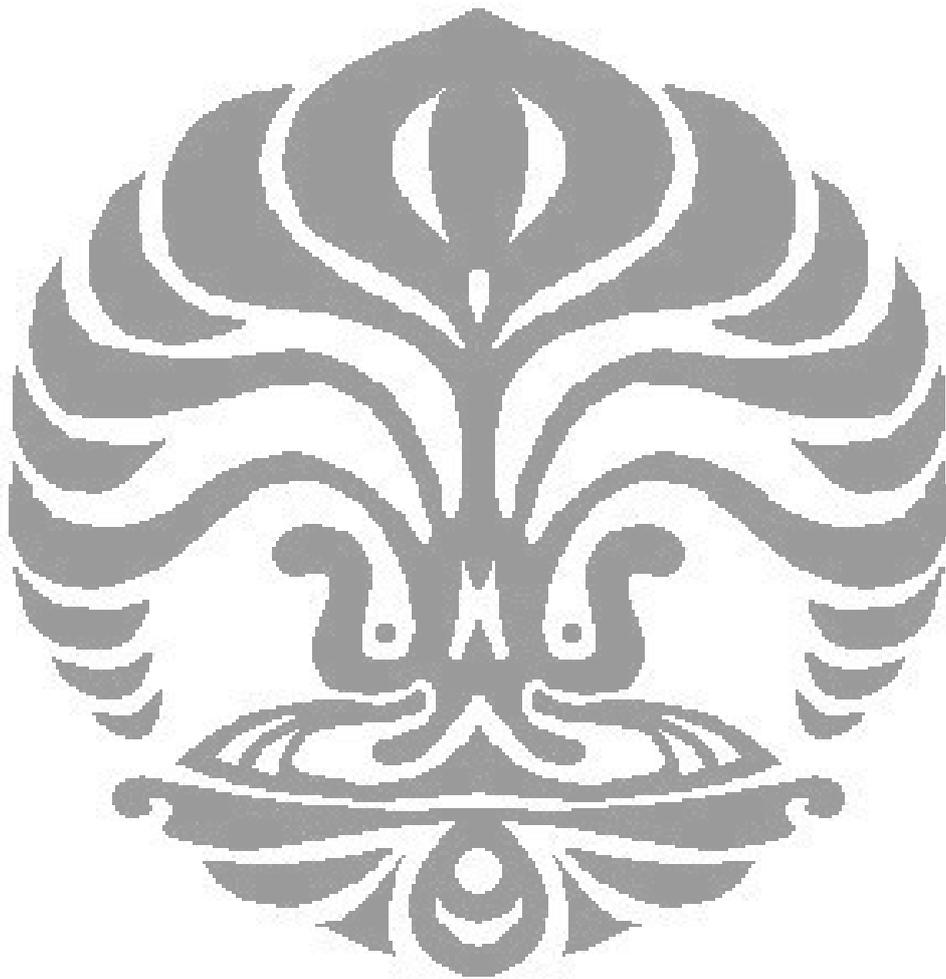
3. Riwayat Pekerjaan

Pengajar di Fakultas Ilmu Keperawatan UI : Tahun 2000 - sekarang
Perawat di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor : Tahun 2001 - sekarang

