

**GAMBARAN BEBAN *CAREGIVER* KELUARGA ORANG
DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Kuliah Skripsi



Oleh

DHEA RIZQA MAULIDYA

NIM 22020118130135

**DEPARTEMEN ILMU KEPRAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, AGUSTUS 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Skripsi** yang berjudul:

GAMBARAN BEBAN *CAREGIVER* KELUARGA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Dhea Rizqa Maulidya

NIM : 22020118130135

Telah disetujui sebagai **usulan** penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk direview

Pembimbing,



Ns. Muhammad Mu'in, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.Kom

NIP. 197710042005011004

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan FK UNDIP



Agus Santoso, S.Kp., M.Kep

NIP. 197208211999031002

LEMBAR PENGESAHAN

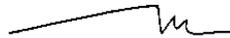
Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa **Skripsi** yang berjudul:

GAMBARAN BEBAN *CAREGIVER* KELUARGA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA

Dipersiapkan dan disusun oleh:
Nama : Dhea Rizqa Maulidya
NIM : 22020118130135

Telah diuji pada 4 Agustus 2022 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk **mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan**

Ketua Penguji,



Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc.
NIP. 196005151983032002

Anggota Penguji,



Ns. Nur Hafizhah Widyaningtyas, S.Kep., M.Kep.
NIP. 199304202019032024

Pembimbing,



Ns. Muhammad Mu'in, S.Kep., M.Kep, Sp.Kep.Kom
NIP. 197710042005011004

Mengetahui,
Ketua Departemen Ilmu Keperawatan



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 197109191994031001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan skripsi keperawatan dengan judul “**Gambaran Beban *Caregiver* Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)**”. Penyusunan skripsi dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian strata satu pada Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Semarang.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dan kelemahan dalam skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan proposal skripsi ini, sehingga proposal skripsi dapat digunakan sebagai penambahan ilmu dan jembatan pengembangan penelitian lainnya.

Semarang, Agustus 2022

Dhea Rizqa Maulidya

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | ii |
| LEMBAR PENGESAHAN | iii |
| KATA PENGANTAR | iv |
| DAFTAR ISI..... | v |
| DAFTAR TABEL..... | vii |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | viii |
| ABSTRAK..... | ix |
| BAB I PENDAHULUAN..... | 1 |
| 1.1. Latar Belakang..... | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 10 |
| 1.3. Tujuan Penelitian..... | 11 |
| 1.4. Manfaat Penelitian..... | 12 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 14 |
| 2.1 Konsep Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)..... | 14 |
| 2.2 Konsep Keluarga | 21 |
| 2.3 Keluarga sebagai <i>Caregiver</i> | 35 |
| 2.4 Kerangka Teori..... | 45 |
| 2.5 Kerangka Konsep | 45 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 47 |
| 3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian..... | 47 |
| 3.2. Populasi dan Sampel Penelitian..... | 47 |
| 3.3. Tempat dan Waktu Penelitian | 49 |
| 3.4. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran | 49 |
| 3.5. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data | 52 |
| 3.6. Teknik Pengolahan dan Analisis Data..... | 55 |
| 3.7. Etika Penelitian..... | 59 |
| BAB IV HASIL PENELITIAN | 63 |
| 4.1. Gambaran Umum | 63 |
| 4.2. Karakteristik <i>Caregiver</i> Keluarga | 64 |

| | |
|--|----|
| 4.3. Beban <i>Caregiver</i> Keluarga ODGJ..... | 66 |
| BAB V PEMBAHASAN | 71 |
| 5.1. Karakteristik <i>Caregiver</i> Keluarga | 71 |
| 5.2. Beban <i>Caregiver</i> Keluarga ODGJ..... | 77 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN | 86 |
| 6.1. Kesimpulan..... | 86 |
| 6.2. Saran..... | 87 |
| DAFTAR PUSTAKA | 89 |
| LAMPIRAN..... | 98 |

DAFTAR TABEL

| Nomor | Judul Tabel | Halaman |
|-------|---|---------|
| 1. | Definisi Operasional | 50 |
| 2. | Instrumen Penelitian Kuesioner BSFC | 53 |
| 3. | Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden | 64 |
| 4. | Distribusi Frekuensi Nilai Item Kuesioner BSFC | 66 |
| 5. | Distribusi Frekuensi Beban <i>Caregiver</i> Keluarga ODGJ | 67 |
| 6. | Distribusi Frekuensi <i>Crosstab</i> Karakteristik dan Beban <i>Caregiver</i> Keluarga ODGJ | 68 |

DAFTAR LAMPIRAN

| Nomor | | Halaman |
|-------|---------------------------------------|---------|
| 1. | <i>Ethical Clearance</i> | 98 |
| 2. | Surat Izin Penelitian | 99 |
| 3. | Instrumen Penelitian | 100 |
| 4. | Daftar Responden Penelitian | 104 |
| 5. | Uji Validitas Kuesioner Penelitian | 105 |
| 6. | Uji Realibilitas Kuesioner Penelitian | 106 |

ABSTRAK

Dhea Rizqa Maulidya

**Gambaran Beban *Caregiver* Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
vii + 100 Halaman + 6 Tabel + 6 Lampiran**

Caregiver keluarga merupakan pendukung utama dalam perawatan ODGJ di rumah. Proses perawatan ODGJ di rumah seringkali menimbulkan beban pada *caregiver* keluarga, baik beban fisik, sosial, emosional, maupun finansial. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran beban keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat, Kabupaten Sambas. Populasi penelitian adalah seluruh *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat, sebanyak 112 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling*, yaitu seluruh anggota populasi akan digunakan sebagai sampel, dengan syarat memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, sehingga sampel penelitian berjumlah 102 responden. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang dibagikan secara langsung kepada responden, yang terdiri dari kuesioner data demografi dan kuesioner *Burden Scale for Family Caregivers (BSFC)* yang telah memenuhi nilai validitas dan nilai reliabilitas. Analisis data yang digunakan adalah analisis data univariat. Hasil penelitian mendapatkan jika mayoritas *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat memiliki beban dengan kategori sedang. Tingkat pengetahuan yang rendah, kondisi ekonomi yang terbatas, serta kelelahan fisik akibat faktor usia seringkali menimbulkan beban yang dialami *caregiver* keluarga ODGJ. Berdasarkan hasil tersebut, peneliti menyarankan agar *caregiver* keluarga dapat mencoba untuk membagi peran *caregiver* dan mengungkapkan beban yang dirasakan bersama anggota keluarga lain, mencari pengalihan sementara seperti hobi serta lebih aktif dalam mencari informasi dan kooperatif mengikuti program kesehatan jiwa di Puskesmas. Puskesmas dapat membentuk grup pertemuan antar *caregiver* keluarga di daerah sebagai wadah untuk berbagi pengalaman.

Kata Kunci: Beban, *Caregiver* keluarga, ODGJ, Gangguan Jiwa

Daftar Pustaka: 48 (2014 – 2022)

Department of Nursing
Faculty of Medicine
Diponegoro University
August, 2022

ABSTRACT

Dhea Rizqa Maulidya

Image of Family Caregiver Burden in Caring for People with Mental Disorders
ix + 100 Pages + 6 Tables + 6 Attachments

Family caregivers are the main support in mental care for people with mental disorders at home. Caregiving for people with mental disorders often creates physical, social, emotional, and financial burden on family caregivers. This study aims to determine the description of family caregivers' burden during the caring process for family members with mental disorders in Teluk Keramat District, Sambas Regency. The population was all caregivers of people with mental disorders, with a total of 112 people. Total sampling was used for the technique sampling, that means all the population as samples, provided that it met the inclusion and exclusion criteria, so the research sample amounted to 102 respondents. Data were collected through questionnaire that were distributed directly to respondents, which consisted of demographic data and Burden Scale for Family Caregivers (BSFC) questionnaire, that had met the validity and reliability scores. Univariate data analysis was used in data analysis. The study found that majority of family caregivers of people with mental disorders in Teluk Keramat District had moderate burden. Low levels of knowledge, limited economic conditions, and physical fatigue due to age often create burden for family caregivers. Based on these results, the researcher suggests that family caregivers can try to share the caregiver's role and their burden with other family members, seek temporary diversions such as hobbies and be more active in seeking information and cooperatively participate in mental health programs at the public health center. The public health center can form a meeting group between family caregivers in the area as a forum for sharing experiences.

Keywords: Burden, Family Caregiver, People with Mental Disorders

Bibliography: 48 (2014 – 2022)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Manusia merupakan makhluk hidup, yang mana untuk menjalani kehidupan secara berkualitas, manusia harus berada dalam kondisi yang sehat. *World Health Organization* (WHO) menjelaskan bahwa makna sehat secara luas, tidak hanya terpaku pada kondisi ketika seseorang bebas dari suatu penyakit atau disabilitas, namun juga kondisi optimal baik secara fisik, psikis dan sosial.¹ Manusia seringkali lupa jika kesehatan tidak hanya terbatas pada kesehatan fisik, namun juga kesehatan secara psikologis, sosial serta spiritual, yang menyebabkan manusia disebut sebagai makhluk holistik.²

Kesehatan jiwa sangat perlu diperhatikan dalam mencapai kesehatan secara menyeluruh. Kesehatan jiwa yang baik dapat membantu individu untuk mengetahui potensi, menghadapi tekanan kehidupan, produktif dalam bekerja, serta berkontribusi di dalam komunitas.³ Terdapat tiga faktor umum yang dapat mempengaruhi kesehatan jiwa seseorang, yaitu faktor somatogenik (seperti trauma otak akibat kecelakaan, masalah sistem persarafan), faktor psikogenik individu (seperti peran diri, interaksi dengan orang lain, konflik), serta faktor sosial budaya (seperti lingkungan keluarga, status ekonomi, pola asuh keluarga, fasilitas pelayanan kesehatan).⁴

WHO menyebutkan jika pada tahun 2017, jumlah penduduk yang mengalami depresi adalah sekitar lebih dari 300 juta penduduk, yang mana

menempatkan depresi menjadi kontributor terbesar penyebab disabilitas (7,5%), diikuti oleh kecemasan yang berada di posisi 6 (3,4%).⁵ Data *Global Burden of Disease* (GBD), menyebutkan jika jumlah gangguan jiwa berupa depresi dan *anxiety disorders* secara global pada tahun 2021 telah mengalami peningkatan yang cukup drastis, terutama selama pandemi COVID-19, yaitu yang awalnya jumlah penderita depresi adalah sekitar 298 juta menjadi 374,2 juta, dan jumlah penderita *anxiety disorders* yang awalnya berjumlah 193 juta menjadi 246,2 juta penduduk.⁶ *Mental disorders* sering terjadi di negara dengan ekonomi sedang sampai ke bawah atau negara berkembang, dikarenakan tingkat pertumbuhan penduduk dan penuaan di negara-negara tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan negara yang lebih maju.⁷

Negara Indonesia merupakan salah satu negara berkembang di dunia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2018 telah mendata bahwa penderita gangguan depresi sudah mulai terlihat pada usia remaja (15-24 tahun) dengan prevalensi 6,2%, minoritas pada rentang usia 25 – 34 tahun dengan prevalensi 5,4%, dan mayoritas pada usia >75 tahun dengan prevalensi 8,9%. Prevalensi ODGJ di rumah pada tahun 2018 terdapat sekitar 7 per mil atau 7 rumah tangga di setiap 1000 rumah, yang menyebabkan perkiraan jumlah ODGJ berat di Indonesia adalah sekitar 450 ribu penderita. Riskesdas juga menyebutkan jika gangguan jiwa berupa Skizofrenia/Psikosis lebih banyak terjadi di pedesaan (7%), dibandingkan dengan perkotaan (6,7%). Kalimantan Barat adalah salah satu provinsi yang menduduki posisi 10 besar provinsi yang prevalensi Anggota Rumah Tangga (ART) dengan ODGJ tertinggi di

Indonesia, yaitu berkisar 7,9% dari prevalensi nasional yang memiliki prevalensi 6,7%. Kalimantan Barat merupakan salah satu Kabupaten/Kota yang belum memiliki Puskesmas untuk menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.⁸

Masalah kesehatan jiwa adalah salah satu masalah kesehatan yang belum mendapat cukup perhatian di dunia, terutama di Indonesia.^{2,9}. Kesehatan jiwa mulai mengalami peningkatan perhatian setelah studi yang dilakukan oleh WHO pada tahun 2016 mengenai beban yang terjadi akibat gangguan kesehatan jiwa. Studi menunjukkan hasil bahwa terdapat beban yang cukup besar (8,1%), akibat mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa memang tidak menyebabkan kematian secara langsung pada ODGJ, namun efek yang terjadi dapat berupa penderitaan dan beban berat kepada ODGJ dan keluarga, baik secara fisik, psikologis, maupun ekonomi, dikarenakan ODGJ cenderung mengalami penurunan produktivitas dan penurunan kualitas kesehatan.⁹

Keluarga merupakan *support system* utama bagi ODGJ dalam proses *recovery*, yang mana menyebabkan keluarga memerlukan kemampuan untuk merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.¹⁰ Friedman menyebutkan jika keluarga memiliki lima fungsi dan salah satu fungsi tersebut adalah keluarga sebagai perawat kesehatan. Peran keluarga dalam melaksanakan fungsi perawat kesehatan adalah kemampuan keluarga untuk mengidentifikasi masalah kesehatan di dalam keluarga, menentukan keputusan yang tepat mengenai masalah kesehatan keluarga, merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, menciptakan dan mempertahankan rumah yang sehat,

serta kemampuan keluarga dalam mengoptimalkan fasilitas yang tersedia.¹¹ Salah satu aplikasi dari peran keluarga sebagai perawat kesehatan adalah keluarga menjadi *caregiver* utama dalam perawatan ODGJ selama di rumah.¹²

Caregiver memiliki peran yang sangat penting dalam membantu individu dalam fase rehabilitasi atau perawatan *homecare*, seperti ODGJ yang menjalani perawatan di rumah. Hal ini dikarenakan *caregiver* membantu ODGJ dalam perawatan diri, membantu memperbaiki masalah perilaku, membantu menyediakan berbagai kebutuhan individu, meminimalisir gejala fisik yang muncul akibat penurunan kesehatan, serta mengurangi risiko kematian.¹³ *Caregiver* membantu ODGJ untuk menyesuaikan diri terhadap lingkungan, yang awalnya melakukan perawatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan menjadi perawatan komunitas dan keluarga. Keluarga sebagai orang terdekat penderita seringkali akan menjadi *caregiver* utama, terutama jika penderita menjalani perawatan jangka panjang.¹⁴

Keluarga sebagai *caregiver* ODGJ, seringkali menghadapi tekanan, baik fisik, mental, emosional, sosial, maupun finansial. Tidak sedikit keluarga yang mengaku jika mereka merasa terbebani untuk merawat ODGJ di rumah. Hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kebutuhan dan masalah kesehatan ODGJ, ketidakmampuan keluarga dalam menangani penderita (seperti, masalah perilaku), perasaan kesepian atau isolasi karena kurangnya dukungan dari masyarakat, tenaga kesehatan atau profesional, serta masalah ekonomi yang seringkali menyebabkan keluarga tidak mampu untuk membeli obat ataupun membantu ODGJ mengikuti

terapi.¹⁵ Tekanan atau stres yang dirasakan keluarga dapat menimbulkan emosi negatif, baik kepada keluarga maupun kepada ODGJ. Keluarga yang memiliki tingkat beban tinggi dapat berisiko mengalami masalah kesehatan, baik itu gejala fisik (seperti gangguan tidur, *fatigue*, nyeri), maupun mental (seperti, isolasi sosial, ansietas, depresi). Beban yang dirasakan keluarga juga menyebabkan keluarga dapat bersikap negatif terhadap ODGJ, seperti pengisolasian, perlakuan tindakan kekerasan, serta penelantaran terhadap ODGJ.¹⁶

Efek yang dihadapi *caregiver* juga telah diteliti dalam beberapa penelitian. Giandatenaya & Sembiring pada tahun 2021, mengungkap bahwa risiko yang harus diatasi *caregiver* keluarga salah satunya yaitu stres yang merupakan bagian dari emosi negatif. Apabila emosi negatif yang dirasakan tidak teratasi, maka akan berefek negatif pada perawatan *caregiver* yang dapat memicu kekambuhan pada pasien ODGJ. Oleh karena itu, dengan berbagai permasalahan psikologis yang dihadapi *caregiver*, ada beberapa upaya yang harus dilakukan untuk memberikan perawatan yang terbaik. Upaya tersebut ialah meningkatkan kemampuan dan penyesuaian diri *caregiver* keluarga terhadap situasi ketika menghadapi pasien ODGJ.¹⁷

