

Caring : Jurnal Keperawatan

Vol.9, No. 1, Maret 2020, pp. 9 – 15

ISSN 1978-5755 (Online)

10.29238/caring.v9i1.568

Journal homepage: <http://e-journal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/>

Pengalaman Keluarga dalam Perawatan Pasien Skizofrenia Berdasarkan Kebijakan Kesehatan Mental Berbasis Komunitas

Family Experience for Skizofrenia based on Community Health Mental Policy

Rendi Editya Darmawan^{1a*}, Sudiro Sudiro^{2b}

^{1,2} Poltekkes Kemenkes Surakarta

^a rendiedityad@gmail.com

^B sudirdiro@gmail.com

HIGHLIGHTS

- Sebagian besar keluarga tidak dapat mengenal permasalahan pasien

ARTICLE INFO

Article history

Received date : Apr, 16th 2020

Revised date : May, 29th 2020

Accepted date : May, 31th 2020

Keywords:

*Community Health Mental
Family Experience
Skizofrenia*

ABSTRACT / ABSTRAK

ABSTRAK

Skizofrenia merupakan permasalahan psikologis yang dialami masyarakat baik dunia maupun di Indonesia. Skizofrenia yang tidak ditangani dengan baik akan menurunkan kualitas hidup pasien. Peran dan dukungan keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia menjadi modal penting didalam kesembuhan pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengalami pengalaman keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia berdasarkan kebijakan kesehatan mental berbasis komunitas. Sebuah studi kualitatif deskriptif dengan informan 8 orang pasien skizofrenia dan keluarganya. Informan dipilih secara purposive sampling. Analisa data dilakukan secara kualitatif. Uji validitas dengan triangulasi sumber, metode, peneliti, dan teori. Penelitian dilakukan di Desa Pilang Kenceng Kabupaten Madiun pada Januari-November 2019. Pengumpulan data dilakukan dengan indepth interviewing menggunakan panduan pertanyaan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 4 tema dalam menjawab tujuan penelitian yaitu mengenal masalah pasien, perawatan keluarga, peran lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Peran keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia yaitu sebagian keluarga mampu mengenal masalah pasien, dan sebagian lagi tidak mampu mengenal masalah pasien. Perawatan yang dilakukan keluarga yaitu mengidentifikasi aktifitas pasien, keluhan pasien, memberikan pengobatan, memahami jenis pengobatan. Peran lingkungan belum optimal dalam perawatan pasien skizofrenia. Sebagian keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan dan sebagian lagi tidak memanfaatkan. Perlu upaya dari pemerintah dan kader kesehatan dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien.

ABSTRACT

Schizophrenia is a psychological problem experienced by people both in the world and in Indonesia. Schizophrenia that is not handled properly will reduce the quality of life of patients. The role and support of families in the treatment of schizophrenic patients is an important asset in healing patients. The purpose of this study is to experience family experiences in the treatment of schizophrenia patients based on community-based mental health policies. A descriptive qualitative study with 8 informants from schizophrenia patients and their families. Informants were selected by purposive sampling. Data analysis was carried out qualitatively. Test the validity of the triangulation of sources, methods, researchers, and theories. The study was conducted in Pilang Kenceng Village, Madiun Regency in January-November 2019. Data collection was carried out by in-depth interviewing using guide questions. The results showed that there were 4 themes in answering research objectives, namely recognizing patient problems, family care, the role of the environment,

and utilizing health facilities. The role of the family in the treatment of schizophrenia patients is that some families can recognize the patient's problems, and some are unable to recognize the patient's problems. Family care is to identify patient activities, patient complaints, provide treatment, understand the type of treatment. The role of the environment is not optimal in the treatment of schizophrenic patients. Some families use health facilities and some do not. Efforts from the government and health cadres are needed to improve the ability of families in patient care.

