

Stress management of client with mental disorder after Hospitalization

Manajemen Stres Pasien Gangguan Jiwa Pasca Perawatan Rumah Sakit

Widyo Subagyo
Dyah Wahyuningsih
Mukhadiono

*Dosen Jurusan Keperawatan Purwokerto Poltekkes Kemenkes Semarang
Jl. Adipati Mercy Purwokerto
E-mail:*

Abstract

Research aimed to describe stress management of client with mental disorder after hospitalization. This study used the collecting data with in depth interview to 10 participants and families . This research showed that stressor of client with mental disorder were undisciplined taking, medicine, unacceptable of environment, shy and being excluded. Appraisal of stressor were shy, angry and feeling of unbelieve by other. Coping resources were family, society evironment and positive believe. Coping mechanism that used were sharing with others, do activity and blame others. Patient with mental disorder relap because of lack of self management, family support, and in conductive environment.

Key Words: Stress management, mental disorder, hospitalization, apprasial

1. Pendahuluan

WHO (2007) melaporkan bahwa 31,7% morbiditas gangguan jiwa yang mengakibatkan ketidakmampuan pada penderita lima kondisi neuropsikiatri yaitu 11,8% depresi unipolar, 3,3% penyalahgunaan alkohol, 2,8% schizofrenia, 2,4% depresi bipolar dan 1,6% demensia. Hasil menunjukkan bahwa ternyata gangguan mental mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1 persen dari *global burden of disease* (GDB) melebihi beban yang diakibatkan oleh penyakit tuberkulosis dan kanker (Hartanto, 2003).

Soewadi (2003) dalam Anonim (2011), menyatakan bahwa 60% penderita depresi dapat sembuh total dan 77% penderita skizoprenia mampu hidup bersosialisasi kembali tanpa kambuh, namun dilapangan banyak pasien gangguan jiwa mengalami relaps (kekambuhan) sehingga harus di

rehospitalisasi. Linda et.al.(1991) dalam Anonim (2011), menyatakan besarnya rehospitalisasi setelah 2 tahun pertama keluar dari rumah sakit adalah 55% untuk Skizoprenia, 43% untuk skizoafektif, 35% untuk manic bipolar dan 10% untuk gangguan depresif mayor. Angka kekambuhan pasien gangguan jiwa. Tingginya kekambuhan ini antara lain disebabkan ketidakmampuan diri untuk mengatasi stres sehingga berakibat tidak teratur minum obat, tidak mampu mengatasi konflik dengan keluarga atau lingkungan (Astuti, 2012).

Pemahaman manajemen stress yang baik menggunakan mekanisme koping yang konstruktif dalam menghadapi stress. Ketidakmampuan pasien dalam melakukan manajemen stress mengakibatkan kekambuhan pasien paska perawatan rumah sakit.

Hal ini didukung dengan data bahwa lebih dari 70 % pasien gangguan jiwa yang dirawat di bangsal Jiwa RSUD

Banyumas merupakan pasien kambuhan.

Penelitian manajemen stress pada pasien gangguan jiwa pasca hospitalisasi kurang informasi dalam menggambarkan perawatan mandiri, penyebab kambuh dan dukungan keluarga dan masyarakat. Jumlah pasien gangguan jiwa pada tahun 2011 cukup tinggi yaitu 53 orang yang tersebar di 5 (lima) desa yaitu desa Jompo Kulon, Lemberang, Karang Duren, Sokaraja Lor dan Kedondong. Sebagian besar pasien berada pada usia produktif 20-45 tahun dan 50% merupakan pasien paska perawatan rumah sakit. Penelitian fokus mengeksplor manajemen stres pasien gangguan jiwa dalam perawatan rumah sakit pasca hospitalisasi.

2. Metode

Penelitian ini menggunakan desain riset kualitatif. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi, yaitu suatu metode ilmiah untuk mendeskripsikan fenomena tertentu sebagai pengalaman hidup.

Populasi penelitian adalah seluruh pasien gangguan jiwa pasca perawatan rumah sakit di wilayah Puskesmas Sokaraja II yang meliputi desa Jompo Kulon, Lemberang, Karang Duren, Sokaraja Lor, dan Kedondong. Partisipan yang diikutkan dalam penelitian berjumlah 10 orang.

Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan pendekatan fenomenologi dan menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan pertanyaan semi-terstruktur dalam proses pengumpulan data.