Berbagai penelitian terkait *caregiver* selama 10 tahun terakhir ini berfokus pada efek dan risiko yang dirasakan selama menjadi *caregiver*, seperti penelitian oleh Andriani pada tahun 2017, yang menyatakan bahwa *caregiver* pasien dengan gangguan psikotik cenderung terfokus pada sisi negatif kehidupan, seperti beban (*burden*), EE (*expressed emotion*), dan stigma

yang ada.¹⁸ Penelitian Behrouian pada tahun 2020 juga mempertegas jika *caregiver* ODGJ berisiko mengalami masalah berupa kecemasan, kesedihan, amarah, perasaan putus asa, malu, bersalah, serta beberapa disabilitas selama proses merawat.¹⁹

Addiba pada tahun 2020 juga melakukan penelitian yang menyatakan adanya hubungan bermakna antara beban keluarga dengan kemampuan keluarga merawat *Activity of Daily Living* (ADL) pasien skizofrenia di poliklinik RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang. Uji statistik menunjukkan hubungan negatif antara beban keluarga dengan kemampuan keluarga memenuhi *Activity of Daily Living* (ADL) pasien skizofrenia di poliklinik RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang. Hal ini berarti, jika keluarga memiliki beban yang ringan maka keluarga, maka semakin mampu keluarga melakukan perawatan ADL pada pasien skizofrenia.²⁰

Chen dkk., pada tahun 2019 juga meneliti mengenai beban, dukungan dan kebutuhan keluarga sebagai *caregiver* primer dalam merawat orang dengan skizofrenia, mendapatkan hasil bahwa sebagian besar partisipan mengatakan mereka memiliki beban hidup dan memiliki pengalaman negatif ketika menerima dukungan dari masyarakat, serta mengindikasikan bahwa mereka membutuhkan lebih banyak dukungan. Beban utama yang dihadapi keluarga adalah beban keuangan dan tugas sehari-hari, interaksi sosial yang terbatas serta tekanan psikologis. Dukungan yang sudah diberikan kepada keluarga adalah bantuan keuangan dari pemerintah, ketersediaan fasilitas medis, serta penyuluhan informasi dan pendidikan dari profesional dan tenaga kesehatan.

Keluarga menyebutkan jika bantuan yang masih perlu digalakkan adalah bantuan keuangan terutama pada pasien dengan skizofrenia, minimalisir diskriminasi di masyarakat, serta lembaga rehabilitasi yang lebih terjangkau.²¹

Pandemi COVID-19 sudah hampir 2 tahun menarik perhatian dunia dengan penyebaran dan penularannya yang cepat. Tidak sedikit masyarakat yang merasakan dampak pandemi COVID-19. Dampak tersebut tidak hanya dalam bentuk fisik, namun juga mental, hambatan dalam pendidikan dan kerja, serta penurunan sosialisasi di masyarakat dikarenakan *social distancing*. Hal ini tentu saja menyebabkan masyarakat mengalami *stress* dan mengalami kesulitan dalam beradaptasi, termasuk keluarga yang menjadi *caregivers* ODGJ.^{22,23} Penelitian yang dilakukan oleh Rusell dkk. pada tahun 2020, menemukan bahwa semakin tinggi *caregiver burden* yang dialami oleh *caregiver*, maka semakin tinggi ansietas dan depresi yang dialami *caregiver*. Penelitian ini juga menemukan jika *caregiver burden* lebih tinggi dialami oleh keluarga dengan jenis kelamin laki-laki dibandingkan perempuan. Mayoritas *stress* yang dialami oleh orang tua laki-laki (ayah) cenderung berhubungan dengan pekerjaan yang tidak stabil selama pandemi COVID-19, yang menyebabkan terjadi ketidakstabilan ekonomi keluarga. Hasil juga menunjukkan jika *caregiver burden* yang dialami tidak berhubungan dengan hubungan orang tua-anak atau kedekatan antara orang tua-anak.²³

Survei data awal mendapatkan bahwa jumlah ODGJ yang terdata di Kabupaten Sambas adalah sejumlah 928 ODGJ. Kecamatan Teluk Keramat merupakan Kecamatan terbesar dari 19 kecamatan di Kabupaten Sambas.

Kecamatan Teluk Keramat terdiri dari 25 desa dari 193 desa yang ada di Kabupaten Sambas. Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas juga memiliki ODGJ yang terbanyak di Kabupaten Sambas, yaitu 112 ODGJ yang tersebar di 3 wilayah Puskesmas, yaitu Puskesmas Sekura (10 desa), Puskesmas Pimpinan (10 desa) dan Puskesmas Sungai Baru (5 desa).

Mayoritas karakteristik *caregiver* ODGJ di wilayah Kabupaten Sambas bekerja sebagai petani dengan tingkat pendidikan yang rendah atau Sekolah Dasar. Penghasilan yang tidak seberapa sering menyebabkan *caregiver* keluarga mengalami kesulitan untuk memenuhi kehidupan sehari-hari, sehingga kebutuhan ODGJ juga sering tidak dapat dipenuhi, seperti pembelian obat atau pemeriksaan ODGJ ke fasilitas kesehatan. *Caregiver* keluarga juga mengatakan jika mereka merasa putus asa terhadap keadaan ODGJ dan merasa bahwa ODGJ tidak akan bisa kembali ke keadaan normal. Keberadaan ODGJ yang ditelantarkan dan dibiarkan di jalanan tanpa pengawasan, menandakan jika keluarga, masyarakat maupun fasilitas kesehatan belum memberikan dukungan optimal terhadap ODGJ dan *caregiver* keluarga.

Masalah kesehatan jiwa masih belum mendapatkan perhatian yang serius, walaupun sudah ada program kesehatan jiwa di puskesmas. Puskesmas masih terfokus kepada upaya promotif dan preventif masalah kesehatan fisik. Masalah ekonomi dan pembiayaan kesehatan masyarakat cenderung menilai bahwa masalah kesehatan jiwa bukanlah penyakit yang membahayakan dan menular sampai mematikan, sehingga tidak diutamakan atau tidak mendapat perhatian khusus. Masyarakat lebih memilih membuatkan tempat atau kamar

khusus bagi anggota keluarganya yang menderita gangguan jiwa dibandingkan harus mengantar ke rumah sakit jiwa dengan alasan biaya dan keterbatasan waktu mereka untuk mengurus penderita yang sakit. Selain itu, masalah sosial dan stigma negatif di masyarakat yang beranggapan jika keluarga dengan ODGJ merupakan aib atau membuat malu keluarga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi *caregiver* ODGJ di daerah.

Penanganan ODGJ berada di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Dinas Kesehatan, yang penjabaran kegiatannya dilaksanakan oleh puskesmas melalui Program Kesehatan Jiwa (Keswa). Kegiatan Program Keswa yang dilaksanakan oleh pemegang program di Puskesmas terlihat belum dilakukan secara proaktif, yang terlihat dari belum adanya pemetaan ODGJ. Kegiatan penanganan dilakukan ketika terdapat laporan dari keluarga atau masyarakat yang meresahkan, kemudian pihak puskesmas bersama Bhabinkamtibmas (Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat) akan turun menjemput ODGJ untuk dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut atau Rumah Sakit Jiwa. Pelayanan poli rawat jalan di Puskesmas sudah ada namun belum banyak keluarga dengan ODGJ yang memanfaatkannya dengan alasan jarak ke Puskesmas yang relatif jauh dan kesulitan dalam mengajak ODGJ untuk ikut hadir melakukan pengobatan ke poli rawat jalan. Upaya promosi dan preventif kesehatan jiwa juga belum aktif digalakkan oleh posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), dikarenakan tenaga kesehatan dan kader lebih berfokus kepada masalah kesehatan fisik, seperti *stunting*, KIA, maupun pencegahan COVID-19.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk meneliti fenomena tentang Gambaran Tingkat Beban Keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas, karena selain Kecamatan Teluk Keramat memiliki penderita ODGJ terbesar di Kabupaten Sambas, juga belum ada penelitian yang meneliti di daerah tersebut, karena daerah tersebut termasuk daerah pedalaman yang jauh dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) Rumah Sakit Jiwa, sehingga perawatan atau *caregiver* pada penderita ODGJ sebagian besar dilakukan di masyarakat khususnya keluarga, apalagi di masa pandemi COVID-19 banyak keluarga yang terdampak pandemi yang tentunya berdampak terhadap beban keluarga. Peneliti juga tertarik untuk menggunakan kuesioner *Burden Scale for Family Caregivers* oleh Graessel yang dinilai memiliki item pernyataan yang lebih komprehensif dibandingkan penelitian sebelumnya, terutama dalam penggambaran hubungan keluarga.

1.2. Rumusan Masalah

Masalah kesehatan jiwa belum mendapat perhatian yang cukup, terutama di Indonesia. Stigmatisasi yang tidak tepat dan pengetahuan masyarakat yang rendah menyebabkan banyak terjadinya dampak negatif kepada ODGJ maupun keluarga. Keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam membantu dalam proses penyembuhan ODGJ, sehingga kesiapan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sangat diperlukan. Beban yang dialami *caregiver* keluarga selama merawat ODGJ

dapat menyebabkan *caregiver* keluarga berespon negatif, yang akhirnya tidak hanya mempengaruhi *caregiver* keluarga tersebut, namun juga berdampak pada perawatan ODGJ. Keberlangsungan pandemi COVID-19 yang masih meresahkan masyarakat juga menyebabkan meningkatkan tekanan yang dialami *caregiver* keluarga dalam merawat ODGJ. Fasilitas pelayanan kesehatan jiwa yang kurang memadai, seperti di Kecamatan Teluk Keramat serta program kesehatan jiwa yang belum proaktif juga menambah ketertarikan peneliti untuk mengetahui gambaran beban *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat, Kabupaten Sambas.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran beban keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Kecamatan Teluk Keramat, Kabupaten Sambas tahun 2022.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1. Mengetahui karakteristik demografi keluarga (usia, jenis kelamin, agama, pekerjaan, tingkat pendidikan dan hubungan dengan ODGJ) sebagai *caregiver* dalam merawat ODGJ di wilayah Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas

1.3.2.2. Mengetahui gambaran beban keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi *Caregiver* Keluarga ODGJ

Hasil penelitian diharapkan dapat membantu *caregiver* keluarga dalam memberikan pengasuhan secara efektif kepada ODGJ, terutama dalam mengidentifikasi beban *caregiver* keluarga yang dirasakan. Pengidentifikasi sumber beban yang dirasakan dapat membantu *caregiver* keluarga mencari solusi dan penanganan yang tepat dalam menangani atau meminimalisir beban yang dirasakan.

1.4.2. Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Manfaat penelitian untuk fasilitas pelayanan kesehatan, seperti puskesmas adalah dapat dijadikan sebagai sumber informasi tentang gambaran beban *caregiver* keluarga dalam melakukan pelayanan atau asuhan keperawatan kepada ODGJ di masyarakat, sehingga puskesmas dapat meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam membantu keluarga dalam merawat ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas.

1.4.3. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan maupun sebagai data dasar dalam proses pembelajaran yang berkaitan dengan gambaran tingkat beban keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat ODGJ. Institusi Pendidikan dapat menjadikan hasil penelitian menjadi bahan pengkajian atau analisis

untuk pengembangan penelitian selanjutnya, khususnya di bidang Keperawatan Jiwa.

1.4.4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan wawasan bagi peneliti dalam menerapkan pengetahuan yang didapat selama pendidikan dan hasil penelitian ini dapat membantu dalam memberikan gambaran karakteristik penderita gangguan jiwa, karakteristik keluarga, dan tingkat beban keluarga sebagai *caregiver* ODGJ, khususnya di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas, sehingga dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

2.1.1 Konsep Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa merupakan kemampuan seseorang untuk berkembang secara biologis, psikologis, sosial dan spiritual, sehingga terbentuk kesadaran akan kemampuan diri dalam mengatasi *stress*, dapat produktif dalam bekerja, dan mampu berkontribusi di komunitasnya.^{24,25} Kesehatan jiwa juga didefinisikan sebagai suatu kondisi sejahtera yang berhubungan dengan perasaan bahagia atau gembira, perasaan tenang, perasaan puas, mencapai aktualisasi diri, optimisme, serta mampu berpikir positif terhadap segala situasi yang dihadapi oleh diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan.²⁵ Jadi, kesehatan jiwa adalah kemampuan individu untuk berkembang secara holistik (biopsikososiospiritual), dengan indikator mampu menghadapi tekanan, bekerja produktif, berkontribusi di komunitas, serta dapat mencapai ketenangan, kebahagiaan, kepuasan, aktualisasi diri dan mampu mencari solusi untuk diri, orang lain dan lingkungan sekitar. Beberapa ahli berpendapat bahwa kesehatan jiwa bukan sekedar konsep sederhana dan tidak hanya mengenai satu aspek perilaku.²⁵

Masalah kesehatan jiwa umumnya dikategorikan menjadi dua kategori, yaitu Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang

Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). ODMK merupakan orang yang berisiko mengalami gangguan jiwa dengan ditandai adanya masalah fisik, mental, sosial, kualitas hidup, serta pertumbuhan dan perkembangan. ODGJ adalah kategori dimana seseorang mengalami gangguan jiwa dan umumnya sudah tidak memiliki kemampuan dalam menentukan realita atau tidak berpikir rasional (*insight* buruk).^{8,24}

2.1.2 Definisi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Menurut UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014, dijelaskan bahwa orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) merupakan “*orang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia*”.²⁴ Gangguan jiwa adalah bentuk manifestasi perilaku menyimpang yang diakibatkan oleh distorsi berupa emosi, sehingga individu bertingkah laku secara tidak wajar. Hal ini disebabkan karena segala fungsi kejiwaan individu mengalami penurunan.⁴

Gangguan jiwa menunjukkan pola perilaku atau emosional yang mengakibatkan terjadinya *distress*, disfungsi, penurunan *quality of life* (QoL), yang akhirnya menyebabkan gangguan psikososial.²⁶ Gangguan jiwa adalah sindrom yang disebabkan oleh berbagai penyebab dan bisa terjadi pada siapapun tanpa mengenal usia, jenis kelamin, agama, ras ataupun status sosial-ekonomi seseorang.^{4,27} Walaupun begitu,

masyarakat tradisional masih memiliki kepercayaan, seperti menganggap jika gangguan jiwa terjadi karena gangguan roh jahat. Kepercayaan-kepercayaan seperti ini seringkali menimbulkan stigma di masyarakat, yang mana akhirnya dapat merugikan tidak hanya ODGJ, namun keluarga ODGJ.⁴

Jadi ODGJ adalah individu yang mengalami gangguan baik pikiran, perilaku maupun perasaan yang menimbulkan terjadinya *distress*, disfungsi dan penurunan kualitas hidup. Gangguan jiwa bisa terjadi kepada siapa saja dan dimana saja. ODGJ dan keluarga masih sering mengalami diskriminasi dikarenakan stigma-stigma di masyarakat.

2.1.3 Tanda dan Gejala Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

ODGJ seringkali menunjukkan beberapa tanda dan gejala tertentu. Tanda dan gejala yang muncul dikelompokkan menjadi tiga kelompok besar, yaitu gangguan fungsi kognitif, gangguan fungsi afektif, serta gangguan fungsi psikomotor. Berikut adalah tanda dan gejala yang terlihat dari ketiga pengelompokkan tersebut:^{4,28}

2.1.3.1 Gangguan fungsi kognitif, yaitu segala masalah yang terjadi pada proses kognitif individu dalam mempertahankan dan menyadari interaksi yang dilakukan, baik dengan lingkungan di dalam tubuh, maupun lingkungan di luar. Proses kognitif terdiri dari kesadaran, perhatian, sensasi dan persepsi, memori, asosiasi, pikiran, serta pertimbangan. Contoh tanda dan gejala

yang dapat terjadi adalah ketidakmampuan individu untuk memahami dan mempersepsikan sesuatu (waham, halusinasi, depersonalisasi, derealisasi), gangguan proses berpikir (asosiasi longgar, inkoherensi, *flight of ideas*, sirkumstansial, tangensial), gangguan isi pikir (*blocking*, obsesi, fobia).