Copyright © 2017 Caring : Jurnal Keperawatan.
All rights reserved

***Corresponding Author:**

Rendi Editya Darmaan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Surakarta,
Jln. Letjen Sutoyo, Mojosongo, Surakarta.
Email: rendiedityad@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Skizofrenia adalah kumpulan gejala psikotik yang paling banyak dialami masyarakat dunia. Skizofrenia tidak mengenal usia, dimana seluruh usia dapat mengalami skizofrenia (Zahnia et al., 2013). Insiden skizofrenia kurang dari 1 % di seluruh dunia (Zubaidiah et al., 2020). Hasil riset kesehatan dasar 2018 menunjukkan insiden skizofrenia di Indonesia meningkat dimana tahun 2013 berada dibawah 3% dan pada tahun 2018 menjadi 7% (Kementerian Kesehatan, 2018).

Skizofrenia ditentukan dari aspek proses berpikir, dan berperilaku seseorang. Kondisi ini ditandai dengan gangguan dalam bentuk dan isi piker seperti kesulitan dalam membayangkan sesuatu, gangguan emosional, gangguan pada persepsi dan gangguan dalam berbahasa. Kekambuhan pada skizofrenia dikaitkan dengan ketidak teraturan kontrol, minum obat dan dukungan keluarga (Al & Hasan, 2019).

Skizofrenia berdampak menurunkan produktifitas dan kualitas hidup seseorang (Pratama, Syahril, & Ishak, 2015; Zahra & Sutejo, 2019). Upaya pemerintah untuk pencegahan dan mengurangi dampak dari gangguan jiwa yaitu menyediakan pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat melalui sistem pelayanan kesehatan jiwa mulai dari tingkat primer, sekunder dan tersier (Pedersen, Vestergaard, Nordentoft, Laursen, & Mors, 2019). Namun demikian jika dikaitkan dengan beban biaya yang harus dikeluarkan, maka pendekatan kepada masyarakat akan lebih efektif dan efisien (Al & Hasan, 2019).

Pelayanan Kesehatan Jiwa di masa lalu bersifat spesialistik dan dikembangkan untuk rumah sakit jiwa maupun rumah sakit umum. Sedangkan yang bersifat umum dilakukan di Puskesmas (Pratama et al., 2015). Rumah sakit jiwa dijadikan pusat rujukan dan pembinaan pelayanan kesehatan jiwa agar pelayanan kesehatan jiwa dapat diselenggarakan secara komprehensif (Zubaidiah et al., 2020). Namun jika merujuk pada Keputusan Menteri Kesehatan No 406 Tahun 2009 tentang kesehatan jiwa Komunitas, menjelaskan bahwa kesehatan jiwa komunitas adalah suatu pendekatan pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat, dimana seluruh potensi yang ada di masyarakat dilibatkan secara aktif. Rumah sakit jiwa dan rumah sakit umum menjadi pilihan kedua dalam penanganan skizofrenia dan keluarga adalah pilihan pertama dalam penanganan pasien skizofrenia (Pratama et al., 2015).

Pratama et al (2015) dalam penelitiannya merekomendasikan bahwa pengetahuan keluarga, dukungan keluarga akan mempengaruhi kepatuhan minum obat pasien (Pratama et al., 2015). Selain dukungan keluarga, masyarakatpun berperan dalam memberikan terapi aktifitas kelompok, dimana telah terbukti dapat menurunkan perilaku kekerasan pasien (Al & Hasan, 2019; Hidayati, 2012).

Koping keluarga yang adaptif dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat pasien (Dalimunthe, 2019)

Hasil studi pendahuluan di Puskesmas pilang kenceng wilayah kerja dinas kesehatan Kabupaten Madiun menunjukkan bahwa peran keluarga serta masyarakat tidak tampak. Kondisi ini ditunjukkan dengan kunjungan pasien ke puskesmas untuk melakukan konsultasi dan pengambilan obat masih rendah. Hal ini mengakibatkan pasien skizofrenia tidak mendapatkan perawatan dengan baik sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Peneliti mendapatkan fakta bahwa seluruh pasien skizofrenia memiliki rambut yang panjang, dan terkesan kotor. Baju yang dipakai juga tidak layak, serta sebagian besar pasien hanya tiduran didalam rumah. Kami tertarik untuk mengetahui pengalaman keluarga dalam merawat pasien skizofrenia selama ini. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui pengalaman keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia berdasarkan kebijakan kesehatan mental berbasis komunitas.