Proses analisis data pada penelitian kualitatif fenomenologi dilakukan melalui beberapa cara. Penelitian ini menggunakan metode interpretasi data delapan langkah menurut Collaizi (1978 dalam (Speziale & Carpenter, 2003). Adapun tahapan yang telah dilakukan dalam penelitian ini, meliputi :

1. Mendeskripsikan fenomena yang diteliti. Peneliti memahami fenomena pengalaman pasien gangguan jiwa dalam manajemen stres dengan cara memperkaya informasi terkait autisme melalui studi literatur.
2. Mengumpulkan deskripsi fenomena melalui pendapat partisipan. Peneliti melakukan wawancara dan menuliskannya dalam bentuk verbatim untuk dapat mendeskripsikan pasien gangguan jiwa dalam manajemen stres.
3. Membaca seluruh deskripsi fenomena yang telah disampaikan oleh partisipan. Peneliti membaca hasil verbatim sebanyak tiga sampai empat kali secara menyeluruh sampai peneliti merasa mampu untuk memahami pasien gangguan jiwa dalam manajemen stres secara komprehensif.
4. Membaca kembali transkrip hasil wawancara dan mengutip pernyataan-pernyataan yang bermakna.
5. Menguraikan arti yang ada dalam pernyataan-pernyataan signifikan. Peneliti membaca kembali kata kunci yang telah diidentifikasi dan mencoba menemukan esensi atau makna dari kata kunci untuk membentuk kategori.
6. Mengorganisir kumpulan-kumpulan makna yang terfokuskan ke dalam kelompok tema. Peneliti membaca seluruh kategori yang ada, membandingkan dan mencari persamaan diantara kategori tersebut, dan pada akhirnya mengelompokkan kategori-kategori yang serupa ke dalam sub-sub tema, sub tema dan tema.
7. Menuliskan deskripsi yang lengkap. Penulis merangkai tema yang ditemukan selama proses analisis data dan menuliskannya menjadi sebuah deskripsi yang dalam terkait pasien gangguan jiwa dalam manajemen stres dalam bentuk hasil penelitian.
8. Menemui partisipan untuk melakukan validasi deskripsi hasil analisis. Peneliti kembali kepada partisipan dan meminta partisipan untuk membaca kisi-kisi hasil analisis tema.

3. Hasil Dan Pembahasan

Hasil penelitian tentang profil partisipan dalam tabel 1. di bawah ini:

1. Dari aspek jenis kelamin, partisipan laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan, yaitu 6 orang (60%) laki-laki dan 4 (40%) perempuan.
2. Usia partisipan berkisar antara 20-an sampai dengan 50-an tahun, terbanyak berusia 40-an tahun, yaitu sebanyak 4 orang (40%).
3. Mayoritas partisipan berpendidikan rendah (SD dan SMP), yaitu sebanyak 8 orang (80%), dan hanya 2 orang (20%) yang berpendidikan taraf menengah.
4. Dari aspek pekerjaan, terdapat 7 orang (70%) partisipan yang bekerja dengan variasi jenis pekerjaan yaitu buruh tani, tukang kayu, buruh bangunan dan ibu rumah tangga. Sementara 3 partisipan lainnya (30%) adalah pengangguran.
5. Semua partisipan sudah cukup lama pulang dari RS yaitu > 6 bulan yang lalu. Dengan rincian 6-12 bulan 5 partisipan (50%) dan > 12 bulan 5 partisipan (50%).
6. Diagnosa medis partisipan sebagian besar yaitu Skizoprenia (6 orang) yang meliputi Skizoprenia paranoid 4 orang, Skizoprenia tak terinci 1 orang, Skizoprenia kataton 1 orang dan Skizoprenia campuran 1 orang. Sedangkan yang lainnya Depresi 2 orang dan Skizotipal 1 orang.

Gambaran tema stresor bagi pasien gangguan jiwa pasca perawatan yaitu ketidakteraturan minum obat, lingkungan kurang menerima dan stigma gangguan jiwa dari lingkungan, perasaan malu dan takut dikucilkan. Tema penilaian pasien gangguan jiwa terhadap stresor yang dialami meliputi respon afektif (malu), respon perilaku (marah) dan respon kognitif (berpikir tidak dipercaya orang). Tema sumber koping pasien dalam menghadapi

stresor yaitu keluarga, lingkungan dan adanya keyakinan positif. Mekanisme koping yang digunakan oleh pasien pasca perawatan rumah sakit meliputi dua jenis yaitu bercerita pada orang lain dan beraktifitas dan menyalahkan orang lain.

Stigma negatif terhadap pasien gangguan jiwa merupakan stresor yang berpengaruh terhadap terjadinya kekambuhan pasien, penghargaan positif terhadap mantan pasien gangguan jiwa akan menumbuhkan konsep diri yang positif bagi individu yang bersangkutan. Ketidakteraturan atau keterlambatan minum obat pada partisipan ini disebabkan oleh beberapa hal, yang pertama adanya sikap partisipan yang merasa sudah sembuh sehingga tidak perlu lagi minum obat. Penyebab kedua ketidakteraturan pasien minum obat dikarenakan faktor keluarga partisipan pada umumnya tidak mampu memaksa partisipan untuk teratur minum obat. Penyebab ketiga ketidakteraturan minum obat yaitu kondisi ekonomi keluarga juga ikut memperkuat terjadinya ketidakteraturan atau keterlambatan minum obat pada partisipan. Kekambuhan pasien gangguan jiwa akibat ketidakteraturan minum obat juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Abidin (2007) di RSJ Malang yang menyatakan bahwa penyebab kekambuhan pada pasien Skizoprenia Hebefrenik adalah tidak rutin minum obat akibat kemalasan pasien dan kurangnya kontrol dari keluarga.