2.1.3.2 Gangguan fungsi afektif merupakan ketidakmampuan atau ketidaksesuaian seseorang dalam menunjukkan perasaan atau emosi, seperti seseorang yang merasa gembira ketika sedang berduka. Tanda dan gejala pada gangguan fungsi afektif terbagi menjadi dua, yaitu berkaitan dengan *mood* dan afek. Tanda dan gejala yang umumnya berhubungan dengan *mood* adalah kecemasan, ketakutan, depresi, kesedihan kronis, euforia, labil, disforia (perasaan buruk akan sesuatu, misalnya ketika menderita penyakit tertentu, perasaan bosan atau jenuh), elasi (suasana perasaan yang meningkat secara tiba-tiba, seperti pada mania), hipotimia (suasana perasaan yang tiba-tiba menurun), *irritable* (mudah tersulut emosinya atau mudah tersinggung), serta apatis. Tanda dan gejala yang berkaitan dengan afek adalah afek sempit (keterbatasan pengekspresian emosi, baik dalam bahasa, ekspresi wajah, maupun gerakan tubuh, misalnya pada anak yang mengalami retardasi mental), afek tumpul (tatapan mata kosong, minim bahasa tubuh, irama suara monoton, misalnya pada orang dengan skizofrenia), afek datar

(keterbatasan emosi paling berat, seperti tatapan mata kosong, irama suara datar, gerakan tubuh terbatas dan cenderung seperti robot, misalnya pada penderita sindrom ekstrapiramidal akibat penggunaan antipsikotik).

2.1.3.3 Gangguan fungsi psikomotor, yaitu gangguan yang terjadi pada gerakan tubuh akibat kondisi mental individu. Tanda dan gejala gangguan fungsi psikomotor contohnya adalah *stupor katatonia* (penurunan yang sangat berat dalam beraktivitas, tubuh seperti patung, terutama pada skizofrenia katatatonik), *furor katatonia* (aktivitas motorik yang meningkat secara berlebihan/ hiperaktivitas tanpa dipengaruhi faktor eksternal), *kataplesia* (sikap tubuh yang menetap dan tidak berubah dalam jangka waktu lama), *flexibilitas cerea* (sikap tubuh yang diatur oleh orang sedemikian rupa tanpa ada perlawanan), *negativisme* (penentangan terhadap stimulus atau perintah eksternal), dan *stereotipi* (gerakan berulang-ulang tanpa tujuan, biasanya pada salah satu anggota tubuh).

2.1.4 Penggolongan Gangguan Jiwa

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) di Indonesia, yang telah disesuaikan dengan ICD X, gangguan jiwa dikelompokkan sebagai berikut:^{4,27}

2.1.4.1 Gangguan mental organik, termasuk gangguan mental simtomatik (F00-F09)

- 2.1.4.2 Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif (F10-F19)
- 2.1.4.3 Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham (F20-F29)
- 2.1.4.4 Gangguan suasana perasaan/*mood*/afektif (F30-F39)
- 2.1.4.5 Gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stres (F40-F48)
- 2.1.4.6 Sindrom perilaku yang berkaitan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik (F50-F59)
- 2.1.4.7 Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa (F60-F69)
- 2.1.4.8 Retardasi mental (F70-F79)
- 2.1.4.9 Gangguan perkembangan psikologis (F80-F89)
- 2.1.4.10 Gangguan perilaku dan emosional dengan onset usia anak dan remaja (F90-F98)

2.1.5 Penyebab Gangguan Jiwa

Manusia pada umumnya memiliki respon somato-psiko-sosial dalam berinteraksi baik secara internal maupun eksternal. Hal ini menyebabkan, gangguan jiwa seringkali disebabkan oleh ketiga faktor ini. Berikut adalah faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa:^{4,27}

- 2.1.5.1 Faktor somatik (somatogenik), yaitu faktor yang berhubungan dengan neuroanatomi (sistem persarafan), neurofisiologi (gangguan sistem saraf), dan neurokimia, seperti tingkat

kematangan dan perkembangan, serta pengaruh faktor pranatal maupun perinatal individu.

2.1.5.2 Faktor psikologis (psikogenik), yaitu berhubungan dengan hubungan di dalam keluarga (seperti interaksi antara ibu dan anak, interaksi ayah dan anak, peran anggota keluarga, *persaingan* dengan saudara kandung, konflik keluarga) pekerjaan, serta hubungan di masyarakat. Faktor lainnya adalah konsep diri, pola adaptasi dalam menghadapi masalah, faktor intelegensi, serta tingkat perkembangan emosi. Masalah yang terjadi akibat faktor psikologis dapat menimbulkan reaksi berupa rasa bersalah berlebihan, rasa malu, kecemasan, ketakutan, serta depresi.

2.1.5.3 Faktor sosial budaya, yaitu berupa pola asuh keluarga, faktor kestabilan keluarga, status ekonomi, kondisi perumahan, masalah prasangka yang timbul di kelompok minoritas, ketidakadekuatan fasilitas kesehatan, masalah kesejahteraan, serta adanya pengaruh ras dan keagamaan.

2.1.6 Dampak Gangguan Jiwa bagi ODGJ

Berikut adalah dampak yang dirasakan oleh individu yang mengalami gangguan jiwa:^{15,29-31}

2.1.6.1 Penurunan *quality of life*, dikarenakan ODGJ cenderung mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar dan perawatan diri secara mandiri.

- 2.1.6.2 Produktivitas yang menurun bahkan tidak sama sekali
- 2.1.6.3 Menimbulkan permasalahan kesehatan lain, dikarenakan ODGJ tidak memiliki kemampuan untuk mempertahankan atau mengontrol kesehatannya
- 2.1.6.4 Berisiko mengalami diskriminasi dan tindakan kekerasan (*abuse*), baik dari keluarga, masyarakat, maupun profesional kesehatan. Tindakan-tindakan tersebut dapat berupa penelantaran, pemasungan, pengisolasian, kekerasan fisik, serta kekerasan seksual kepada ODGJ.
- 2.1.6.5 Mengalami masalah dalam berinteraksi sosial, dikarenakan stigma masyarakat, sehingga ODGJ cenderung dijauhi oleh keluarga maupun masyarakat.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Friedman mengemukakan jika keluarga merupakan kumpulan dua atau lebih orang yang dipersatukan, baik oleh ikatan pernikahan, darah maupun adopsi serta bertempat tinggal di satu rumah tangga yang sama.¹¹ Keluarga adalah bagian dari sistem sosial berupa kelompok kecil dari sekelompok individu yang mempunyai ikatan erat antara satu sama yang lain, saling bergantung, yang diintegrasikan ke dalam satu unit tunggal dalam mencapai tujuan tertentu.²⁷ Keluarga memiliki tujuan untuk mempertahankan dan menciptakan budaya secara general, dan

memperbaiki perkembangan fisik, emosional, mental serta sosial dari setiap anggota keluarga.³² Anggota keluarga memiliki perannya masing-masing, berupa istri, suami, ibu, ayah, anak, kakak, maupun adik.³³

Kata keluarga mempunyai arti yang berbeda bagi setiap individu maupun kelompok. Keluarga di mata hukum adalah sekelompok individu yang terikat, baik hubungan darah, perwalian, adopsi serta pernikahan. Keluarga secara biologis yaitu hubungan genetik antara dua orang. Keluarga secara sosiologis merupakan sekelompok individu yang tinggal bersama, baik dengan atau tanpa adanya ikatan biologis atau hukum di dalam satu rumah. Keluarga dari sisi psikologis adalah sekelompok individu yang memiliki ikatan emosional yang kuat.³³

Jadi, bisa disimpulkan bahwa keluarga adalah dua kumpulan dua orang atau lebih yang tergabung dalam suatu rumah tangga, baik karena adanya ikatan pernikahan, darah, adopsi, emosional, maupun kesepakatan untuk tinggal bersama dalam memenuhi tujuan tertentu. Tujuan tersebut adalah mempertahankan dan melestarikan budaya atau tradisi, serta mempertahankan kesejahteraan setiap anggota keluarga, baik secara fisik, emosional, maupun sosial. Setiap anggota keluarga memiliki perannya tersendiri, baik itu sebagai orang tua, anak, maupun saudara.

2.2.2 Ciri-ciri Keluarga

Robert Maclver dan Charles Horton menyebutkan bahwa keluarga memiliki ciri-ciri sebagai berikut:³²

- 2.2.2.1 Keluarga terbentuk dari hubungan pernikahan/perkawinan
- 2.2.2.2 Keluarga merupakan lembaga dengan ikatan perkawinan yang sengaja dilakukan dan dijaga
- 2.2.2.3 Keluarga mempunyai sistem *nomenclature* (tata nama), termasuk perhitungan garis keturunan
- 2.2.2.4 Keluarga memiliki fungsi ekonomi dari masing-masing anggota keluarga sehubungan dengan kemampuan dalam memiliki keturunan dan membesarkan anak
- 2.2.2.5 Keluarga adalah suatu tempat tinggal bersama-sama, rumah, maupun rumah tangga

Ciri-ciri keluarga di Indonesia adalah sebagai berikut:³²

- 2.2.2.1 Memiliki hubungan yang sangat erat dan dilandasi asas gotong royong
- 2.2.2.2 Berjiwa nilai kebudayaan ketimuran
- 2.2.2.3 Suami adalah pemimpin keluarga dan proses pemusatan tetap dilakukan secara musyawarah

2.2.3 Fungsi Keluarga

Friedman menyebutkan jika terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:^{11,32-35}

2.2.3.1 Fungsi Afektif

Fungsi afektif berkaitan erat dengan fungsi keluarga secara internal sebagai dasar kekuatan keluarga. Fungsi afektif bermanfaat dalam pemenuhan kebutuhan psikososial, terutama pada orang dengan gangguan jiwa. Keberhasilan pelaksanaan fungsi afektif dapat terlihat dari kegembiraan dan kebahagiaan semua anggota keluarga. Setiap anggota keluarga berusaha untuk menciptakan suasana yang positif serta menjaga hubungan dan interaksi di dalam keluarga. Keluarga yang menjalankan fungsi afektif dengan baik, bisa meningkatkan konsep diri positif pada semua anggota keluarga. Komponen yang diperlukan untuk memenuhi fungsi afektif adalah:

- a. Saling mengasihi, cinta dan kasih, menjaga kehangatan, saling menerima, saling memberikan *support* antar anggota keluarga, terutama pada anggota yang mengalami gangguan jiwa, sehingga tercipta hubungan yang erat, hangat dan harmonis.
- b. Menghargai sesama, mengakui keberadaan dan tidak mendiskriminasi hak dari anggota keluarga dengan gangguan jiwa serta tetap menjaga suasana yang positif.

- c. Ikatan kekeluargaan dapat diperkuat melalui proses pengenalan dan adaptasi dari berbagai aspek kehidupan, terutama pada anggota keluarga yang memiliki gangguan jiwa, yang membutuhkan *support* dan perhatian keluarga secara penuh. Keluarga perlu menciptakan proses identifikasi positif, agar anggota keluarga dapat mengikuti perilaku positif tersebut.
- d. Adanya *connectedness* dan keterpisahan antar anggota keluarga. Keluarga merupakan orang terdekat individu, yang mana identitas, perspektif dan tingkah laku individu sudah dibentuk dan menyesuaikan dengan kondisi keluarganya. Hal ini membentuk sebuah identitas pada individu. Identitas ini memberikan rasa *connectedness* antar anggota keluarga, namun tidak semua identitas anggota sama, sehingga diperlukan sebuah keterpisahan yang dapat membedakan masing-masing anggota keluarga dengan keunikan masing-masing.

2.2.3.2 Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi merupakan proses perkembangan dan adaptasi keluarga dalam berperan dan berinteraksi di lingkungan sosial. Anggota keluarga dengan gangguan jiwa, membutuhkan *support* lebih, terutama dari keluarga. Peran keluarga adalah membantu ODGJ untuk dapat bersosialisasi,

baik dengan anggota keluarga lain maupun lingkungan sekitar. Keberhasilan fungsi sosialisasi ditandai dengan kemampuan ODGJ dalam melakukan interaksi atau menjaga hubungan dengan anggota keluarga maupun lingkungan sekitarnya.

2.2.3.3 Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi adalah fungsi keluarga dalam pemenuhan kebutuhan setiap anggota keluarga, berupa kebutuhan dasar, pangan sandang, papan, dan kebutuhan lainnya. Keluarga harus siap untuk membantu sesama anggota keluarga, terutama pada ODGJ yang memiliki kebutuhan yang lebih, seperti dana untuk perawatan dan pengobatan, baik ketika dirawat di rumah sakit maupun menjalani *homecare*. Keluarga dikatakan memenuhi fungsi ekonomi ketika keluarga mampu memenuhi seluruh perlengkapan yang dibutuhkan oleh anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2.2.3.4 Fungsi Reproduksi

Keluarga mempunyai fungsi untuk menjaga kelangsungan keluarga, melestarikan generasi serta menambah sumber daya manusia. Walaupun begitu, keluarga perlu mempertimbangkan pula kebutuhan dan kemampuan keluarga, untuk menghindari terjadinya hal yang dapat mengganggu kesejahteraan keluarga, seperti hamil di luar nikah dan aborsi.

Program keluarga berencana (KB) dapat membantu keluarga untuk lebih mengontrol fungsi reproduksi dengan baik.

2.2.3.5 Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga memiliki fungsi untuk melakukan perawatan kesehatan dan memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan, termasuk gangguan jiwa. Kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan kesehatan bisa berdampak pada status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga mempertahankan kesehatan bisa terlihat dari pemenuhan tugas kesehatan yang telah dilakukan keluarga. Keluarga yang dapat memenuhi tugas kesehatan berarti dapat mengatasi masalah kesehatan.

2.2.4 Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga

Berdasarkan fungsi keluarga menurut Friedman sebagai pemeliharaan kesehatan, terdapat lima tugas yang perlu dipenuhi oleh keluarga, yaitu:^{11,36}

2.2.4.1 Mengidentifikasi masalah kesehatan setiap anggota keluarga

Keluarga bertanggung jawab secara tidak langsung atas segala sesuatu yang terjadi kepada anggota keluarganya. Hal ini menyebabkan keluarga memiliki tugas untuk mengidentifikasi dan mengetahui masalah yang terjadi kepada anggota keluarganya, seperti mengetahui masalah kesehatan yang diderita, mengetahui kapan masalah kesehatan mulai muncul

serta perubahan lain yang perlu diketahui untuk membantu anggota keluarga tersebut.

2.2.4.2 Memutuskan pilihan dan tindakan yang tepat bagi anggota keluarga

Keluarga memiliki tugas untuk menentukan pilihan yang tepat terhadap penanganan masalah kesehatan anggota keluarga yang sedang sakit. Pertimbangan keputusan dapat dilakukan melalui diskusi bersama atau diserahkan kepada anggota keluarga yang mampu untuk memilih tindakan yang tepat, sehingga keputusan tersebut dapat segera dilaksanakan dan masalah kesehatan bisa segera ditangani atau diminimalisir. Keluarga yang memiliki keterbatasan dalam pengambilan keputusan, bisa meminta saran dan bantuan dari orang lain atau lingkungan di sekitar keluarga.

2.2.4.3 Memberikan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan

Keluarga memiliki tugas untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, seperti pemenuhan kebutuhan dasar bagi anggota yang mengalami penyakit kronis, gangguan jiwa, gangguan proses pikir, lansia, serta disabilitas, karena umumnya orang yang memiliki masalah tersebut cenderung tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri. Perawatan bisa dilakukan di rumah, apabila keluarga

mampu memberikan tindakan perawatan, seperti pertolongan pertama atau membawa anggota keluarga ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk diberikan tindakan perawatan lebih lanjut.

2.2.4.4 Memodifikasi dan menjaga lingkungan yang positif, sehat dan nyaman bagi keluarga

Keluarga bertugas untuk menjaga suasana dan kondisi yang nyaman, positif dan sehat di rumah untuk membantu menjaga kesehatan, mencegah terjadinya masalah kesehatan atau mencegah terjadinya perburukan pada masalah kesehatan yang dimiliki anggota keluarga.