2. BAHAN DAN METODE

Sebuah penelitian kualitatif deskriptif, yang dilakukan di Desa Pilang Kenceng Kabupaten Madiun, pada bulan Januari sampai November 2019. Sumber data study ini berasal dari informan yaitu 8 orang pasien skizofrenia beserta keluarganya. Peristiwa dan aktifitas pasien dan keluarga yang kami rekam berasal dari kunjungan rumah yang tim peneliti lakukan yaitu sebanyak 3-5 kali setiap keluarga. Teknik *in depth interviewing* menggunakan pertanyaan terstruktur digunakan dalam menanyakan pengalaman keluarga dalam merawat pasien. Peneliti juga menganalisis dokumen daftar kunjungan pasien ke puskesmas untuk mengambil obat (Moleong, 2018).

Teknik *purposive sampling* digunakan dalam pemilihan pasien. Peneliti mewawancarai pasien skizofrenia beserta keluarganya dirumah pasien, dimana dilakukan rata-rata selama 45-90 menit. Peneliti melakukan uji validitas data menggunakan triangulasi sumber, metode, peneliti, dan teori. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara memncocokkan jawaban pasien dan keluarga dengan menanyakan kebenarannya pada petugas kesehatan dan tetangga pasien. Triangulasi metode dilakukan dengan melihat aktifitas pasien secara langsung, lalu mencatatnya. Triangulasi peneliti dilakukan dengan berdiskusi dengan tim peneliti dan petugas kesehatan puskesmas Pilang Kenceng, lalu membandingkan dengan jurnal. Triangulasi teori peneliti lakukan dengan menganalisis hasil penelitian dengan teori dukungan keluarga dan kesehatan jiwa (Moleong, 2018).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Informan yang berpartisipasi dalam penelitian ini yaitu 8 orang pasien skizofrenia dan keluarganya. Karakteristik usia pasien yaitu 23-60 tahun. Hasil interpretasi tema menunjukkan bahwa terdapat 4 tema dalam menjawab tujuan penelitian yaitu mengenal masalah pasien, perawatan keluarga, peran lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Tema pertama mengenai mengenal masalah pasien dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu mampu mengenal dan tidak mampu mengenal. Pasien yang mampu mengenal masalah pasien yaitu mengetahui penyebab, sedangkan pasien yang tidak mampu mengenal yaitu persepsi kesembuhan, dan mengetahui efek samping obat. Keluarga mengetahui penyebab skizofrenia seperti yang disampaikan informan (I) berikut ini :

“..adik e niki bibar kerjo teng Jakarta terus wangsul nggeh stres..”

“..Riyin nate dateng pondok pesantren, trus mboten kiat stres..”

Pengalaman keluarga pasien yang pertama tidak mampu mengenal yaitu persepsi kesembuhan. Gambaran tersebut dapat ditunjukkan pada rekaman sebagai berikut:

“..Yang penting mboten ngamuk-ngamuk niku pun sembuh..”

“..Bisa tidur saja sudah bagus, tidak marah-marah sudah sembuh..”

“..Mase niki dateng masjid solat, ngrungokke ceramah, tapi bibar niku bobok, niku pun sembuh..”

Pengalaman keluarga pasien yang tidak mampu mengenal yang kedua yaitu mengetahui efek samping obat. Gambaran tersebut dapat ditunjukkan pada rekaman sebagai berikut:

“..sakjane niki obate saged marasne nopo mboten.. tp nek mpun ngunjuk obat nggeh kadang mboten ngluyuran.. teng griyo,, bubuk.. nonton TV..”

Pada tema kedua tentang perawatan keluarga peneliti membagi menjadi 4 kelompok yaitu aktifitas pasien, keluhan tentang pasien, program pengobatan, jenis pengobatan. Pada aktifitas pasien terdapat variasi aktifitas yang dilakukan pada pasien yaitu jalan-jalan di kampung, tidak bekerja, tidur, merokok dan solat di masjid, seperti yang tercantum pada pernyataan berikut :

“..nggeh kadang2 taseh seneng ngluyur tp nggeh saged wangsul piyambak.. ngertos griyone.. tp kadang lalian..”