Munculnya respon masyarakat merupakan bentuk tanggapan lingkungan terhadap keberadaan eks pasien gangguan jiwa di sekitar mereka dan dapat menjadi hambatan tersendiri bagi beberapa partisipan penelitian karena menimbulkan publik stigma di masyarakat. Publik stigma ini terjadi dalam kategori menghindari untuk berinteraksi secara intensif dengan pasien gangguan jiwa pasca

perawatan. Respon negatif dari sebagian masyarakat tersebut menyebabkan partisipan merasa ada isolasi sosial, kurang diterima oleh masyarakat di sekitarnya dan khawatir mendapatkan reaksi negatif dalam bentuk cemooh, menjadi bahan olok-olok. Akibatnya, banyak di antara pasien gangguan jiwa pasca perawatan yang menarik diri dari pergaulan sosial dan merasa harga dirinya rendah. Kondisi tersebut menjadi beban tersendiri bagi partisipan.

Sumber koping merupakan sumber-sumber yang dapat digunakan dalam menghadapi stresor. Banyak partisipan yang memanfaatkan keluarga menjadi sumber koping menjadi indikasi kuat bahwa faktor keluarga menjadi sumber koping yang terpenting bagi partisipan. Lingkungan yang kondusif dapat mendukung partisipan untuk memiliki koping yang positif dalam menghadapi stresor. Keyakinan positif merupakan kemampuan klien untuk melihat suatu stresor dengan keyakinan positif.

Berdasarkan penelitian ini, gambaran partisipan gangguan jiwa pasca hospitalisasi dengan cara sebagai suatu mekanisme koping yaitu menyalahkan orang lain, melakukan aktifitas dan bercerita pada orang lain. Cara tersebut bersifat adaptif maupun mal adaptif. Stuart dan Sundeen (1995) menyatakan bahwa mekanisme koping adaptif merupakan mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif. Sementara mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Sesuai dengan teori ini dua jenis

mekanisme koping adaptif yaitu beraktifitas dan bercerita pada orang lain dan satu mekanisme koping maladaptif berupa menyalahkan orang lain.

4. Simpulan Dan Saran

Stresor yang dialami pasien gangguan jiwa pasca perawatan rumah sakit yang paling dominan adalah ketidakteraturan minum obat, sedang yang lain yaitu lingkungan kurang menerima dan stigma gangguan jiwa dari lingkungan, perasaan malu, dan takut dikucilkan. Penilaian pasien gangguan jiwa terhadap stresor yang dialami meliputi respon afektif (malu), respon perilaku (marah) dan respon kognitif (berpikir tidak dipercaya orang). Sumber koping yang paling banyak dimanfaatkan pasien dalam menghadapi stresor yaitu keluarga sedangkan yang lain yaitu memanfaatkan lingkungan dan adanya keyakinan positif. Mekanisme koping yang digunakan oleh pasien pasca perawatan rumah sakit meliputi dua jenis yaitu mekanisme koping adaptif berupa bercerita pada orang lain dan beraktifitas dan mekanisme koping maladaptif berupa menyalahkan orang lain.

Dari kesimpulan penelitian ini peneliti menampakan beberapa saran yaitu:

1. Upaya monitoring keteraturan minum obat pasien gangguan jiwa pasca perawatan rumah sakit dengan meningkatkan oleh keluarga dan memberikan edukasi kepada pasien tentang aturan penggunaan obat.
2. Menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pasien gangguan jiwa pasca perawatan rumah sakit, memberikan ruang bagi pasien gangguan jiwa pasca perawatan untuk beraktifitas atau bekerja sesuai dengan kemampuannya.

5. Ucapan Terima Kasih

Ucapan terima kasih disampaikan atas kesempatan yang diberikan untuk mendapatkan Dana Risbinakes DIPA Poltekkes Kemenkes Mataram, sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

6. Daftar Pustaka

- Abidin,F,R. 2007. *Faktor penyebab kekambuhan pada gangguan skizoprenia hebefrenik pasca dari RSJ*, [http//digilib.umm.ac.id](http://digilib.umm.ac.id), diunduh 10 Nopember 2012
- Anonim. 2011. *Cegah kekambuhan gangguan jiwa dengan empati*, <http://psikologitimur.wordpress.com>, diunduh 16 Pebruari 2012
- Astuti, D. 2010. *Peran Keluarga dalam mencegah kekambuhan penderita gangguan jiwa dirumah*, www.docstoc.com, diunduh 16 Februari 2012
- Creswell, J.W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five tradition*. United States of America (USA): Sage Publication Inc.
- Hartanto, 2003. *Kesehatan Jiwa*. 2. <http://www.majalah-farmacia.com>. diperoleh tanggal 30 Mei 2008
- Kaplan and Saddock. 2005. *Comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed), Lippincot : Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W., dan Laraia. 2006. *Principles and Practice of Psyhiatric Nursing*. (7th ed). St. Louis : Mosby Year.
- Speziale, H.J.S., and Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- WHO. 2007. *The world health report 2007*, World Health Organization