2.2.4.5 Memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia

Keluarga memiliki tugas untuk rutin melakukan pemeriksaan kesehatan di fasilitas kesehatan, terutama jika anggota keluarga sedang sakit, sehingga masalah kesehatan tidak semakin buruk dan dapat segera ditangani.

2.2.5 Dampak Gangguan Jiwa Bagi Keluarga

Dampak dari gangguan jiwa tidak hanya dirasakan oleh individu, namun juga memberikan dampak yang besar terhadap keluarga. Berikut adalah dampak gangguan jiwa terhadap keluarga:^{4,15,31,36}

2.2.5.1 Stigma dan budaya

Banyaknya stigma-stigma di masyarakat mengenai gangguan jiwa menyebabkan keluarga juga merasakan dampaknya. Masyarakat, terutama kalangan tradisional masih

memiliki kepercayaan jika gangguan jiwa disebabkan oleh roh jahat yang merasuki. Tidak sedikit hal ini menyebabkan keluarga juga menjadi terpengaruh dan akhirnya melakukan pemasungan terhadap ODGJ. Stigma lain yang ada di masyarakat adalah anggapan bahwa ODGJ adalah orang yang berbahaya, sehingga harus dijauhi, padahal sebenarnya ODGJ yang paling sering mengalami kekerasan dibandingkan dengan orang di sekitarnya. Stigma ini akhirnya menyebabkan keluarga juga ikut dijauhi dan diisolasi masyarakat. Rasa malu akibat stigma di masyarakat juga menyebabkan keluarga untuk menarik diri dan menolak untuk berpartisipasi aktif di masyarakat. Masyarakat masih perlu diingatkan mengenai stigma-stigma yang salah, agar ODGJ dan keluarga bisa mendapatkan *support* dan tidak takut untuk berpartisipasi di masyarakat.

Caregiver keluarga di wilayah Kecamatan Teluk Keramat mengatakan jika mereka merasa lelah dan tidak berdaya menghadapi perilaku ODGJ, sehingga mereka seringkali membiarkan ODGJ untuk berkeliaran. Terdapat juga keluarga yang merasa malu terhadap kondisi ODGJ yang menyebabkan keluarga mengurung ODGJ di kamar. Perilaku-perilaku tersebut disebabkan karena stigma negatif yang masih ada di masyarakat.

2.2.5.2 Ketegangan hubungan keluarga

Keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa awalnya akan merasa khawatir dan berusaha untuk memberikan dukungan kepada ODGJ. Namun seiring perawatan, tekanan, beban dan kurangnya *support* yang dirasakan oleh keluarga dapat memicu terjadinya konflik di dalam keluarga. Hal ini dapat menyebabkan adanya ketegangan di dalam keluarga, yang akhirnya tidak hanya berdampak kepada hubungan seluruh keluarga, namun juga dapat menyebabkan perawatan yang dialami oleh ODGJ memburuk. Keluarga yang merasa tidak nyaman dengan ODGJ akan cenderung untuk menjauhi dan membiarkan ODGJ, sedangkan keluarga yang berusaha membantu akan merasakan emosi negatif akibat ketegangan hubungan keluarga. Rasa kebersamaan dan pengetahuan yang memadai mengenai penyakit yang dialami ODGJ sangat diperlukan oleh keluarga, karena hal ini dapat membantu keluarga untuk tetap optimis, dan dengan pengobatan dan perawatan yang tepat, anggota keluarga yang sakit tersebut bisa kembali sehat dan beraktivitas seperti sedia kala.

2.2.5.3 Frustrasi, ketidakberdayaan dan ansietas

Pengetahuan keluarga yang belum atau tidak memadai mengenai gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya, tentu akan menimbulkan rasa frustrasi, cemas dan tidak berdaya. Suatu hal yang tidak diketahui menyebabkan timbulnya perasaan kebingungan, ketakutan, dan akhirnya menyebabkan individu menjadi lelah. Hal lain seperti biaya pengobatan, perawatan, terapi dan kebutuhan lainnya menyebabkan perasaan frustrasi yang dirasakan oleh keluarga semakin meningkat. Pemikiran jika ODGJ adalah beban, dikarenakan tidak bisa melakukan apa-apa, menyebabkan keluarga menjadi seringkali meluapkan amarah dan frustrasi, yang akhirnya tidak sedikit melampiaskan perasaan tersebut kepada ODGJ.

Kurangnya dukungan baik dari masyarakat maupun fasilitas pelayanan kesehatan juga dapat meningkatkan perasaan frustrasi dan ketidakberdayaan keluarga. Pelayanan kesehatan jiwa di daerah, seperti puskesmas cenderung berfokus kepada masalah kesehatan fisik di masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan jiwa menjadi belum dilaksanakan secara aktif. Pelayanan kesehatan jiwa hanya dilakukan ketika keluarga dan ODGJ mengunjungi fasilitas secara langsung, namun keluarga merasa kesulitan, dikarenakan minimnya transportasi dan biaya untuk ke puskesmas yang jaraknya tergolong jauh. Program

kesehatan jiwa berbasis masyarakat, seperti kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan sangat perlu dilakukan untuk mengidentifikasi dan membantu meminimalisir beban yang dialami *caregiver* keluarga.

2.2.5.4 Kelelahan dan *burn out*

Keluarga cenderung merasa putus asa ketika menghadapi orang yang disayangi menderita penyakit mental. Kewajiban dan tekanan yang dihadapi, menyebabkan keluarga merasa tertekan dan berakhir mengalami kelelahan. Kelelahan yang terus-menerus dirasakan oleh keluarga dapat menyebabkan terjadinya *burn out*, yang tidak hanya merugikan keluarga dan ODGJ, namun juga bisa menyebabkan permasalahan kesehatan baru. Keluarga yang mengalami *burn out* biasanya juga akan kehilangan motivasi dan akhirnya menyerah untuk membantu ODGJ. Dukungan sangat diperlukan oleh keluarga, baik itu dari kerabat, masyarakat maupun profesional kesehatan, dalam meningkatkan dan menguatkan keluarga selama perawatan ODGJ, karena ketika perawatan mengalami masalah, maka kondisi ODGJ juga dapat semakin menurun.

2.2.5.5 Duka dan perasaan kehilangan

Kesedihan tentu akan dirasakan oleh keluarga ketika melihat salah satu orang yang dicintai menderita suatu penyakit, terutama penyakit gangguan jiwa. Penyakit gangguan jiwa umumnya menyebabkan seseorang mengalami gangguan dalam berfungsi, gangguan dalam beraktivitas secara normal pada kehidupan sehari-hari, serta penurunan produktivitas. Hal ini menimbulkan adanya rasa kehilangan pada keluarga. Penyakit gangguan jiwa berat dapat menyebabkan perasaan duka pada keluarga, karena walaupun penyakit bisa diobati, namun orang penyakit belum tentu bisa disembuhkan.

2.2.5.6 Kebutuhan keluarga dan kesehatan keluarga

Keluarga seringkali berfokus kepada anggota keluarga yang mengalami musibah atau sedang menderita suatu penyakit. Hal ini dapat menyebabkan keluarga menjadi kurang memperhatikan keadaan dirinya, terutama jika yang merawat ODGJ hanya salah satu anggota keluarga. Kelelahan, nyeri kepala, gangguan tidur, stres bahkan depresi dapat terjadi kepada keluarga, jika keluarga tidak memperhatikan kondisi diri. Anggota keluarga yang lain juga akan merasa tersisihkan, dikarenakan keluarga lebih berfokus untuk memenuhi kebutuhan ODGJ dibandingkan kebutuhan anggota keluarga lainnya. Komunikasi dan keterbukaan sangat diperlukan di

dalam keluarga, sehingga walaupun keluarga sedang berusaha memberikan *support* kepada ODGJ, keluarga tetap ingat untuk memperhatikan kondisi diri dan kondisi anggota keluarga lainnya.

2.3 Keluarga sebagai *Caregiver*

2.3.1 Definisi dan Konsep Keluarga sebagai *Caregiver*

Menurut *National Family Caregivers Association* (NFCA), *caregiving* dapat didefinisikan sebagai upaya pemenuhan kebutuhan dalam bentuk fisik dan pemberian *support* kesehatan mental dalam perawatan anggota keluarga. Horowitz menyebutkan bahwa terdapat empat dimensi utama dari *informal* atau *family caregiving*. Dimensi-dimensi tersebut adalah *direct care* (membantu perawatan diri, membantu penderita minum obat), *emotional care* (memotivasi dan membantu menyediakan dukungan sosial bagi penderita), *mediation care* (bernegosiasi dengan anggota keluarga lain atau profesional kesehatan mengenai perawatan yang akan diterima penderita), dan *financial care* (membantu untuk manajemen sumber finansial).³⁷

Caregiver adalah individu yang membantu orang yang membutuhkan, sedangkan *family caregiver* dapat diartikan sebagai seseorang yang melakukan perawatan kepada kerabat atau orang yang dicintai. *National Alliance for Caregiving* (NAC) dan Metlife menyebutkan jika *family caregiver* adalah individu yang melakukan

perawatan kepada kerabat atau orang tersayang, yang memiliki kondisi tubuh lemah, lansia serta memiliki masalah kesehatan fisik atau mental. *Family caregiver* tidak hanya terbatas kepada anggota keluarga, namun juga kerabat, tetangga dan teman.³⁷

Family caregiver juga diartikan sebagai seseorang yang umumnya memberikan perawatan dan *support* kepada anggota keluarga yang sedang sakit. *Family caregiver* biasanya dilakukan secara informal dengan tanpa dibayar kepada anggota keluarga yang memerlukan dukungan, baik secara fisik maupun emosional. Perawatan dengan *family caregiver* umumnya dilakukan di rumah, karena pasien membutuhkan perawatan dalam jangka waktu lama, seperti ODGJ. Dukungan dari *family caregiver* dapat mempengaruhi proses perawatan pada ODGJ, dimana semakin baik dukungan dan perawatan keluarga kepada ODGJ, maka semakin rendah pula kekambuhan gejala gangguan jiwa, namun jika dukungan menurun, maka kondisi ODGJ akan semakin memburuk.³⁸

Jadi, dapat disimpulkan jika *caregiver* adalah seseorang yang memberikan bantuan, baik berupa bantuan fisik maupun bantuan emosional kepada seseorang yang membutuhkan. *Family caregiver* atau *caregiver* keluarga adalah anggota keluarga, baik itu anak dewasa, orang tua, pasangan, kerabat, teman ataupun tetangga yang mempunyai hubungan yang dekat dengan penderita. *Family caregiver* biasanya memberikan bantuan yang tidak dibayar kepada seseorang yang membutuhkan, baik itu lansia, penderita penyakit kronis, memiliki

kondisi lemah, maupun mengalami gangguan jiwa. Bantuan yang diberikan oleh *family caregiver* dapat berupa *direct care*, *emotional care*, *finansial care*, dan *mediation care*.

2.3.2 Jenis Family Caregiver

Family Caregiver Allaince (FCA) menyatakan bahwa *caregiver* terbagi menjadi dua kelompok, yakni *caregiver* informal dan *caregiver* formal. Berikut adalah penjelasan mengenai *caregiver* formal dan *caregiver* informal:³⁷⁻⁴⁰

2.3.2.1 *Caregiver* formal, yaitu seseorang yang dibayar atau dipekerjakan untuk memberikan pelayanan berupa perawatan kepada orang yang membutuhkan, baik itu perawatan secara *homecare* maupun di fasilitas pelayanan jangka panjang seperti fasilitas rehabilitasi. Perawatan yang diberikan cenderung terstruktur dan sebelumnya telah menyepakati batasan-batasan tertentu selama perawatan. Mayoritas *caregiver* formal merupakan profesional atau seseorang yang memiliki lisensi di bidang kesehatan, seperti perawat dan asisten perawatan.

2.3.2.2 *Caregiver* informal merupakan individu yang memberikan pelayanan perawatan sehari-hari dan biasanya memiliki hubungan pribadi dengan orang yang membutuhkan bantuan tersebut. *Caregiver* informal tidak dibayar dan biasanya mereka adalah orang yang sukarela melakukan perawatan kepada penderita, seperti keluarga, kerabat, teman, atau bahkan

tetangga. *Caregiver* informal seringkali dibutuhkan pada seseorang yang memerlukan perawatan jangka waktu lama, terutama jika orang tersebut dirawat di rumah.

2.3.3 Tugas *Family Caregiver*

Family caregiver biasanya diberikan oleh seseorang yang memiliki hubungan yang dekat dengan penderita, sehingga *family caregiver* memiliki pengetahuan yang lebih mengenai kebiasaan dan kebutuhan penderita. *Family caregiver* tidak hanya membantu penderita dalam beraktivitas sehari-hari, namun juga perlu memperhatikan empat kategori tugas perawatan. Keempat tugas perawatan tersebut adalah.^{37,39,40}

2.3.3.1 *Physical Care*, yaitu memberikan perawatan fisik berupa pemenuhan kebutuhan dasar ODGJ, seperti perawatan diri (makan, minum, berpakaian, mandi, *toileting*, kebersihan kuku), membersihkan kamar dan lain-lain.

2.3.3.2 *Social care*, yaitu membantu pasien untuk tetap bersosialisasi, baik di dalam keluarga, maupun dengan lingkungan sekitar, seperti mengajak ODGJ untuk jalan-jalan mencari hiburan jika kondisi ODGJ memungkinkan untuk keluar

2.3.3.3 *Emotional care*, yaitu segala dukungan emosional yang dapat diberikan kepada ODGJ, seperti selalu melakukan tindakan perawatan dengan penuh kepedulian dan kasih sayang kepada, serta selalu menyemangati dan memotivasi ODGJ.

2.3.3.4 *Quality care*, yaitu berupa melakukan pemantauan mengenai perawatan yang diberikan, seperti keteraturan minum obat, keberjalanan terapi serta indikasi kesehatan lainnya.

2.3.4 Konsep *Family Caregiver Burden*

Caregiver burden merupakan sebuah respon multidimensional terhadap anggapan-anggapan negatif dan tekanan yang dirasakan selama melakukan perawatan pada orang yang sakit atau membutuhkan. *Caregiver* burden juga dapat didefinisikan sebagai respon negatif yang dapat mempengaruhi fisik, mental, emosional, peran diri, pekerjaan, serta sosial *caregiver* selama melakukan perawatan. Beban pada *caregiver* dapat terjadi ketika adanya ketidakseimbangan antara stres yang dialami dengan coping stres yang dilakukan oleh *caregiver*.⁴¹

Beban *caregiver* keluarga adalah segala kesulitan yang dihadapi selama melakukan perawatan pada anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan, seperti gangguan jiwa. Beban yang dialami *caregiver* keluarga dapat berasal dari faktor eksternal seperti biaya, transportasi, dan fasilitas kesehatan, maupun internal, seperti fisik, mental dan emosional. Salah satu contoh beban yang dimiliki *family caregiver* adalah menyediakan biaya untuk transportasi ke fasilitas pelayanan kesehatan, biaya pengobatan, stres fisik dan emosional selama merawat ODGJ, dan stigma dari masyarakat yang dapat menyebabkan *family caregiver* mengisolasi diri.^{4,15,31,36,38}

Keluarga yang menjadi *caregiver* pada ODGJ juga mengaku jika merasa kesulitan untuk menghadapi sikap pasien dan perilaku ODGJ di rumah. Hal ini menyebabkan keluarga merasa stres, cemas, takut, tidak berdaya, dan putus asa. Melihat hal tersebut, keluarga harus bisa mengatasi segala permasalahan yang dihadapi. ODGJ cenderung mengalami gangguan, baik pikiran, perasaan, maupun perilaku, sehingga keluarga akan menemukan jika ODGJ terlihat kesulitan untuk menjawab pertanyaan, kesulitan merawat dirinya sendiri, dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya. Perilaku ODGJ yang berbeda ini juga seringkali menjadi bahan diskriminasi dan kritikan oleh masyarakat, yang akhirnya menyebabkan reaksi negatif dari keluarga.⁹

Beban yang dialami oleh *family caregiver* selama melakukan perawatan sangatlah kompleks dan menantang. *Caregiver burden* tidak hanya mempengaruhi *caregiver* dalam memberikan perawatan, namun juga bisa mempengaruhi proses perawatan ODGJ. Penelitian yang dilakukan oleh Trisnasari menyebutkan jika tingkat beban yang dirasakan oleh keluarga selama merawat ODGJ adalah 8,9% mengalami beban berat, 46,4% beban sedang-berat, dan 33,9% beban ringan-sedang, dan 10,7% beban tidak ada-ringan.⁴²

2.3.5 Klasifikasi *Family Caregiver Burden*

Caregiver burden menurut dimensinya diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu sebagai berikut:^{37,39,41}

2.3.5.1 *Objective burden*

Objective burden adalah beban yang dirasakan dan secara nyata dialami oleh *caregiver* selama melakukan perawatan. Contoh beban objektif *family caregiver* adalah kerenggangan hubungan keluarga akibat konflik yang muncul selama perawatan ODGJ, pengabaian kebutuhan anggota keluarga lain akibat terlalu fokus kepada ODGJ, isolasi sosial dan kurangnya *support* sosial, penurunan produktivitas, kehilangan pekerjaan, munculnya gejala masalah kesehatan fisik, serta adanya gangguan dalam beraktivitas sehari-hari.