“saben dino yo meneng ae..jarang ngomong.. mung lungguh2 nang ngarepan.... “

“..Mase tidur saja seharian, malas bangun..”

“..Mase tidur kalo pagi sampe siang, malem tidur lagi..” (

“..Niki merokoke kuat, Minta uang buat bli rokok..”

“..Ga tidur malem ngrokok..”

“..Niki mase kadang ke masjid..”

Pada keluhan tentang pasien terdapat variasi keluhan pasien yaitu lupa, pemarah, tidak tidur, malas mandi, dan mengompol, seperti yang tercantum pada pernyataan berikut :

“..tp kadang lalian.. nateh mbetho motor duko teng pundi terus lali motor e mboten dibetho balik..”

“..nek ngamuk an yo kadang..... “

“..kadang mboten saget tilem.. trus isuk e nesu2...“

“..kadang mboten saget tilem, kadang nggeh sambat mboten saged bubuk..”

“..adus e susah.. ngeten niki 2 dinten nggeh dereng adus....”

“..kadang yo ngompol....”

Pada program pengobatan terdapat beragam aktifitas yaitu memberikan obat, tidak mengambil obat, dan tidak teratur memberikan obat , seperti yang tercantum pada pernyataan berikut :

“..niki taseh ngunjuk obat saking puskesmas..riyin obat e dipundutaken kalah kader..”

“..Niki sakniki saking puskesmas angsal obat werno 3, diunjuk ping 2 sedinten.....“

“..kadang mboten saget tilem, kadang nggeh sambat mboten saged bubuk..”

“..mpun 2 wulanan mboten mundhut obat...”

“..tapi nggeh kadang diunjuk kadang mboten.. nek mas e sambat ngelu mantun minum obat nggeh mboten diunjuk maleh.....”

Pada jenis pengobatan terdapat beragam beberapa jenis pengobatan yang diberikan yaitu obat puskesmas, dan suntik dari petugas RS, seperti yang tercantum pada pernyataan berikut :

“..Pengobatan lintune mboten enten sakniki..”

“..Riyin nggeh nate enten petugas saking rumah sakit ngriki.. nyuntik..tp nggeh larang mbayare 250.000..sahniki mpun mboten.. namung obat puskesmas niku..“

Tema ketiga peran lingkungan didalam perawatan pasien skizofrenia belum optimal dengan sub tema takut marah, bertengkar dan tidak peduli yang dapat tergambar pada pertanyaan berikut :

“..nek tanggi nggeh mpun biasa.. tp yo kadang wedhi nek mas e ngamuk2....”

“..nateh riyin tukaran karo wong kene....”

“..tanggi nggeh mboten enten sing ngurus.. riyin enten petugas ngriki tp nggeh mboten maleh.. mboten enten sing mundutaken obat.....”

“..nek tanggi nggeh mpun biasa.. tp yo kadang wedhi nek mas e ngamuk2....”

“..Tanggi biasa mawon, nyuwun rokok kalo ada ya diberi..”

Tema keempat pengalaman keluarga didalam memanfaatkan fasilitas kesehatan terdiri dari memanfaatkan dan tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan. Keluarga yang memanfaatkan fasilitas kesehatan mendatangi RSUD dan puskesmas seperti tergambar pada pernyataan berikut :

“..Riyin nateh kulo betho teng rumah sakit Ngawi tp namung sediluk.. “

“..namung nginum obat saking puskesmas..”

“..sahniki mas e mpun sae,,mpun saged mundut obate piyambak di puskesmas..”

Keluarga ada yang tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan, seperti tergambar pada pernyataan berikut :

“..sanjange wedhi koyok mas e.. kulo betho RS maleh mboten purun..”

Peneliti dapat mengasumsikan bahwa terdapat persepsi yang salah pada keluarga dimana pasien yang tidak marah dikatakan sudah sembuh. Meruntut pada tanda dan gejala skizofrenia pada pasien di tempat penelitian berupa malas beraktifitas, mengasingkan diri, banyak tidur, dan halusinasi maka pasien tersebut masih dikategorikan sebagai skizofrenia. Keluarga tidak mengetahui tanda dan gejala skizofrenia, sehingga berpersepsi keluarganya telah sembuh jika tidak marah-marah.