Lampiran 9

Rekapan Partisipan

| Partisipan | | | | | | | | Anggota keluarga dengan skizoprenia | | | | | | | | |
|------------|--------|------|------------|---------------|---------|--------|------------------------------|-------------------------------------|--------|------|-----------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Kode | J K | Umur | Pendidikan | Pekerjaan | Agama | Suku | Hubungan dengan pasien | Kode | J K | Umur | Pendidikn | Pekerjaan | Dx Medis | Lama Sakit | Frek rawat | perilaku saat kambuh |
| P1 | L | 54 | SLA | PNS | Islam | Betawi | Ayah | K 1 | P | 26 | SLA | IRT | Sch. Paranoid | 3 thn | 3 X | Marah-marah, merusak makan, memukul, tidak mau minum obat |
| | P | 48 | SLA | IRT | Islam | Betawi | Ibu | | | | | | | | | |
| P2 | P | 59 | SLA | IRT | Islam | Sunda | Ibu | K2 | L | 25 | SLA | TB | Sch. Paranoid | 7 tahun | 1 X | Marah-marah, keluyuran, tidak merawat diri, putus obat |
| P3 | P | 35 | D3 | Guru privat | Kristen | Batak | Istri | K3 | L | 34 | S1 | TB | Sch. Paranoid | 1 thn | 1X | Marah-marah, merusak lingkungan, mondar-mandir, bicara dan tertawa sendiri, mengurung diri, tidak mau minum obat |
| P4 | P | 42 | D1 | Bidan | Islam | Sunda | Istri | K4 | L | 45 | S1 | PNS | Sch. Paranoid | 7 thn | 7 X | Bicara sendiri, susah tidur, tidak merawat diri, sendawa berlebih, minum obat tidak teratur |
| P5 | P | 48 | S1 | IRT | Islam | Jawa | kakak | K5 | P | 29 | S1 | PNS | Sch. Paranoid | 6 Thn | 8 X | Tidak mau bicara, tidak mau merawat diri, tidak mau makan, putus obat |
| P6 | P | 17 | SMA | Pelajar | Islam | Jawa | Anak | K6 | P | 53 | SLA | IRT | Schizoaf ektif | 30 Thn | 8X | Marah-marah, bicara tertawa sendiri, sulit tidur, minum obat tidak teratur |
| P7 | P | 58 | SMA | Wiraswasta | Islam | Jawa | Ibu | K7 | L | 38 | D3 | TB | Sch. Paranoid | 20 Thn | 2 X | Marah-marah, merusak lingkungan, sulit minum obat |
| | L | 24 | S1 | Tidak bekerja | Islam | Jawa | Adik | | | | | | | | | |
| P8 | L | 58 | S2 | PNS | Islam | Aceh | Ayah | K8 | L | 30 | SLA | PNS | Sch. Paranoi | 6 thn | 2 X | Marah-marah, curiga, mengancam membunuh, menolak minum obat |
| P9 | L | 31 | S1 | Dokter | Islam | Jawa | Adik | K9 | P | 40 | D3 | TB | Sch. Paranoid | 13 thn | 2 X | Marah-marah, tidak bisa tidur, bicara sendiri, tidak mau minum obat, gelisah |
| | P | 26 | D3 | IRT | Islam | Sunda | Adik Ipar | | | | | | | | | |



ANALISA TEMA

| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | SUB –SUB TEMA | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | | | | |
|----|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|----------------|---------------------------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|--|
| 1 | Persepsi tentang respon kepatuhan | 1. Persepsi Kepatuhan | Persepsi tentang Perilaku Pengobatan | Perilaku Minum Obat | Kooperatif | Gak susah kalau disuruh minum obat | | | | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | | Tidak dipaksa-paksa | | | | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Kesadaran diri | Minta sendiri obatnya | | | | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | Tau kapan butuh obat | | | | | | | √ | | | | | | | |
| | | | | Mandiri | Mandiri, minum obat sendiri | | | | √ | | √ | | | | | | √ | | |
| | | | | Disiplin | Minum obat terus | √ | | | | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | | | Harusnya 2x yah 2x | | | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | | | Waktunya tepat | | | | | | | | √ | | | | |
| | | | | | | Perilaku Perawatan lanjutan ('follow up care') | Kontrol | Rajin kontrol | | | | | √ | | | | | | |
| | | | | | | Persepsi tentang Penyebab Patuh | Sikap positif terhadap pengobatan | Harapan | Pengen sembuh | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Ancaman | Takut dirawat lagi | √ | √ | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Hadiah /reward | Dikasih uang...makan enak | | | | | | | | √ | | |
| | | | Setting | Tempat | Paling patuh kalau di RS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Durasi patuh | Jarak waktu patuh setelah perawatan RS | | Sebulan dari RS | | | | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | | 4 bulan sepulang dari sini | √ | | | | | | | | | | | | |

| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | SUB-SUB TEMA | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 |
|----|------------------|---------------------------|------------------|---------------------|--------------------|----------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Persepsi tentang | 2. Persepsi Ketidapatuhan | Persepsi tentang | Perilaku Minum Obat | Meningkatkan Dosis | Semua obat diminum | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Menurunkan dosis | Harusnya 2x ...jadi sekali | | | | | √ | | | | |

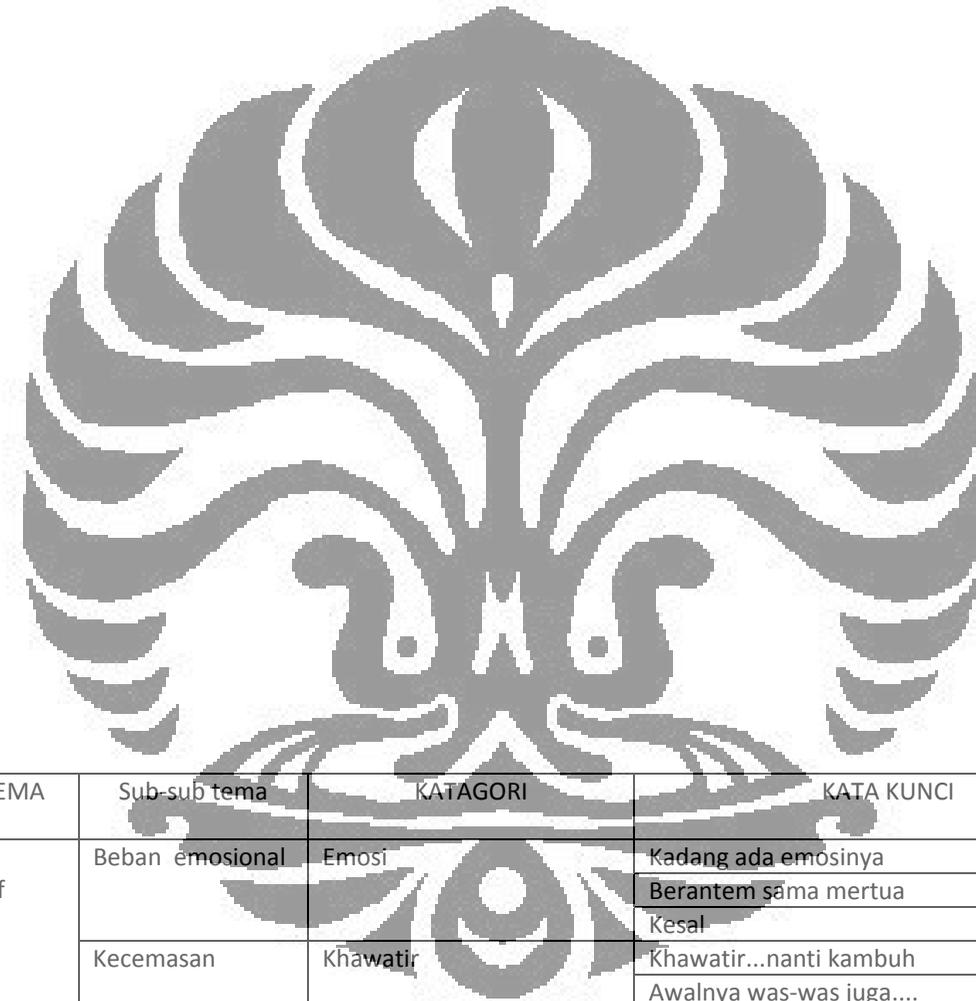
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--|----------|--|-------------------------------|--|--|---|------------------------------------|---|---|---|---|--|--|---|---|--|---|---|---|
| respon kepatuhan | | perilaku | | Tanpa pengawasan Dokter | Beli ke apotik..gak usah kontrol...pake resep lama | | | | | | | √ | | | | | | | | |
| | | | | Menolak | Di taruh dibawah lidah....pura-pura ditelan, padahal engga | | | | | | | | | | | √ | | | | |
| | | | | | Di kumpulin di bawah kasur | | | | | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | Dia menghindar, pergi ke Cidodol | | | | | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | Gak mau minum obat... | | | √ | √ | | √ | | | | | √ | | | | |
| | | | | | Di buang ke atap rumah | √ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Menunda waktu minum obat | | | | | | | | | | | √ | | | | |
| | | | | Persepsi tentang Akibat | kekambuhan | Kambuh | Drop...goncang lagi | | | | | | | | | √ | | | | |
| | | | | | | | Gak minum obat pasti kambuh | | | | | | | | | √ | | | | |
| | | | | | Tanda-tanda kambuh | | Marah-marah lagi...ngomong sendiri lagi | √ | | | √ | √ | | | | √ | | √ | √ | |
| | | | | | | | Ngaco ngomongnya | | | | | | | | | | | | √ | |
| | | | | Persepsi tentang Penyebab | Kelebihan dosis | Overdosis | | Gak sadar dibawa ke RS | | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | | | Badan gak enak | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Penyebab dari aspek obat | Efek samping obat terhadap fisik | | Gak kuat berdiri lama | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Mual | √ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Kaku | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Kelu...Lidah kaku. (pelo) | | | | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | | | Efek samping obat terhadap seksualitas | | Kemauannya ada..tapi kemaluannya tidak bisa berdiri | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Efek samping obat Terhadap aktivitas | | Ngantuk...gak bisa ngapa-ngapain | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Efek samping obat terhadap konsentrasi | | Gak bisa mikir... | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Rasa obat | | Bikin blank | | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Kompleksitas obat | | pahit | √ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Obatnya macam-macam | | | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | | Ada lima macam... | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Penyebab dari aspek pasien | Penyangkalan terhadap penyakit/Insight | | Merasa gak sakit | √ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Saya gak sakit...bukan skizoprenia | | | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | | | | Insight buruk | | | | | | | | | | | √ | |
| | | | | Selalu mengatakan tidak sakit | | | | | | | | | | | √ | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------------------|-----------------------|---|---|---|--|--|---|--|---|--|---|--|
| | | | | | Merasa gak sakit | | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Terhadap manfaat obat | Sudah tiga tahun gak minum obat...gak apa-apa.. | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Nilai obat sbg racun | Merasa diracunin | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | Tempat tinggal | Kadang tinggal disini...kadang tinggal dirumah kakanya yang lain | | | | | √ | | | | | |
| | | | | Penyebab dari aspek keluarga besar | Demotivasi | Usli. ngapain minum obat terus...mamah jadi malas minum obat | | | | | | | √ | | | |
| | | | | Penyebab dari aspek tenaga kesehatan | Informasi tidak jelas | Kata dokter Enam bulan ibu gak usah kesini, saya lepas obat...anak saya kambuh...ternyata enam bulan gak usah kesini bukan berarti enam bulan tidak minum obat. | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | Demotivasi | Sampai dokter bilang percuma | | | | | | | √ | | | |

| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | Sub-sub tema | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 |
|----|------------------------|-----------------------------|---------------|----------------------|----------------|----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 2 | Hambatan dalam menduku | 3. Sikap terhadap pengobata | Sikap negatif | Sikap negatif pasien | Tidak disiplin | Lalai Males | | | | | √ | | | | |
| | | | | | | | | | | | √ | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----------------------------|--------------------|------------------------|----------------|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | ng kepatuhan | n | | | | Lupa | | | | | √ | | | | | |
| | | | | | Jenuh | Bosen | | | | √ | | | | | | √ |
| | | | | | | Jenuh kali | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | Selektif | Kalau sama bapak mau...kalau sama saya gak mau | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | | Nurutnya sama orang lain | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Manipulatif | Supaya terpenuhi kemauannya dia gak mau minum obat | | | | | | | | √ | | |
| | | | Sikap negatif keluarga | | Pengabaian | Cuek..tidak mengurus lagi termasuk obatnya | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Mendukung ketidakpatuhan | Yah...karena keluarganya tidak menerima dia sakit...gak apa-apa gak minum obat juga | | | | √ | | | | | | |
| | | | | | Respon terhadap efek samping obat: simpati | Kasian ngatuk terus...kalau kira-kira tenang dikurangi sendiri aja dosisnya | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | | Kalau udah tenang...kasihan kalau minum obat..gimana nanti aja deh... | √ | | | | | | | | | |
| | | | Sikap terkait budaya | Budaya | Posisi suami-istri | harusnya saya boleh dong marahin dia...abis gimana yah....saya cuma isrti..... | | √ | | | | | | | | |
| | | 4. Aksesibilitas | Ketersediaan obat | | Ketersediaan obat | Kalau di daerah....susah cari obat yang kaya disini.. | | | | | | | | | | √ |
| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | SUB-SUB TEMA | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | |
| 3 | Dukungan keluarga terhadap | 5. Sumber dukungan | Keluarga | Keluarga inti | menantu | Staminya dulu... | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | anak | Kakanya... | | √ | | | √ | | | | √ | |
| | | | | | | Adiknya | | | | | | | √ | √ | | |
| | | | | Keluarga besar | Adik ipar | Adik apar | | | | √ | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------|---|----------------------------------|---------------------------|--|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| kepatuhan | 6. Bentuk dukungan | Dukungan instrumental | Menyiapkan obat | mertua | mertua | | | √ | | | | | | | | | |
| | | | | Orang tua | Orang tua | | | | √ | | | | | | | | |
| | | | | Non keluarga | rekan kerja suami | teman sekantornya...mengingatkan | | | | | √ | | | | | | |
| | | | | | | pembantu | Si emak... | | | | | √ | | | | | |
| | | | | Pengawasan minum obat | Pemaketan | Diplastik-plastikin | √ | | | | √ | | | | | | |
| | | | | | | Penyimpanan | Ditaro di meja | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | Waktu | Tiap minum obat ditungguin | | | | | | √ | | | | | |
| | | | | | | Pengawas | Temen kerjanya ngawas in juga | | | | | √ | | | | | |
| | | | | | Metode | Metode : Melapor | Lapor...udah minum obat | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | | Metode: menghitung | Dilihat obatnya tinggal berapa? | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | Metode: mengingatkan | Selalu menegur... | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Udah minum obat, belum? | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Alternatif pemberian obat | Alternatif Jenis sediaan | Ada yang cair gak...biar mudah ngasih obatnya | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | | Alternatif cara | Digerus ...dimasukin ke minumannya | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | Memberikan reward | Kita masukin obatnya ke makanan | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | Dibohongin...diem-diem ngasihnya | | √ | | | | | | | | |
| | | | | Dibujuk.. | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Memotivasi | Memberikan reward | Ntar kita Jalan-jalan....makan di restoran | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | Jenis: generik dan paten | Obatnya diganti bukan yang biasa | | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Refleksi diri | Bukannya ayah sendiri yang bilang....kalau halusinasi minum obat ini.. | | | | | | | | √ | | | |
| Dukungan informasional | Penjelasan tentang obat | Penjelasan manfaat obat | Kasih masukan...harus berfikir ke depan | √ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Supaya emosi terkendali...moodnya bagus | √ | | | | | | | | | | | | | |
| Dukungan finansial | Penjelasan pada keluarga besar | Ketersediaan dana | Kasih dong mama...jangan diusilin...biar mau minum obat | | | | | | | | √ | | | | | | |
| | | | Harga gak masalah....yang penting sembuh | | | | | | | √ | | | √ | | | | |
| | | | | Untuk obat, dana sudah disiapkan | | | | | | | √ | | | | | | |



| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | Sub-sub tema | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 |
|---------------------------------|---|--------------------|-----------------|-----------------|----------|--------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 4 | Dampak ketidakpatuhan terhadap keluarga | 7. Beban Caregiver | Beban subjektif | Beban emosional | Emosi | Kadang ada emosinya | √ | | | | | | | | |
| | | | | | | Berantem sama mertua | | | √ | | | | | | |
| | | | | | | Kesal | | | | √ | | | √ | | |
| | | | | Kecemasan | Khawatir | Khawatir...nanti kambuh | | √ | | √ | | | | | |
| | | | | | | Awalnya was-was juga.... | √ | | | | | | | | |
| | | | | | | Cemas | | | | | | | | √ | |
| Takut membebani keuangan kakak- | | | | | | | | | | | | | | | |

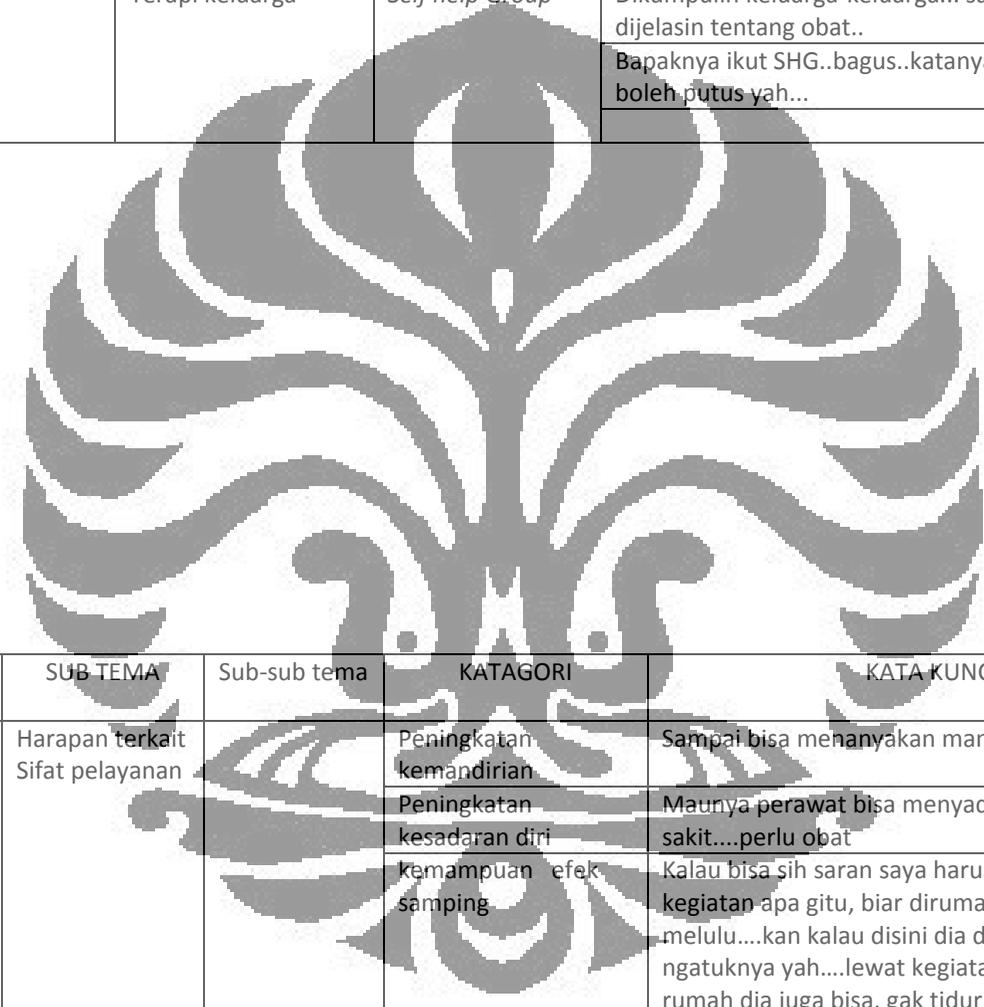
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---|-----------|------------------------------|---|--|---|--|--|---|--|---|---|--|---|
| | | | | | kakaknya | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Takut...nanti marah-marah..... | | | √ | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | Tidak tenang | Gelisah... | √ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Mikirin terus..., jadi gak bisa tidur | √ | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Beban objektif | Gangguan hubungan keluarga | Instabilitas keluarga | Menggangu kenyamanan keluarga | | | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | Hubungan anak-ayah | Anak-anak jadi gak deket dengan ayahnya | | | | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Konflik keluarga | Berantem terus sama orang tua | | | | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | | Berantem sama mertua | | | √ | | | | | | | | | | |
| | | | Keterbatasan aktifitas | | Aktivitas sosial | Terikat....jadi gak bisa kemana-mana..ngaji..ngok teman | | √ | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Susah...kemana-mana | | | | | | | | √ | | | |
| | | | | | | | belajar | Menggangu kalau lagi belajar | | | | | | √ | | | | | |
| | | | | | | | pekerjaan | Kerja jadi gak tenang... | √ | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | | | Hobby | Pasien berkurang | | | | | | √ | | | | | |
| | | | | | | Suka gangguin kalau lagi di depan komputer | | | | | | | | | | | | | |

| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 |
|----|------------------|-------------------|-------------------|----------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 5 | Mekanisme Koping | 8. Koping positif | Internal keluarga | Melakukan hoby | Ngajar | | | √ | | | | | | |
| | | | | | Baca buku ke gamedia | | | √ | | | | | | |
| | | | | | Baca komik | | | | | √ | | | | |
| | | | | | Nulis....buku harian | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Nonton bioskop | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Pengalihan situasi | | | | √ | | | | | |
| | | | | | Saya pergi aja..keluar rumah....ngobrol | √ | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|--------------------|---|--|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Diskusi Pemecahan masalah | Mau diapain nih.... | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Dibicarakan di keluarga besar | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Diskusi gimana menghadapi pasien | | | | | | | | √ | | |
| | | | | | Disepakati...saya menghindari aja | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Saling diskusi...kakak-kakanya | | | | | | √ | | | | |
| | | | Eksternal keluarga | Menggunakan sistem sosial | Konseling dengan ibu-ibu | | √ | | | | | | | | |
| | | | | Menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan | Dibawa ke RS lagi.... | | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Curhat dengan guru ngaji | | | | √ | | | | | | |
| | | | | Aktivitas spiritual | Berdoa | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Sholat | | | | √ | | | | | | |
| | | | | Mencari informasi | Buka-buka internet | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Baca buku obat-obatan | | | | √ | √ | | | | | |
| | | | | | Tanya ke dokternya, apotekernya | | | | | √ | | √ | √ | | |
| | | 9. Koping negatif | | Tidak peduli | 'Terserah deh... mau diminum... mau engga' Dari pada marah-maraha...dibiarin aja deh. | | | | | | | | | | |

| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | SUB-SUB TEMA | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 | | | | |
|----|----------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------|---|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|
| 6 | Peran perawat terhadap kepatuhan | 8. Bentuk layanan yang diberikan | Pada pasien | Pendidikan kesehatan | manfaat obat | Dikasih tau obatnya untuk apa | √ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Nama | Namanya obat | √ | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Pemantuan minum obat | Pengawasan | Diperhatikan, didampingi tiap minum obat | √ | √ | √ | | √ | | √ | | | | | | |
| | | | | Therapeutic use of self | Hubungan saling percaya | Deket sama perawat sini..bisa curhat, perawat tau pendekatannya | | | | | √ | | | | | | | | |
| | | | | | | Komunikasi efektif | Kalau sama perawat bisa ngerti, omongan perawat bisa diterima sama dia | | | √ | | | | | | | | | |
| | | | | Perhatian | Perawatnya perhatian...jadi kalau dikasih masukan, mama bisa nerima | | | | | | | √ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---------------|----------------------|------------------------|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | Pada keluarga | Pendidikan kesehatan | Penkes ttg obat | Dikasih tahu nama obatnya, untuk apanya | √ | √ | | | | | | | | | |
| | | | | Terapi keluarga | <i>Self help Group</i> | Dikumpulin keluarga-keluarga... saling cerita dijelasin tentang obat.. | | √ | | | | | | | | | |
| | | | | | | Bapaknya ikut SHG..bagus..katanya obat gak boleh putus yah... | √ | | | | | | | | | | |



| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | Sub-sub tema | KATAGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 |
|----|-------------------------------------|---|---------------------------------|--------------|----------------------------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 7 | Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan | 9. Program/kegiatan pelayanan peningkatan kepatuhan | Harapan terkait Sifat pelayanan | | Peningkatan kemandirian | Sampai bisa menanyakan mana obat saya? | | | | | | | | √ | |
| | | | | | Peningkatan kesadaran diri | Maunya perawat bisa menyadarkan dia sakit....perlu obat | | | | √ | | | | √ | √ |
| | | | | | kemampuan efek samping | Kalau bisa sih saran saya harus mengadakan kegiatan apa gitu, biar dirumah dia kuat, gak tidur melulu....kan kalau disini dia diajar ngelawan ngatuknya yah....lewat kegiatan gitu, ntar di rumah dia juga bisa, gak tidur melulu... | √ | | | | | | | | |
| | | | | | Membuat | Bener-bener dijelasin boleh pulang, kalau mau | | √ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|------------------|------------------------------------|----------------------------|---|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | kesepakatan sebelum pulang | minum obat... | | | | | | | | | | | |
| | | | Bentuk pelayanan | Penkes keluarga | Materi tentang penyakit | Kalau mama bagi-bagi uang harus ngapain? | | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Tentang obatnya waktu | Obatnya apa-apa aja...buat apa... Harusnya diawal sekali sakit...keluarga paham...obat gak boleh putus | | | | | | | | | | | √ |
| | | | | | Kejelasan informasi | Informasi yang diberikan harus jelas | | | | | | | | | | | √ |
| | | | | Perawatan berlanjut/Follow up care | Pemantauan perkembangan | Ditelpo sebelum kontrol...udah pulang di telp di rumah sakit, bagaimana kondisinya? Minum obatnya? | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | Tempat kontrol | Kontrolnya sekalian di Srikandi | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Keuntungan tempat sama | Bisa ketemu perawat yang merawat...lebih enak ngobrolnya | √ | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Dikumpulin pasien yang sudah pulang untuk patuh minum obat | | | | √ | | | | | | | |

| No | TUJUAN | TEMA | SUB TEMA | KATEGORI | KATA KUNCI | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | P6 | P7 | P8 | P9 |
|----|--------|--|-------------------------|-------------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 8 | Makna | 10. Penerimaan tanggung jawab dan perubahan sikap sebagai makna pengalaman mendampingi anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatan | Menerima Tanggung jawab | Sebagai orang tua | Kita ortu..harus terima dong | √ | | | | | | | | |
| | | | | Sebagai anak | Kalau gak sama anaknya..siapa lagi? meringkan beban ortu | | | | | | √ | | | |
| | | | | Sebagai istri | Yah...namanya juga istri harus ngurusin dong | | | √ | | | | √ | | |
| | | | Perubahan sikap | Bersabar | Lebih sabar.....dekat dgn Allah | √ | | | | | | | | √ |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