2.3.5.2 *Subjective burden*

Subjective burden adalah beban secara psikologis atau mental, seperti adanya perasaan duka, sedih, khawatir, serta perasaan bersalah selama melakukan perawatan kepada ODGJ. Keluarga merasa bersalah karena tidak bisa mencegah dan tidak menyadari jika anggota keluarganya memiliki penyakit gangguan jiwa. Contoh beban subjektif lainnya adalah munculnya ansietas, ketakutan, atau bahkan depresi selama melakukan perawatan kepada ODGJ.

2.3.6 Faktor yang Mempengaruhi *Family Caregiver Burden*

Berikut adalah faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan dan penurunan tingkat beban yang dirasakan oleh *family caregiver*:
4,15,31,36-39

2.3.6.1 Situasi yang meningkatkan *Caregiver Burden*

Situasi yang dapat meningkatkan *caregiver burden* bagi keluarga yang merawat ODGJ adalah penurunan status ekonomi keluarga, kehilangan pekerjaan, stigma masyarakat yang negatif terhadap ODGJ, kurangnya *support* dari masyarakat atau profesional kesehatan, pengetahuan dan kemampuan keluarga yang tidak memadai untuk merawat ODGJ, serta bencana yang tidak terduga (seperti pandemi COVID-19).

Kondisi pandemi COVID-19 tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik, namun juga di sektor pendidikan, sosial, budaya, ekonomi, serta agama. Kesulitan untuk berinteraksi sosial, peningkatan angka pengangguran, pembatasan fasilitas umum, pendidikan secara online, menyebabkan ansietas yang dirasakan oleh masyarakat juga meningkat. Hal ini tentunya juga dirasakan oleh *family caregiver* yang merasa jika pandemi COVID-19 ini menyebabkan beban yang dirasakan keluarga semakin bertambah.^{6,43}

2.3.6.2 Situasi yang menurunkan *Caregiver Burden*

Situasi dapat membantu untuk menurunkan *family caregiver burden* adalah proses rehabilitatif atau terapi yang menunjukkan hasil membaik bagi ODGJ, hubungan yang terjaga, baik antar anggota keluarga, dengan masyarakat, maupun profesional kesehatan, adanya *support* dari masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta lingkungan yang positif dan penerimaan kondisi ODGJ oleh masyarakat.

Caregiver family burden juga dapat diminimalisir dengan menggunakan strategi koping yang adaptif. Nadirawaty pada tahun 2018 menyebutkan jika strategi koping keluarga terbagi menjadi dua, yaitu strategi koping internal keluarga dan strategi koping eksternal keluarga. Strategi koping keluarga secara internal meliputi saling mengandalkan antar anggota keluarga, humor, keterbukaan akan masalah yang dihadapi dengan keluarga, kepercayaan sesama anggota keluarga dalam menghadapi masalah, penyelesaian masalah bersama, fleksibilitas peran serta normalisasi kondisi ketika menghadapi *stress* jangka panjang. Strategi koping eksternal keluarga adalah mengidentifikasi dan mencari informasi mengenai stresor, aktif di dalam komunitas, serta mencari dukungan sosial maupun dukungan spiritual.⁴⁴

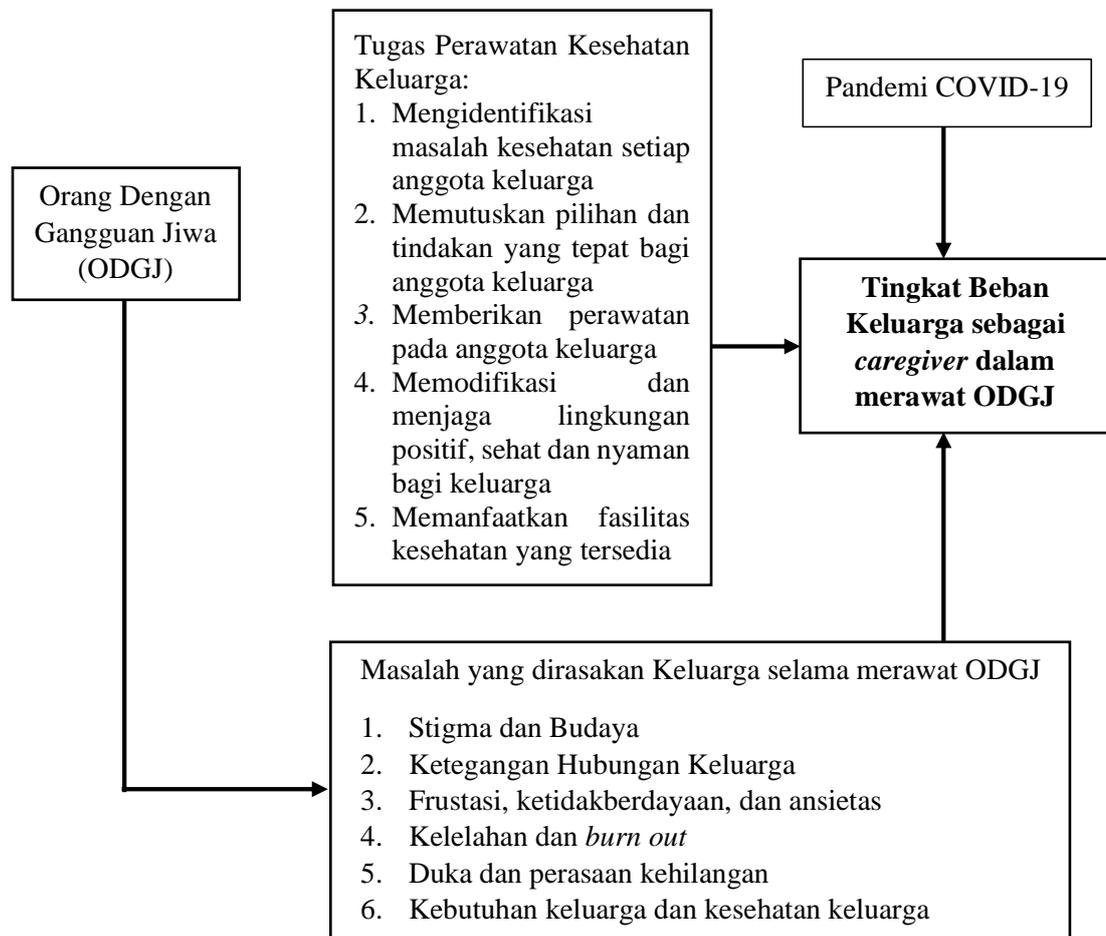
Upaya penanganan beban *caregiver* yang dapat dilakukan oleh *caregiver* keluarga adalah pencarian informasi mengenai perawatan ODGJ, dengan cara mengikuti program kesehatan jiwa dan komunitas sosial mengenai perawatan ODGJ, sehingga ODGJ dapat kembali produktif dan dapat memenuhi ADL (*Activity Daily Living*) secara mandiri. *Caregiver* keluarga juga dapat mencari koping adaptif, seperti menceritakan masalah yang dirasakan dengan anggota keluarga lain, membagi peran *caregiver* bersama anggota keluarga lain, mencari pengalihan sementara ketika situasi terasa sangat membebani, serta mengidentifikasi solusi pemecahan masalah terhadap beban yang dialami. Dukungan dari anggota keluarga, tenaga kesehatan dan pemerintah juga sangat dibutuhkan oleh keluarga untuk meminimalisir beban yang dialami *caregiver* keluarga.^{4,15,21,37,39,44}

2.3.7 Pengukuran *Cargiver* Burden

Salah satu *assessment tool* untuk mengukur *family caregiver burden* adalah menggunakan kuesioner *Burden Scale for Family Caregivers* (BSFC) oleh Graessel dengan 28 item pernyataan. Dari 28 item pernyataan, keluarga diberikan empat alternatif pilihan, yaitu Sangat Tidak Sesuai (STS), Tidak Sesuai (TS), Sesuai (S), dan Sangat Sesuai (SS). Pilihan tersebut bernilai 1 – 4, yang menunjukkan bahwa semakin rendah skor, maka semakin rendah tingkat beban yang dialami keluarga,

dan semakin tinggi skor BSFC, maka semakin tinggi juga tingkat beban yang dirasakan keluarga.⁴⁵

2.4 Kerangka Teori



Skema 2.4 Kerangka Teori

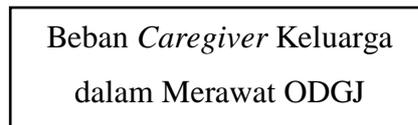
2.5 Kerangka Konsep

Konsep adalah generalisasi bentuk abstraksi dari hal-hal khusus. Konsep tidak dapat diamati secara langsung atau diukur karena bersifat abstrak. Pengamatan dan pengukuran dapat dilakukan melalui konstruk yang disebut

juga variabel. Variabel merupakan lambang atau simbol yang menggambarkan bilangan atau nilai dari sebuah konsep. Variabel memiliki banyak variasi.⁴⁶

Dalam hal ini, variabel yang akan diteliti adalah Beban Keluarga Sebagai *Caregiver* Dalam Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)

Penelitian ini memiliki kerangka konsep sebagai berikut:



Skema 2.5 Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Peneliti menggunakan metode penelitian kuantitatif, yaitu deskriptif dengan pendekatan survei. Survei deskriptif adalah metode penelitian yang dilakukan pada sekelompok objek dengan tujuan untuk mengidentifikasi gambaran suatu fenomena yang terdapat di suatu populasi tertentu. Survei deskriptif secara umum dilakukan untuk menilai kondisi penyelenggaraan suatu program di masa sekarang, yang kemudian hasilnya akan digunakan dalam penyusunan rencana perbaikan program tersebut. Survei deskriptif juga bisa didefinisikan sebagai suatu penelitian untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di masyarakat.⁴⁶

Tujuan penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini adalah memperoleh gambaran fenomena dengan menggunakan kuesioner, yaitu “Gambaran Beban Keluarga sebagai *Caregiver* Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas”.

3.2. Populasi dan Sampel Penelitian

3.2.1 Populasi

Populasi merupakan jumlah seluruh subjek penelitian, yaitu suatu benda atau semua benda yang memiliki sifat atau ciri yang bisa diteliti. Populasi memiliki wilayah generalisasi yang terdiri dari subjek atau

objek dengan kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan sebelumnya telah dipelajari oleh peneliti dan kemudian di tarik kesimpulannya.⁴⁷

Populasi di penelitian ini adalah *caregiver* keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita gangguan jiwa di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas. Jumlah populasi ODGJ di Teluk Keramat adalah sekitar 112 ODGJ, sehingga jumlah calon responden pada penelitian ini adalah 112 *caregiver* keluarga.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian suatu karakteristik dan jumlah yang ada di dalam suatu populasi. Teknik pengambilan suatu sampel disebut dikenal dengan teknik *sampling*. *Total sampling* merupakan teknik pengambilan sampel pada penelitian ini, yang mana seluruh anggota populasi akan dijadikan sampel penelitian.⁴⁷

Adapun kriteria inklusi sampel dalam penelitian ini adalah:

- 3.2.2.1 Responden dengan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa di Kecamatan Teluk Keramat.
- 3.2.2.2 Responden dengan ODGJ yang dirawat di rumah.
- 3.2.2.3 *Caregiver* keluarga utama yang melakukan perawatan kepada ODGJ.
- 3.2.2.4 Responden yang sehat jasmani dan rohani.
- 3.2.2.5 Bisa membaca dan menulis.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 3.2.2.1. Calon responden yang menolak untuk berpartisipasi atau tidak mengisi *informed consent*.
- 3.2.2.2. Responden yang memutuskan untuk berhenti di tengah penelitian.

Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, penelitian ini memiliki jumlah sampel sebanyak 102 orang. 10 orang calon responden yang tidak mengikuti penelitian disebabkan karena ODGJ sedang menjalani perawatan di RSJ.

3.3. Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan selama 10 hari dari tanggal 17 – 26 Juni Tahun 2022.

3.3.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas.

3.4. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah atribut, sifat, atau nilai objek yang memiliki beragam variasi tertentu di antara satu dan lainnya, yang mana telah ditentukan untuk diukur dan diobservasi informasinya, serta dilakukan penarikan kesimpulan.⁴⁶⁻⁴⁸ Variabel pada penelitian ini adalah

Tingkat Beban Keluarga sebagai caregiver dalam merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).

3.4.2 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah suatu definisi yang didasarkan atas pengamatan dari karakteristik yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dilakukan pengamatan atau pengukuran akan menjadi kunci dari definisi operasional. Definisi operasional dapat membantu peneliti untuk mengobservasi atau melakukan pengukuran dengan teliti terhadap sebuah fenomena atau objek, yang kemudian bisa dilakukan kembali oleh orang lain.⁴⁸

Tabel 1. Definisi operasional Tingkat Beban Keluarga sebagai caregiver dalam merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas

| No | Variabel | Definisi Operasional | Alat ukur | Hasil Ukur | Skala |
|----|------------------|--|-----------|--|----------|
| 1. | Faktor Demografi | | Kuesioner | | |
| | a. Usia | Satuan waktu yang diukur dari sejak kelahiran <i>caregiver</i> keluarga hingga saat ini. | | ... tahun 1 = 18-40 tahun (dewasa awal) 2 = 41-60 tahun (dewasa menengah) 3 = 61-70 tahun (dewasa akhir) (Hurlock, 1980) | Interval |
| | b. Jenis Kelamin | Perbedaan ciri dan peran <i>caregiver</i> keluarga secara biologis sejak dilahirkan | | 1 = laki-laki 2 = perempuan | Nominal |

| | | | |
|------------------------|--|---|---------|
| c. Agama | Sistem kepercayaan serta peribadatan terhadap Tuhan Yang Maha Esa, berhubungan dengan budaya yang menghubungkan manusia dengan manusia, manusia dengan lingkungan sekitar dan manusia dengan Tuhan | 1 = Islam 2 = Kristen Protestan 3 = Katolik 4 = Hindu 5 = Buddha 6 = Khonghucu | Nominal |
| d. Pendidikan terakhir | Tingkat pendidikan formal terakhir <i>caregiver</i> keluarga | 1 = Tidak sekolah/Belum tamat SD 2 = SD 3 = SMP/ sederajat 4= SMA/ sederajat 5 = PT | Nominal |
| e. Pekerjaan | Pekerjaan yang dilakukan <i>caregiver</i> keluarga untuk memebuhi kebutuhan hidup | 1 = Tidak bekerja/IRT 2 = Petani 3 = Swasta 4 = Wirausaha 5 = PNS 6 = Lain-lain | Nominal |
| f. Hubungan Keluarga | Ikatan pribadi antara <i>caregiver</i> keluarga dengan ODGJ, baik itu perkawinan, ikatan darah, adopsi, maupun kerabat atau teman | 1 = Orang tua 2 = Pasangan 3 = Anak 4 = Saudara 5 = Kerabat 6 = Teman | Nominal |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|----------|
| 2. | Beban Keluarga sebagai <i>Caregiver</i> | Segala tekanan masalah, dan kesulitan yang dihadapi keluarga sebagai <i>caregiver</i> dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) yang ditemukan pada saat penelitian dilakukan. | Kuesioner BSFC (<i>Burden Scale for Family Caregivers</i>) | Tidak ada-ringan = skor 0-41 Sedang = skor 42-55 Berat-sangat berat= skor 56-84 (Graessael, 2014) | Interval |
|----|---|--|--|--|----------|

3.5. Instrumen Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner. Kuesioner atau angket merupakan sekelompok pertanyaan tertulis yang disusun untuk memperoleh informasi dari responden yang mengisinya. Berdasarkan jenis pertanyaannya, kuesioner dikelompokkan menjadi dua, yaitu kuesioner terbuka dan kuesioner tertutup. Kuesioner terbuka akan membebaskan klien untuk mengisi pertanyaan sesuai dengan pemikirannya, sedangkan kuesioner tertutup menghendaki responden untuk menjawab pertanyaan sesuai dengan pilihan yang tersedia, sehingga responden akan cenderung memilih jawaban yang paling mendekati jawabannya. Berdasarkan bentuknya, kuesioner terdiri dari kuesioner isian, *checklist*, dan *rating-scale (likert)*.⁴⁹

Instrumen atau alat pengukuran data di dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner, yang terdiri dari kuesioner demografi karakteristik responden dan ODGJ, serta kuesioner BSFC (*Burden Scale*

for Family Caregivers) oleh Graessel, yang terdiri dari 28 pernyataan skala *Likert*, dengan pernyataan *favorable* (positif) berupa sangat setuju score=0 setuju=1 tidak setuju=2 dan jawaban Sangat tidak setuju=3, serta pernyataan *unfavorable* (negatif) dengan ketentuan sangat setuju score=3 setuju=2 tidak setuju=1 dan jawaban Sangat tidak setuju=0 Adapun kisi-kisi kuesionernya sebagai berikut:

Tabel 2. Instrumen Untuk Mengukur Variabel Tingkat Beban Keluarga sebagai Caregiver

| Aspek/Elemen | Nomor Item | | Total item |
|--|----------------------------------|---|------------|
| | <i>Favorable</i> | <i>Unfavorable</i> | |
| Tingkat Beban Keluarga Sebagai caregiver | 1,6,8,9,11,14,15,17,19,22 dan 28 | 2,3,4,5,7,10,12,13,16,18,20,21,23,24,25,26 dan 27 | |
| <i>Subtotal</i> | 11 | 17 | 28 |

3.5.2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini bersumber dari data primer, yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden dengan cara mengisi kuesioner.⁴⁸ Data yang diambil yaitu tingkat beban keluarga sebagai *caregiver* dalam merawat orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di wilayah Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas.