Secara teoritis istilah remisi (sembuh bebas gejala) menunjukkan pasien, sebagai hasil terapi medikasi terbebas dari gejala-gejala skizofrenia, tetapi tidak melihat apakah pasien itu dapat berfungsi atau tidak. Istilah *recovery* (sembuh tuntas) biasanya mencakup disamping terbebas dari gejala-gejala halusinasi, delusi dan lain-lain, pasien juga dapat bekerja atau belajar sesuai harapan keadaan diri pasien masyarakat sekitarnya. Untuk mencapai kondisi sembuh dan dapat berfungsi, seorang pasien skizofrenia memerlukan medikasi, konsultasi psikologis, bimbingan sosial, latihan keterampilan kerja, dan kesempatan yang sama untuk semuanya seperti anggota masyarakat lainnya. Perlu disadari bahwa peran keluarga sangatlah penting dalam usaha penyembuhan penderita skizofrenia. Keluarga penderita adalah sumber amat penting untuk memudahkan perawatan psikososial, untuk itu jangan jauhi penderita, berilah perhatian dan kasih sayang agar penderita tidak merasa dikucilkan (Zahra & Sutejo, 2019).

Jika dikaitkan dengan tingkat pendidikan keluarga maka sebagian besar informan memiliki riwayat pendidikan sekolah dasar. Pada tingkat pendidikan tersebut maka keluarga tidak mudah mengerti permasalahan yang dihadapi keluarga. Salah satu tugas keluarga dibidang kesehatan yaitu mengenal masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Ketidaksanggupan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan pada keluarga salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang pengertian, tanda dan gejala, perawatan dan pencegahan

mengakibatkan perawatan tidak optimal (Pratama et al., 2015; Saswati, Dasuki, & Ermayani, 2017).

Pengalaman keluarga pasien yang kedua yaitu tidak mengetahui efek samping obat. Obat-obatan psikotik memiliki efek samping membuat pasien mengantuk. Ketika pasien banyak tidur setelah diberikan obat, keluarga merasa efek ini mengganggu kehidupan pasien. Dampak ketidaktahuan keluarga pasien ini menyebabkan obat yang seharusnya diberikan, menjadi tidak diberikan (Anggraini, 2015).

Secara teoritis pengobatan dengan antipsikotik efektif mengurangi angka terjadinya relaps tetapi 30%-40% pasien mengalami relaps pada satu tahun setelah keluar dari rumah sakit meski mereka tetap meminum obat. Mengkombinasikan antara pengobatan antipsikotik dengan pendekatan psikososial merupakan suatu cara yang efektif dibandingkan hanya dengan obat saja dalam mencegah terjadinya *relaps* pada pasien skizofrenia (Pedersen et al., 2019).

Tema yang kedua yaitu perawatan keluarga. Peneliti tema membagi menjadi 4 kelompok yaitu aktifitas pasien, keluhan tentang pasien, program pengobatan, jenis pengobatan. Pada aktifitas pasien terdapat variasi aktifitas yang dilakukan pada pasien yaitu jalan-jalan di kampung, tidak bekerja, tidur, merokok dan solat di masjid. Tidak ada satupun pasien skizofrenia yang memiliki aktifitas produktif seperti bekerja, membuat kerajinan dan lainnya. Hal ini dapat disebabkan oleh 2 faktor yaitu kemauan dan kesempatan didalam bekerja. Terdapat opini yang menyatakan bahwa pasien skizofrenia sebenarnya mampu bekerja, akan tetapi akibat telah merasa nyaman dengan tidak bekerja sudah mendapatkan yang diinginkan, maka pasien menjadi malas bekerja.

Faktor kesempatan dipengaruhi oleh 2 hal yaitu pelatihan kerja dan lapangan pekerjaan itu sendiri. Mata pencarian utama penduduk area penelitian adalah buruh tani. Tidak ada keahlian khusus yang diperlukan didalam bekerja sebagai buruh tani, akan tetapi karena pekerjaan tersebut dianggap berat maka pasien skizofrenia yang ingin bekerja sebagai buruh tani tidak ada (Dilfera & Harahap, 2018). Pelatihan kerja di area penelitian tidak pernah diadakan. Situasi ini membuat pasien tidak bisa bekerja secara mandiri atau wiraswasta. Para pengusaha penggergajian kayu disekitar area penelitian pun tidak memberikan kesempatan pasien untuk bekerja dikarenakan takut seandainya pasien marah-marah.