Pengumpulan data juga terbagi menjadi dua cara, yaitu prosedur administratif dan prosedur teknis. Berikut adalah prosedur cara pengumpulan data:

3.5.2.1. Prosedur Administratif

Pengumpulan data dimulai dari perizinan dan pengurusan *ethical clearance* pada Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Penelitian ini telah mendapat

persetujuan dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, dengan nomor: 164/EC/KEPK/FK-UNDIP/VI/2022. Selanjutnya peneliti mengajukan surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas. Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan surat perizinan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas, Provinsi Kalimantan Barat yang ditujukan kepada Puskesmas yang ada di Kecamatan Teluk Keramat, yaitu Puskesmas Sekura, Puskesmas Pimpinan dan Puskesmas Sungai Baru.

3.5.2.2. Prosedur Teknis

- a. Peneliti melakukan perizinan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas.
- b. Peneliti melakukan perizinan kepada Puskesmas Sekura, Puskesmas Pimpinan, dan Puskesmas Sungai Baru.
- c. Peneliti bekerja sama dengan *enumerator* dan menjelaskan maksud serta tujuan penelitian kepada *enumerator*. *Enumerator* merupakan tenaga kesehatan di Puskesmas Sekura, Puskesmas Pimpinan dan Puskesmas Sungai Baru. *Enumerator* membantu peneliti dalam menemukan rumah calon responden dan menemani peneliti ketika melakukan kunjungan rumah kepada calon responden.

- d. Peneliti dan *enumerator* melakukan pendekatan kepada calon responden dengan cara menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian, lalu memberikan formulir *informed consent* kepada calon responden.
- e. Setelah calon responden setuju mengisi formulir *informed consent*, kemudian peneliti membagikan kuesioner karakteristik responden dan kuesioner BSFC.
- f. Peneliti dan *enumerator* memberikan penjelasan mengenai pengisian kuesioner dengan baik dan benar kepada responden.
- g. Setelah kuesioner terisi, peneliti melakukan pemeriksaan kelengkapan jawaban responden. Jika terdapat data yang belum terisi, maka peneliti mengkonfirmasi kepada responden saat itu juga.
- h. Peneliti mengolah dan menganalisis data yang telah dikumpulkan, untuk kemudian dianalisis menggunakan aplikasi pada program komputer.

3.6. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.6.1 Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data harus dilakukan dengan tujuan untuk data mengolah terkumpul menjadi data informasi. Langkah-langkah pengolahan data secara umum adalah:⁴⁶

3.6.1.1 Penyunting Data (*Editing*)

Editing merupakan proses pengeditan data. Responden diminta untuk melakukan pengisian kuesioner dengan 28 pernyataan mengenai beban *caregiver* dalam merawat ODGJ. Hasil kuesioner yang telah diisi responden selanjutnya disunting dan diperiksa kelengkapan data, sehingga jika terdapat informasi yang tidak lengkap, dapat segera dilengkapi data tersebut.

3.6.1.2 Membuat lembaran kode (*Coding Sheet*)

Hasil jawaban kuesioner dari responden diberikan kode untuk dimasukkan ke dalam master tabel yang telah dipersiapkan oleh peneliti, yaitu berupa sekumpulan kolom untuk perekaman data secara manual. *Coding sheet* memuat nomor responden, item karakteristik responden dan ODGJ serta item-item pernyataan kuesioner BSFC.

a. Karakteristik Responden

1) Usia

- | | |
|---|-----|
| a) Dewasa awal (18 – 40 tahun) | : 1 |
| b) Dewasa madya 41 – 60 tahun | : 2 |
| c) Dewasa akhir/lansia (61 tahun ke atas) | : 3 |

2) Jenis Kelamin

- | | |
|--------------|-----|
| a) Laki-laki | : 1 |
| b) Perempuan | : 2 |

- 3) Agama
 - a) Islam : 1
 - b) Katolik : 2
 - c) Khonghucu : 3
- 4) Pendidikan
 - a) Tidak sekolah/tamat SD : 1
 - b) SD : 2
 - c) SMP : 3
 - d) SMA : 4
 - e) PT : 5
- 5) Pekerjaan
 - a) Tidak bekerja/IRT : 1
 - b) Petani : 2
 - c) Swasta : 3
 - d) Wirausaha : 4
- 6) Hubungan responden dengan ODGJ
 - a) Orangtua : 1
 - b) Pasangan : 2
 - c) Anak : 3
 - d) Saudara : 4
 - e) Kerabat : 5
 - f) Teman : 6

b. Beban *Caregiver* Keluarga ODGJ

- | | |
|-------------------------|-----|
| 1) Tidak ada – ringan | : 1 |
| 2) Sedang | : 2 |
| 3) Berat – sangat berat | : 3 |

3.6.1.3 Memasukan data (*Data Entry*)

Pada proses *data entry* ini, data yang sudah dikumpulkan kemudian dimasukkan ke dalam master tabel dan data diolah dengan bantuan komputer. Pemasukan data dilakukan dengan cara mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode sesuai dengan jawaban setiap item instrumen.

3.6.1.4 *Cleaning*

Pada proses *cleaning* ini peneliti memastikan kesesuaian dan kebenaran semua data yang telah terisi di mesin pengolah data. Data yang sudah dimasukkan ke dalam program komputerisasi kemudian dilakukan pengecekan kembali.

3.6.1.5 *Tabulating*

Pada proses tabulasi, peneliti mengelompokkan data menurut sifat-sifat yang dimilikinya ke dalam tabel tertentu yang dapat memberikan gambaran statistik. Peneliti melakukan tabulasi data penelitian dengan menggunakan program aplikasi komputer.

3.6.2 Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis data univariat yaitu, analisis statistik deskriptif. Analisis univariat merupakan teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, yang mana variabel yang dianalisis tidak dikaitkan dengan variabel lainnya. Analisis univariat biasa juga disebut analisis deskriptif atau statistik deskriptif yang bertujuan menggambarkan kondisi fenomena yang dikaji. Analisis univariat adalah suatu metode analisis data yang paling mendasar. Hampir setiap laporan, baik laporan penelitian, bulanan, informasi dan bulanan dengan gambaran suatu fenomena, menggunakan analisis univariat.⁴⁶ Untuk pengukuran tingkat beban keluarga sebagai *caregiver* pada ODGJ, peneliti menggunakan skala *likert* berupa BSFC (*Burden Scale for Family Caregivers*). Hasil didapatkan dari jumlah skor yang diperoleh berdasarkan jawaban kuesioner, kemudian dianalisis.

3.7. Etika Penelitian

Setiap penelitian harus memegang teguh prinsip etik yang merupakan standar etika apabila akan melaksanakan riset. Berikut adalah etika penelitian yang perlu diperhatikan:⁴⁶

3.7.1 *Respect Human Dignity and Right to Justice*

3.7.1.1 Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti memberikan pertimbangan terhadap hak subjek dalam memperoleh informasi terbuka, yang berhubungan dengan proses penelitian, serta adanya kebebasan untuk memutuskan pilihan dan bebas dari segala bentuk paksaan ketika memutuskan untuk mengikuti proses penelitian (*autonomy*). Tindakan yang sesuai dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah, peneliti menyediakan formulir persetujuan subjek (*informed consent*) untuk memberikan hak otonomi kepada *caregiver* keluarga untuk menentukan keputusan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian gambaran beban *caregiver* keluarga ODGJ.

3.7.1.2 Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Peneliti harus bisa memperhatikan hak dasar individu, seperti informasi pribadi dari subjek yang cenderung terbuka, sehingga peneliti harus lebih berhati-hati dalam menjaga privasi subjek. Peneliti tetap menjaga kerahasiaan dan mencegah terjadinya kebocoran informasi pribadi, seperti identitas nama responden maupun ODGJ, alamat, serta nomor telepon, yang mana tidak hanya kebocoran ini menyebabkan pelanggaran

confidentiality, namun juga berisiko menyebabkan kerugian (*maleficence*) kepada responden dan ODGJ.

3.7.1.3 Keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)

Penelitian dilakukan secara profesional, berperikemanusiaan, hati-hati, jujur, teliti, seksama, cermat, serta memperhatikan faktor intimitas, psikologis, dan religius subjek penelitian. Kebijakan penelitian, pembagian keuntungan dan beban, perlu diperhatikan secara merata atau sesuai dengan kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas masyarakat. Peneliti mempertimbangkan aspek kesetaraan *gender* dan hak subjek untuk memperoleh perlakuan yang sama baik sebelum, selama, maupun sesudah berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti harus bersikap adil kepada setiap responden, seperti tidak membeda-bedakan perlakuan penelitian menurut status ekonomi ataupun jenis penyakit jiwa, serta tetap menghormati pilihan responden, jika tiba-tiba responden memutuskan untuk berhenti berpartisipasi dalam penelitian.

3.7.1.4 Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*Balancing Harms and Benefits*)

Peneliti perlu memperhatikan prosedur penelitian untuk memperoleh hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin. Penelitian yang tidak sesuai prosedur dapat menyebabkan terjadinya kerugian (*non maleficence*), baik bagi peneliti,

maupun subjek penelitian. Penelitian yang dilakukan prosedur akan memberikan manfaat bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti bisa melakukan diskusi *informed consent* bersama responden mengenai kebutuhan, kemampuan, prosedur penelitian, serta manfaat dan risiko penelitian, sehingga peneliti dan responden dapat menghindari hal yang merugikan (*non maleficence*) dan memberikan manfaat kepada responden maupun ODGJ (*beneficence*).

3.7.2 Anonimity

Dalam penelitian, nama responden yang menjadi sampel penelitian tidak termuat di lembar pengumpulan data. Responden dapat menuliskan inisial nama, baik pada responden dan ODGJ, sehingga privasi responden juga tetap terjaga.⁴⁶

3.7.3 Confidentiality

Kerahasiaan informasi subjek penelitian tetap terjaga, karena hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan atau disajikan sebagai penelitian. Peneliti harus tetap menjaga informasi pribadi responden, terutama dari pihak luar, karena kebocoran informasi dapat berisiko merugikan responden dan ODGJ.⁴⁶

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan terhadap 102 *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat Tahun 2022. Selanjutnya data yang diperoleh akan disajikan ke dalam tabel dan narasi.

4.1. Gambaran Umum

Tujuan penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah memperoleh gambaran fenomena menggunakan instrumen kuesioner, dengan desain penelitian survey deskriptif, yaitu “Gambaran Tingkat Beban Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)” di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas.

Kecamatan Teluk Keramat adalah kecamatan dengan jumlah desa terbanyak di Kabupaten Sambas, yaitu sebanyak 25 desa. Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Sambas Nomor 12 Tahun 2006, luas wilayah Kecamatan Teluk Keramat adalah 510,15 km², sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Tangaran, sebelah barat yang berbatasan dengan Kecamatan Jawai Selatan, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Tekarang dan Kecamatan Sambas serta sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Sejangkung dan Kecamatan Sambas (Profil Kecamatan Teluk Keramat, 2022).

Kecamatan Teluk Keramat memiliki 3 puskesmas, yang terdiri dari Puskesmas Sekura sebanyak 10 desa, Puskesmas Pimpinan sebanyak 10 desa,

dan Puskesmas Sungai Baru sebanyak 5 desa. Dinas Kesehatan Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Kabupaten Sambas, menyebutkan jika terdapat 117 ODGJ yang telah terdata di Kecamatan Teluk Keramat, yaitu 51 ODGJ di wilayah kerja Puskesmas, 43 ODGJ di wilayah kerja Puskesmas Pimpinan dan 23 ODGJ di wilayah kerja Puskesmas Sungai Baru.

4.2. Karakteristik *Caregiver* Keluarga

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik *Caregiver* Keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat Tahun 2022

| Karakteristik <i>Caregiver</i> Keluarga | Jumlah | % |
|---|--------|------|
| Usia | | |
| Dewasa Awal 18 – 40 tahun | 23 | 22,5 |
| Dewasa Madya 41 - 60 tahun | 51 | 50,0 |
| Dewasa Akhir/Lansia 61 tahun ke atas | 28 | 27,5 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 41 | 49,1 |
| Perempuan | 61 | 50,9 |
| Agama | | |
| Islam | 99 | 97,0 |
| Katolik | 1 | 1,0 |
| Khonghucu | 2 | 2,0 |
| Pendidikan Terakhir | | |
| Tidak Sekolah/Belum Tamat SD | 14 | 13,7 |
| SD | 34 | 33,3 |
| SMP | 23 | 22,5 |
| SMA | 17 | 16,7 |
| PT | 14 | 13,7 |

| Karakteristik Caregiver Keluarga | Jumlah | % |
|---|---------------|------------|
| Pekerjaan | | |
| Tidak Bekerja/IRT | 35 | 34,3 |
| Petani | 44 | 43,2 |
| Swasta | 12 | 11,8 |
| Wirausaha | 2 | 2,0 |
| PNS | 6 | 5,9 |
| Lain-lain (TNI, Nelayan) | 3 | 2,9 |
| Hubungan dengan ODGJ | | |
| Orang Tua | 58 | 56,9 |
| Pasangan | 6 | 5,9 |
| Anak | 4 | 3,9 |
| Saudara | 28 | 27,4 |
| Kerabat | 6 | 5,9 |
| Total | 102 | 100 |

Sumber: Data Primer (2022)

Hasil penelitian menemukan bahwa distribusi frekuensi karakteristik usia *caregiver* keluarga di Kecamatan Teluk Keramat, sebagian dari *caregiver* keluarga berada di rentang usia 41-60 tahun atau usia dewasa madya, yaitu 51 orang (50%). Karakteristik jenis kelamin *caregiver* keluarga yang didapatkan sebagian besarnya adalah perempuan, yang berjumlah 61 orang (50,9%). Berdasarkan karakteristik agama *caregiver* keluarga, hampir keseluruhan dari *caregiver* keluarga adalah beragama Islam, yaitu sebanyak 99 orang (97%). *Caregiver* keluarga memiliki karakteristik pendidikan terakhir dengan mayoritasnya adalah Sekolah Dasar (SD), sejumlah 34 orang (33,3%). Penelitian juga mendapatkan bahwa sebagian dari *caregiver* keluarga, yaitu 44 orang (43,2%) memiliki pekerjaan sebagai petani. Distribusi frekuensi

hubungan yang dimiliki *caregiver* keluarga dengan ODGJ menunjukkan bahwa sebagian dari *caregiver* keluarga, yaitu 58 orang (56,9%) merupakan orang tua kandung ODGJ.

4.3. Beban *Caregiver* Keluarga ODGJ

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Nilai Item Kuesioner BSFC Berdasarkan Pernyataan *Caregiver* Keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas

| Item Kuesioner | Jumlah Responden (n=102) dengan Nilai | | | | | | | | Jumlah Skor |
|----------------|---------------------------------------|------|----|------|----|------|----|------|-------------|
| | 0 | % | 1 | % | 2 | % | 3 | % | |
| 1 | 34 | 33,3 | 44 | 43,1 | 10 | 9,8 | 14 | 13,7 | 106 |
| 2 | 33 | 32,4 | 21 | 20,6 | 32 | 31,4 | 16 | 15,7 | 133 |
| 3 | 32 | 31,4 | 20 | 19,6 | 26 | 25,5 | 24 | 23,5 | 144 |
| 4 | 17 | 16,7 | 27 | 26,5 | 17 | 16,7 | 41 | 40,2 | 184 |
| 5 | 30 | 29,4 | 38 | 37,3 | 17 | 16,7 | 17 | 16,7 | 123 |
| 6 | 17 | 16,7 | 21 | 20,6 | 19 | 18,6 | 45 | 44,1 | 194 |
| 7 | 20 | 19,6 | 28 | 27,5 | 17 | 16,7 | 37 | 36,3 | 173 |
| 8 | 37 | 36,3 | 23 | 22,5 | 11 | 10,8 | 31 | 30,4 | 138 |
| 9 | 26 | 25,5 | 27 | 26,5 | 37 | 36,3 | 12 | 11,8 | 137 |
| 10 | 39 | 38,2 | 15 | 14,7 | 31 | 30,4 | 17 | 16,7 | 128 |
| 11 | 21 | 20,6 | 32 | 31,4 | 13 | 12,7 | 36 | 35,3 | 166 |
| 12 | 17 | 16,7 | 8 | 7,8 | 22 | 21,6 | 55 | 53,9 | 217 |
| 13 | 27 | 26,5 | 31 | 30,4 | 18 | 17,6 | 26 | 25,5 | 145 |
| 14 | 13 | 12,7 | 27 | 26,5 | 21 | 20,6 | 41 | 40,2 | 192 |
| 15 | 26 | 25,5 | 26 | 25,5 | 14 | 13,7 | 36 | 35,3 | 162 |
| 16 | 25 | 24,5 | 24 | 23,5 | 33 | 32,4 | 20 | 19,6 | 150 |
| 17 | 41 | 40,2 | 22 | 21,6 | 30 | 29,4 | 9 | 8,8 | 109 |
| 18 | 22 | 21,6 | 36 | 35,3 | 29 | 28,4 | 15 | 14,7 | 139 |
| 19 | 22 | 21,6 | 28 | 27,5 | 7 | 6,9 | 45 | 44,1 | 177 |
| 20 | 29 | 28,4 | 31 | 30,4 | 16 | 15,7 | 26 | 25,5 | 141 |
| 21 | 15 | 14,7 | 29 | 28,4 | 38 | 37,3 | 20 | 19,6 | 165 |
| 22 | 47 | 46,1 | 26 | 25,5 | 15 | 14,7 | 14 | 13,7 | 98 |
| 23 | 31 | 30,4 | 31 | 30,4 | 18 | 17,6 | 22 | 21,6 | 133 |
| 24 | 23 | 22,5 | 29 | 28,4 | 22 | 21,6 | 28 | 27,5 | 157 |
| 25 | 19 | 18,6 | 14 | 13,7 | 19 | 18,6 | 50 | 49,0 | 202 |
| 26 | 38 | 37,3 | 28 | 27,5 | 18 | 17,6 | 18 | 17,6 | 118 |
| 27 | 12 | 11,8 | 10 | 9,8 | 14 | 13,7 | 66 | 64,7 | 236 |
| 28 | 14 | 13,7 | 21 | 20,6 | 11 | 10,8 | 56 | 54,9 | 211 |

Sumber: Data Primer (2022)

Berdasarkan tabel 4 di atas nilai dengan skor tertinggi, yaitu 236 pada item kuesioner nomor 27, dimana *caregiver* keluarga menyatakan bahwa mereka merasa sedih terhadap nasib ODGJ yang diberikan perawatan. Nilai terendah dengan skor 98, yaitu pada item kuesioner nomor 22, yang mana

caregiver keluarga menyatakan bahwa mereka merasa memiliki hubungan yang dekat dengan ODGJ.

Adapun hasil penelitian beban Caregiver keluarga ODGJ dapat dikategorikan sebagai berikut:

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Beban *Caregiver* Keluarga ODGJ di Wilayah Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas

| Beban <i>Caregiver</i> Keluarga | Jumlah | % |
|--|---------------|------------|
| Tidak ada – Ringan | 26 | 25,50 |
| Sedang | 45 | 44,10 |
| Berat – Sangat Berat | 31 | 30,40 |
| Total | 102 | 100 |

Sumber: Data Primer (2022)

Dari tabel 5. Distribusi frekuensi beban *caregiver* keluarga menunjukkan hasil sebanyak 45 orang (44,10%) mengalami beban kategori sedang dalam merawat ODGJ di Wilayah Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas.

Karakteristik *caregiver* keluarga ODGJ juga dapat dihubungkan dengan beban yang dialami oleh keluarga. Berikut adalah hasil analisis *cross tab* mengenai karakteristik *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat dengan beban *caregiver* yang dialami oleh keluarga ODGJ:

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Crosstab Karakteristik Caregiver Keluarga ODGJ dengan Beban Caregiver Keluarga ODGJ di Wilayah Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas

| Karakteristik Caregiver Keluarga | Beban Caregiver Keluarga | | | | | |
|--|--------------------------|------|--------|------|--------------------|------|
| | Tidak ada-ringan | | Sedang | | Berat-sangat berat | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Usia | | | | | | |
| Dewasa Awal (18 – 40 tahun) | 6 | 5,9 | 9 | 8,8 | 8 | 7,8 |
| Dewasa Madya (41 - 60 tahun) | 14 | 13,7 | 24 | 23,5 | 13 | 12,7 |
| Dewasa Akhir/Lansia (61 tahun ke atas) | 6 | 5,9 | 12 | 11,8 | 10 | 9,8 |
| Jenis Kelamin | | | | | | |
| Laki-laki | 10 | 9,8 | 20 | 19,6 | 10 | 9,8 |
| Perempuan | 16 | 15,7 | 25 | 24,5 | 21 | 20,6 |
| Agama | | | | | | |
| Islam | 26 | 25,5 | 43 | 42,2 | 30 | 29,4 |
| Katolik | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 |
| Khonghucu | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 |
| Pendidikan Terakhir | | | | | | |
| Tidak Sekolah/Belum Tamat SD | 2 | 2,0 | 6 | 5,9 | 6 | 5,9 |
| SD | 7 | 6,9 | 16 | 15,7 | 11 | 10,8 |
| SMP | 0 | 0,0 | 15 | 14,7 | 8 | 7,8 |
| SMA | 7 | 6,9 | 6 | 5,9 | 4 | 3,9 |
| PT | 10 | 9,8 | 2 | 2,0 | 2 | 2,0 |
| Pekerjaan | | | | | | |
| Tidak Bekerja/IRT | 9 | 8,8 | 14 | 13,7 | 12 | 11,8 |
| Petani | 8 | 7,8 | 23 | 22,5 | 13 | 12,7 |
| Swasta | 4 | 3,9 | 4 | 3,9 | 4 | 3,9 |
| Wirausaha | 0 | 0,0 | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 |
| PNS | 4 | 3,9 | 2 | 2,0 | 0 | 0,0 |
| Lain-lain (TNI, Nelayan) | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 2 | 30,4 |
| Hubungan dengan ODGJ | | | | | | |
| Orang Tua | 15 | 14,7 | 28 | 27,5 | 15 | 14,7 |
| Pasangan | 1 | 1,0 | 3 | 2,9 | 2 | 2,0 |
| Anak | 2 | 2,0 | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 |
| Saudara | 7 | 6,9 | 12 | 11,8 | 9 | 8,8 |
| Kerabat | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | 4 | 3,9 |

Sumber: Data Primer (2022)

Hasil analisis menurut tabel 6. distribusi frekuensi *crosstab* antara karakteristik caregiver keluarga ODGJ dengan beban caregiver keluarga ODGJ

di atas, menunjukkan jika pada karakteristik usia mayoritas *caregiver* keluarga ODGJ, yaitu 9 orang (8,8%) dengan usia dewasa awal memiliki beban sedang, 24 orang (23,5%) dengan dewasa madya mempunyai beban sedang, dan 12 orang (11,8%) dengan dewasa akhir memiliki beban kategori sedang. Mayoritas karakteristik jenis kelamin, mayoritas *caregiver* keluarga perempuan, yaitu 25 orang (24,5%) memiliki beban sedang, dan *caregiver* keluarga laki-laki sejumlah 20 orang (19,6%) memiliki beban kategori sedang. Pada karakteristik agama, 43 *caregiver* keluarga (42,2%) beragama Islam memiliki beban sedang, 1 *caregiver* keluarga (1,0%) dengan agama Katolik memiliki beban sedang, serta *caregiver* keluarga yang beragama Khonghucu, memiliki beban sedang sebanyak 1 orang (1,0%) dan beban berat-sangat berat sebanyak 1 orang (1,0%). Karakteristik pendidikan terakhir pada *caregiver* keluarga adalah tidak sekolah/belum tamat SD dengan 6 orang (5,9%) memiliki beban sedang dan 6 orang (5,9%) memiliki beban berat-sangat berat, *caregiver* keluarga dengan pendidikan terakhir SD sejumlah 16 orang (15,7%) memiliki beban sedang, pendidikan terakhir SMP/ sederajat sebanyak 15 orang (14,7%) memiliki beban sedang, *caregiver* keluarga dengan pendidikan terakhir SMA/ sederajat mayoritasnya, yaitu 7 orang (6,9%) memiliki beban tidak ada-ringan, serta 10 orang (25,5%) dengan pendidikan terakhir perguruan tinggi memiliki beban tidak ada-ringan. Karakteristik pekerjaan *caregiver* keluarga ODGJ, yaitu tidak bekerja/IRT dengan mayoritas mengalami beban berat-sangat berat sejumlah 12 orang (11,8%), petani sebanyak 23 orang (22,5%) memiliki beban sedang, pekerjaan swasta yang memiliki kesetaraan jumlah

caregiver keluarga dengan beban tidak ada-ringan, sedang dan berat-sangat berat, yaitu masing-masing 4 orang (3,9%), wirausaha dengan beban sedang sejumlah 2 orang (2,0%), PNS dengan mayoritas mengalami beban tidak ada-ringan, yaitu 4 orang (3,9%), serta pekerjain lain seperti TNI dan nelayan yang mayoritasnya memiliki beban berat-sangat berat sejumlah 2 orang (2,0%). *Caregiver* keluarga menurut karakteristik hubungan dengan ODGJ, yaitu orang tua sejumlah 28 orang (27,5%) memiliki beban sedang, pasangan sebanyak 3 orang (2,9%) memiliki beban sedang, *caregiver* keluarga dengan hubungan sebagai anak, yaitu 2 orang (2,0%) memiliki beban tidak ada-ringan, saudara sejumlah 12 orang (11,8%) mengalami beban sedang, serta kerabat sebanyak 4 orang (3,9%) memiliki beban kategori berat-sangat berat.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Karakteristik *Caregiver* Keluarga

Hasil penelitian terhadap 102 *caregiver* keluarga, menunjukkan sebagian dari usia *caregiver* keluarga, yaitu dewasa madya sebanyak 51 orang (50%) dengan rentang usia 41 - 60 tahun. Usia merupakan faktor yang memberikan pengaruh pada pola pikir dan daya tangkap individu, yang mana semakin usia seseorang bertambah, maka semakin berkembang pula pola pikir dan daya tangkapnya. Usia dewasa madya adalah usia ketika seseorang menunjukkan kematangan jiwa, bijaksana dalam pengambilan keputusan, semakin rasional, mampu mengendalikan emosi dan peningkatan toleransi dengan orang lain begitu juga dalam kaitannya dengan perawatan ODGJ.⁵⁰ Usia dewasa menengah memiliki kematangan yang cukup dalam pengalaman hidup serta kematangan jiwa untuk memberikan perawatan bagi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa, namun pada rentang usia ini jugalah individu mulai mengalami penurunan imunitas dan kemunduran fungsi organ tubuh. Kondisi fisik tubuh yang menurun dapat menimbulkan beban pada *caregiver*, terutama beban secara fisik maupun psikologis dikarenakan perasaan cemas dan khawatir akan perawatan ODGJ.^{37,39,51}

Karakteristik *caregiver* keluarga berdasarkan jenis kelamin pada tabel 3. didapatkan hasil penelitian paling banyak *caregiver* dengan jenis kelamin perempuan, yaitu 61 orang (50,9%). Hal ini dikarenakan perempuan

merupakan ibu rumah tangga yang mengatur segala macam kegiatan di rumah tangganya, sedangkan laki-laki berperan dalam mencari nafkah dan lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Amanah pada tahun 2020 di Medan, yang menyatakan mayoritas *caregiver* dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 47 orang (58,9%). Kondisi ini terjadi karena budaya masyarakat Indonesia yang menempatkan perempuan dalam urusan rumah tangga, yaitu mengurus anggota keluarga yang sehat maupun sakit.⁵²

Sharma dkk., pada tahun 2016, melakukan studi mengenai perbedaan *caregiver* perempuan dan *caregiver* laki-laki. Perbedaan yang bisa terlihat contohnya adalah durasi *caregiving* yang diberikan akan lebih lama diberikan oleh *caregiver* perempuan, dikarenakan mereka jarang bekerja dalam waktu lama di luar rumah dan lebih sering berada di rumah, sehingga akan lebih lama dalam memberikan pengasuhan. Sifat perempuan yang lebih emosional, menyebabkan keterikatan terhadap anggota keluarga yang sakit, yang menimbulkan rasa tanggung jawab, terutama pada seorang ibu yang berperan untuk memperhatikan kesehatan anggota keluarga di rumah. Walaupun begitu, pemberian *caregiving* oleh perempuan dan laki-laki sebenarnya tidaklah jauh berbeda.⁵³ Penelitian yang dilakukan oleh Adianta & Wardianti pada tahun 2018, menemukan bahwa *caregiver* perempuan memiliki beban lebih tinggi dibandingkan *caregiver* laki-laki, dikarenakan sifat *caregiver* perempuan yang cenderung berdasarkan penghayatan dibandingkan pengetahuan akan sesuatu,

yang akhirnya menyebabkan perempuan menjadi mudah merasa terbebani dan merasa frustrasi di saat menghadapi masalah.⁵⁴

Berdasarkan karakteristik Agama, mayoritas *caregiver* keluarga di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas, yaitu 99 orang (97%) beragama Islam. Hal ini disebabkan karena mayoritas penduduk Kabupaten Sambas khususnya di Kecamatan Teluk Keramat adalah suku Melayu yang beragama Islam, yaitu sebesar 84,79%. Secara historis, Kabupaten Sambas merupakan kabupaten dengan sebutan serambi mekah dimana Agama Islam masuk dan menyebar ke pulau Kalimantan melalui Kerajaan Kesultanan Sambas. Agama dan spiritualitas dapat dijadikan coping adaptif *caregiver* terhadap beban (*stress*) yang dihadapi dalam merawat ODGJ. Coping religius bisa berdampak pada pola kognitif individu dalam menghadapi situasi sulit serta mencari solusi pemecahan masalah, juga dapat meringankan atau mencegah terjadinya emosi negatif akibat *stress* yang dihadapi, sehingga dapat meningkatkan kemampuan adaptasi *caregiver* terhadap situasi yang membebani proses perawatan ODGJ.⁵¹