Tidak adanya aktifitas positif pada pasien skizofrenia menyebabkan pasien menyendiri. Pasien merasa tidak dibutuhkan dan tidak berguna sehingga akan mengisolasi diri. Isolasi diri inilah yang menjadi awal mula terjadinya halusinasi. Pasien yang mengalami halusinasi berpotensi untuk melakukan tindak kekerasan dan membahayakan masyarakat (Amelia & Anwar, 2013; Nyoparandos, 2018).

Selanjutnya adalah keluhan tentang pasien. Terdapat variasi keluhan pasien yaitu pelupa, pemarah, tidak tidur, malas mandi, dan mengompol. Pasien skizofrenia mengalami gangguan pada proses pikir dan emosi. Hal ini sesuai dengan teori Eugen Bleuler yaitu pada pasien skizofrenia menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler menyatakan pasien skizofrenia mengalami gejala primer seperti gangguan proses pikir, gangguan emosi, gangguan kemauan dan otisme dan gejala sekunder berupa waham, halusinasi dan gejala katatonik atau gangguan psikomotorik yang lain. Akibat dari gangguan ini maka pasien menjadi pelupa, pemarah, tidak tidur, malas mandi, dan mengompol (Permatasari & Gamayanti, 2014).

Selain teori Eugen Bleuler terdapat teori lain yang menyebutkan skizofrenia disebabkan oleh kelainan enzim dopamine pada sistem syaraf otak sehingga

mengganggu fungsi sistemik dan impuls syaraf otak. Kondisi ini mengakibatkan kegagalan neurotransmitter dalam mengolah informasi ke otak sehingga timbul respon yang tidak seharusnya seperti munculnya halusinasi auditori baik visual maupun pendengaran, adanya waham (keyakinan palsu yg bertentangan dengan realitas) sehingga muncul tingkah laku abnormal, delusi adalah keyakinan bahwa seseorang seolah-olah mengalami sesuatu (alam khayal), komunikasi kacau, suka menyendiri dan tidak dapat dikontrol (Dilfera & Harahap, 2018).

Sub tema selanjutnya adalah program pengobatan. Terdapat beragam aktifitas didalam program pengobatan yaitu memberikan obat, tidak mengambil obat, dan tidak teratur memberikan obat. Program pengobatan dapat dibagi menjadi 3 tahap yaitu pengambilan obat pada fasilitas kesehatan, pemberian obat pada pasien dan evaluasi hasil pengobatan. Pada tahap pengambilan obat di fasilitas kesehatan (faskes) beberapa keluarga dapat mengambil obat sendiri, beberapa difasilitasi kader kesehatan dan lainnya tidak mengambil obat. Terdapat kendala jarak yang jauh antara faskes dan rumah warga membuat warga tidak mampu mengambil obat, selain itu kurangnya perhatian pemegang kebijakan untuk pembentukan kader kesehatan jiwa membuat obat tidak terdistribusi dengan baik.

Permasalahan didalam pemberian obat oleh keluarga yaitu cara pemberian obat kepada pasien. Saat obat dicampur dengan pisang ataupun nasi, maka pasien akan mengenali makanannya telah diberi obat sehingga tidak dikonsumsi oleh pasien. Tidak ada tehnik khusus yang menyebutkan cara pemberian obat pada pasien skizofrenia. Perlu adanya kajian berdasarkan evidence based tentang cara pemberian obat pada pasien skizofrenia.

Sub tema selanjutnya adalah jenis pengobatan. Terdapat beragam beberapa jenis pengobatan yang diberikan yaitu obat puskesmas, dan suntik dari petugas RS. Dari keseluruhan pasien skizofrenia tidak ada yang pernah mendapatkan perawatan di RS khusus jiwa. Jika di analisis terdapat 2 RSJ diarea madiun yaitu RSJ Surakarta Dan RSJ Menur Surabaya, akan tetapi keluarga tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut. Penatalaksanaan yang menyeluruh pada RS khusus jiwa berdampak pada percepatan sosialisasi pasien. Prinsip pengobatan pasien skizofrenia tidak hanya bertumpu pada obat akan tetapi terapi perilaku juga perlu dilakukan.

4. KESIMPULAN

Peran keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia yaitu sebagian keluarga mampu mengenal masalah pasien, dan sebagian lagi tidak mampu mengenal masalah pasien. Perawatan yang dilakukan keluarga yaitu mengidentifikasi aktifitas pasien, keluhan pasien, memberikan pengobatan, memahami jenis pengobatan. Peran lingkungan belum optimal dalam perawatan pasien skizofrenia. Sebagian keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan dan sebagian lagi tidak memanfaatkan. Perlu upaya dari pemerintah dan kader kesehatan dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Al, A., & Hasan, H. (2019). The effect of a family intervention on primary caregivers psychological outcomes : Findings from the integrative literature review. *Perspect Psychiatr Care*, 55(November 2018), 277–290. <https://doi.org/10.1111/ppc.12339>
- Amelia, D. R., & Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 01(01), 53–65.
- Anggraini, D. (2015). *Hubungan antara kemandirian dengan kualitas hidup klien*

- skizofrenia di klinik keperawatan RSJ Grhasia diy.*
- Dalimunthe, D. Y. (2019). Hubungan Mekanisme Koping Keluarga dengan Kemampuan Keluarga MErawat Pasien Skizofrenia di Poliklinik Jiwa RSJ Prof Dr M Ildrem Medan. *Poltekkes Medan*, 5(1), 1–9.
- Dilfera, & Harahap, R. M. (2018). Faktor yang Berhubungan dengan Kasus Skizofrenia. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 1(2), 78–92.
- Hidayati, E. (2012). Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ Dr Amino Gondohutomo Kota Semarang. *Jurnal Unimus*, 304–312.
- Kementerian Kesehatan. (2018). Hasil Utama Riskesdas 2018. *Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 1–220.
- Moleong, L. J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rosda.
- Nyoparandos, I. (2018). *Hubungan dukungan keluarga terhadap tingkat kekambuhan pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa grhasia d.i. yogyakarta*. Yogyakarta.
- Pedersen, H. S., Vestergaard, M., Nordentoft, M., Laursen, T. M., & Mors, O. (2019). Schizophrenia and attendance in primary healthcare: a population-based matched cohort study. *Scandinavian Journal Of Prymary Health Care*, 37(3), 358–365.
- Permatasari, V., & Gamayanti, W. (2014). Gambaran Penerimaan Diri (Self-Acceptance) pada Orang yang Mengalami Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi*, 3(1), 139–152.
- Pratama, Y., Syahrial, & Ishak, S. (2015). Hubungan Keluarga Pasien Terhadap Kekambuhan Skizofrenia Di RSJ Aceh. *Jurnal KEdokteran Syiah Kuala*, 15(2), 77–86.
- Saswati, N., Dasuki, & Ermayani. (2017). Hubungan pengetahuan dan perilaku peran keluarga dalam melakukan perawatan pasien skizofrenia di RSJD Provinsi Jambi. *Riset Informasi Kesehatan*, 6(2), 136–141.
- Zahnia, S., Sumekar, D. W., Kedokteran, F., Lampung, U., Ilmu, B., Komunitas, K., ... Kedokteran, F. (2013). Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Jurnal Majority*, 5(4), 160–166.
- Zahra, R. F., & Sutejo. (2019). Hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poliklinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY The correlation between instrumental support and burden of family members among schizophrenia patients at Mental Treatmen. *Caring : Jurnal Keperawatan*, 8(1), 9–14.
- Zubaidiah, S., Jaapar, S., Rasdi, N., Othman, Z., Hussin, S., & Mohammad, J. A. (2020). The Effect of Psychosocial Rehabilitation on Perceived Stigma among Patients with Schizophrenia in Kelantan , Malaysia. *International Medical Journal*, 27(1), 8–12.