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wiguna pada tahun 2016 di Indonesia, yang menggambarkan data demografis dari *caregiver* keluarga pada umumnya beragama Islam. Agama merupakan pembentuk skema kognitif dalam menentukan perhatian, tindakan, dan interpretasi dari proses kehidupan seseorang. Coping keagamaan memberikan pengaruh positif terhadap keinginan anggota keluarga untuk merawat anggota keluarga lain dengan

ODGJ. Koping keagamaan juga dirasakan memberikan perasaan beban yang lebih ringan dalam merawat anggota keluarga ODGJ.⁵⁵

Karakteristik pendidikan *caregiver* keluarga menunjukkan, yaitu 34 orang (33,3%) dengan pendidikan rendah atau Sekolah Dasar (SD). Umumnya, masih banyak anak yang putus sekolah dan tidak melanjutkan sekolahnya akibat kondisi ekonomi yang tidak memadai, terutama di daerah pedesaan. Hal ini menyebabkan sebagian besar masyarakat terpaksa melibatkan anak-anak mereka untuk membantu perekonomian keluarga. Pekerjaan sebagai petani yang tidak membutuhkan pendidikan khusus atau pendidikan tinggi, juga menyebabkan banyak anak yang putus sekolah dan memilih untuk bekerja membantu keluarga.⁵⁶

Notoatmodjo pada tahun 2018, menyebutkan bahwa pendidikan mempengaruhi pemahaman individu dalam penerimaan berbagai informasi. Semakin tinggi pendidikan individu, maka semakin baik juga pemahaman terhadap suatu informasi dan kemampuan dalam mengambil keputusan. Sebaliknya, pendidikan rendah berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang dalam menyaring informasi, terutama dalam hal yang berkaitan dengan proses perawatan dan rehabilitasi anggota keluarga.⁵⁷

Pendidikan merupakan faktor penting dalam proses pembentukan pribadi seseorang. Pendidikan adalah proses belajar dimana individu mengalami proses pertumbuhan, perkembangan dan perubahan menuju kedewasaan, baik dalam bersikap dan berpikir serta menjadi pribadi yang lebih matang. Pengetahuan diperoleh melalui pendidikan, sehingga semakin tinggi

tingkat pendidikan keluarga, maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam mencari dan menerima informasi mengenai perawatan ODGJ. Individu yang berpendidikan tinggi memiliki rasionalitas pemikiran yang lebih tinggi dan memiliki pemikiran lebih terbuka dalam menerima suatu perubahan atau kejadian baru dibandingkan individu dengan pendidikan rendah. Pendidikan rendah bukan berarti seseorang mutlak memiliki pengetahuan rendah, karena pengalaman juga dapat memberikan pengaruh terhadap pengetahuan seseorang.⁵⁸ Pengetahuan yang rendah akan penyakit ODGJ, cenderung menyebabkan *distress* secara emosional bagi *caregiver* keluarga, yang akhirnya akan menimbulkan beban selama perawatan ODGJ.⁵⁴

Berdasarkan karakteristik pekerjaan *caregiver* keluarga, yaitu 44 orang (43,2%) bekerja sebagai petani. Hal ini disebabkan karena Kecamatan Teluk Keramat merupakan daerah pertanian dimana mayoritas penduduknya bekerja sebagai petani khususnya petani karet. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa 34,3% *caregiver* keluarga tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga. Hal ini sejalan dengan karakteristik jenis kelamin *caregiver* dengan mayoritasnya adalah perempuan yang melaksanakan perannya di rumah tangga dalam merawat dan menjaga anggota keluarga yang sakit.

Menurut Notoatmodjo pada tahun 2018, pekerjaan merupakan aktivitas yang harus dilakukan untuk menunjang kehidupan individu dan keluarganya. Seseorang dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman, baik secara langsung maupun tidak langsung di lingkungan kerja. Pekerjaan berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.⁵⁷

Caregiver yang tidak bekerja seringkali mengalami beban yang cukup tinggi, baik akibat masalah ekonomi, seperti kebutuhan dan biaya pengobatan ODGJ, maupun beban mental dan emosional yang dirasakan selama perawatan ODGJ, dikarenakan tidak adanya pengalihan selain merawat ODGJ.⁵⁹

Hasil penelitian karakteristik hubungan *caregiver* keluarga dengan ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat Kabupaten Sambas, sebagian dari *caregiver* keluarga, yaitu 58 orang (56,9%) merupakan orang tua kandung ODGJ. Orang tua merupakan orang terdekat seorang anak, dikarenakan orang tua merupakan orang pertama yang membantu sang anak mulai dari sejak anak dilahirkan, hingga anak dewasa dan bisa hidup secara mandiri. Hal ini tentu menimbulkan adanya perasaan kasih sayang dan keinginan orang tua untuk merawat anak yang sedang sakit. Walaupun begitu, kondisi anak yang sakit tidaklah mudah untuk dipahami, apalagi anak yang mengalami gangguan jiwa. Orang tua yang menjadi *caregiver* ODGJ cenderung mengalami beban, terutama beban, baik secara objektif, maupun secara subjektif. Beban objektif yang dialami oleh orang tua adalah bersumber dari masalah finansial, dikarenakan mayoritas pekerjaan orang tua adalah petani karet, yang mana penghasilan keluarga tidak menetap. Beban subjektif yang dirasakan orang tua adalah perasaan malu, perasaan bersalah dan juga perasaan sedih akan keadaan anak yang mengalami gangguan jiwa.^{15,51}

5.2. Beban *Caregiver* Keluarga ODGJ

Family caregiver burden merupakan setiap kesulitan yang dihadapi selama proses perawatan pada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, seperti pada ODGJ. Beban yang dialami *caregiver* keluarga dapat berasal dari faktor eksternal seperti biaya, transportasi, dan fasilitas kesehatan, maupun internal, seperti fisik, mental dan emosional. Salah satu contoh beban *family caregiver burden* adalah penyediaan biaya transportasi ke fasilitas pelayanan kesehatan, stres fisik dan emosional selama merawat ODGJ, biaya pengobatan dan tekanan ekonomi serta penolakan dari masyarakat yang menyebabkan *family caregiver* memilih untuk mengisolasi ODGJ.^{4,15,31,36,38,60}

Hasil penelitian mengenai beban *caregiver* menunjukkan hasil sebanyak 45 *caregiver* keluarga (44,10%) mengalami beban kategori sedang dalam merawat ODGJ. Hal ini berarti bahwa sebagian besar *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat mengalami peningkatan risiko terjadinya gejala psikosomatik.⁴⁵ Gejala psikosomatik merupakan gejala gangguan fisik yang muncul akibat gangguan psikis, seperti nyeri kepala dan kelelahan yang dirasakan ketika *stress*, rasa mual akibat ansietas, dll.⁶¹ Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Nenobais pada tahun 2020, yang mendapatkan bahwa *caregiver* keluarga memiliki beban ringan sampai sedang 23,1%, beban sedang hingga berat 49%, beban berat 22,1% dan sedikit atau tidak ada beban 5,8%. Beban terjadi akibat adanya perasaan tertekan keluarga selama memberikan pengasuhan, seperti beban ekonomi seperti pemenuhan kebutuhan dan pengobatan ODGJ, keterbatasan keluarga untuk bekerja karena berfokus pada

pengasuhan ODGJ, kekhawatiran akan masa depan anggota yang sakit, beban fisik akibat kelelahan dan minimnya waktu istirahat serta berkurangnya interaksi sosial.⁶²

Caregiver keluarga yang mengalami beban *caregiver* sedang sampai berat umumnya disebabkan karena faktor ekonomi dan tekanan dari masyarakat dimana mereka berada. Tekanan lingkungan pekerjaan dan masyarakat atau tetangga dapat membuat *caregiver* merasa sangat tertekan. Perilaku ODGJ yang meresahkan masyarakat apabila mereka melakukan tindakan anarki yang dapat menimbulkan kerugian harta benda atau ODGJ yang mengambil barang di toko atau warung secara hutang merupakan sederetan masalah yang peneliti temukan di masyarakat yang membuat keluarga atau *caregiver* merasa malu dan rendah diri di masyarakat.^{4,15,18,29}

Faktor karakteristik usia merupakan salah satu faktor yang bisa menimbulkan beban pada *caregiver* keluarga, karena usia dewasa madya pada 50,0% atau 51 *caregiver* keluarga, merupakan usia mulai ditunjukkannya penurunan fungsi organ dan imunitas tubuh, sehingga *caregiver* keluarga menjadi rentan mengalami beban fisik maupun emosional, seperti kelelahan, *stress*, kecemasan, dan perasaan duka dan kehilangan terhadap kondisi ODGJ. Perilaku kekerasan dan amuk yang ditunjukkan oleh ODGJ kepada *caregiver* keluarga juga menjadi salah satu penyebab adanya beban yang dialami *caregiver* keluarga.^{37,39,50,51} Beban tersebut juga sejalan dengan hasil analisis data yang menunjukkan jika *caregiver* keluarga ODGJ dengan usia dewasa madya memiliki beban sedang sebanyak 24 orang (23,5%).

Karakteristik jenis kelamin pada *caregiver* keluarga, yang mayoritasnya adalah perempuan, yaitu 61 *caregiver* perempuan (50,9%) memang tidak terlalu memiliki perbedaan yang berarti dengan *caregiver* laki-laki di dalam pemberian *caregiving*. Hal ini terlihat dari hasil analisis data yang menemukan jika mayoritas *caregiver* perempuan dan *caregiver* laki-laki memiliki beban kategori sedang, yaitu 25 perempuan (24,5%) dan 20 laki-laki (19,6%). Walaupun begitu, beberapa studi menyebutkan jika perempuan cenderung untuk lebih mudah merasakan *stress* selama pengasuhan, dikarenakan tuntutan dan pandangan masyarakat terhadap perempuan yang cenderung mengurus kondisi rumah tangga. *Caregiver* yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga akan lebih berisiko mengalami beban emosional dikarenakan, terbatasnya aktivitas dan kurangnya pengalihan selain memberikan *caregiving*.⁵²⁻⁵⁴ Hal ini juga sesuai dengan analisis data yang menunjukkan bahwa 14 *caregiver* keluarga (13,7%) yang tidak bekerja/IRT memiliki beban kategori sedang.

Karakteristik agama *caregiver* keluarga ODGJ menunjukkan jika mayoritas *caregiver* keluarga memiliki agama Islam, yang mana 43 orang (42,2%) memiliki beban kategori sedang. Beban yang dirasakan oleh *caregiver* keluarga dapat diminimalisir dengan koping spritualitas maupun koping religiusitas yang dapat meningkatkan kepercayaan dan emosi positif selama memberikan pengasuhan kepada ODGJ.⁵¹ Penelitian yang dilakukan oleh Irawati & Sutomo pada tahun 2021, menemukan bahwa koping religiusitas dapat meningkatkan kualitas hidup *caregiver* keluarga.⁶³

Tingkat pendidikan *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat mendapatkan bahwa *caregiver* keluarga yang memiliki pendidikan terakhir tidak sekolah/belum tamat SD memiliki beban berat-sangat berat sebanyak 6 orang (5,9%) dan pendidikan terakhir SD yang mengalami beban sedang sejumlah 16 orang (15,7%). Berbeda dengan *caregiver* keluarga yang memiliki pendidikan tinggi yaitu perguruan tinggi dengan mayoritasnya mengalami beban tidak ada-ringan, yaitu sebanyak 10 orang (9,8%). Hal ini menunjukkan jika pendidikan rendah dapat membatasi pemahaman dan peresapan informasi yang cukup dalam memberikan pengasuhan atau *caregiving* pada penderita ODGJ. Rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap program Kesehatan jiwa juga menjadi permasalahan dalam penanganan ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat. Tidak jarang penderita ODGJ yang baru dipulangkan ke rumah mengalami kekambuhan atau kembali harus dirawat di RSJ karena ketidakpahaman keluarga dalam merawat ODGJ, yang menyebabkan kehadiran mereka tidak dapat diterima oleh masyarakat. Penderita ODGJ walaupun tidak menular dan mematikan namun sangat meresahkan warga masyarakat dimana ODGJ bertempat tinggal. Lingkungan yang kurang bersahabat dan menerima kehadiran penderita ODGJ dapat menimbulkan tekanan secara psikis dan memperparah penyakit ODGJ. Sebagian dari mereka merasa lebih tenang ketika mereka berada di RSJ, hal ini dikarenakan mereka merasa lebih diterima dan dihargai di sana, walaupun lingkungan yang paling baik untuk menunjang kesembuhan ODGJ sebenarnya adalah lingkungan keluarga dan masyarakat, yang mana dapat menciptakan

suasana dimana ODGJ dapat beraktivitas secara normal serta lebih produktif.^{4,15,29-31,64}

Pekerjaan merupakan hal yang penting untuk menopang kehidupan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.⁵⁷ *Caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat mayoritasnya bekerja sebagai petani, sebanyak 44 orang (43,2%), yang mana juga menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* keluarga yang merupakan petani memiliki beban sedang, yaitu sejumlah 23 orang (22,5%). Hal ini berbeda dengan PNS yang menunjukkan hasil bahwa mayoritasnya memiliki beban tidak ada-ringan, yaitu 4 orang (3,9%). Kestabilan ekonomi *caregiver* keluarga juga dapat mempengaruhi beban yang dirasakan keluarga.^{4,15,54} Petani cenderung untuk memiliki pendapatan yang tidak menetap, seperti petani karet yang bisa memperoleh pendapatan tergantung dengan kondisi cuaca atau musim. PNS lebih memiliki kestabilan ekonomi dikarenakan PNS mendapatkan gaji dari pemerintah sesuai dengan MKG (Masa Kerja Golongan). Peningkatan kebutuhan keluarga dan kebutuhan ODGJ, dapat menyebabkan beban bagi keluarga. *Caregiver* keluarga tidak hanya merasakan beban secara psikis akibat rasa khawatir mengenai kesejahteraan keluarga, namun juga beban fisik dikarenakan kelelahan yang dirasakan untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga.^{4,15,16,31,64}

Hasil analisis mengenai karakteristik hubungan *caregiver* keluarga dengan ODGJ menunjukkan jika mayoritas *caregiver* keluarga di Kecamatan Teluk Keramat merupakan orang tua, yang mana sebagian besarnya memiliki beban sedang, yaitu sejumlah 28 orang (27,5%). Hal ini berbeda dengan

caregiver keluarga yang merupakan anak ODGJ, menunjukkan bahwa mayoritasnya memiliki beban tidak ada-ringan, yaitu sebanyak 2 orang (2,0%), sedangkan *caregiver* keluarga ODGJ berupa kerabat, sebagian besar memiliki beban berat-sangat berat, yaitu 4 orang (3,9%). Penyebab hal ini terjadi adalah perasaan kehilangan yang dirasakan oleh keluarga, terutama orang tua yang sudah membesarkan anaknya dari sejak dilahirkan hingga sekarang, yang mana juga menimbulkan perasaan bersalah dari orang tua.^{15,51,59} Hal ini berbeda dengan anak yang cenderung memiliki fisik lebih kuat dibandingkan dengan orang tua dan merasa memiliki kewajiban untuk membantu orang tua, sehingga mereka akan lebih siap secara fisik dan mental untuk merawat orang tua mereka.^{51,54,57,58}

Penelitian memperoleh data bahwa item kuesioner dengan skor beban terendah adalah item kuesioner 22, yaitu 46,1% *caregiver* keluarga sangat setuju memiliki hubungan yang baik dengan ODGJ. Hubungan antar anggota keluarga sangat perlu diperhatikan untuk menjaga kenyamanan dan kedamaian di rumah. Konflik dan pertikaian antar keluarga, baik itu *caregiver* keluarga dengan ODGJ, maupun *caregiver* keluarga dengan anggota keluarga lain dapat menyebabkan gangguan dalam proses perawatan ODGJ, seperti perburukan kondisi ODGJ. Hubungan dapat terjaga dengan baik, jika keluarga tetap menjaga komunikasi dan terbuka antar anggota keluarga serta saling memberikan dukungan, terutama di saat keluarga memiliki anggota keluarga yang sakit.^{4,15,31,36}

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor beban tertinggi terjadi pada item kuesioner nomor 27, yaitu *caregiver* keluarga merasa sedih mengenai keadaan ODGJ. Keluarga cenderung akan merasa sedih ketika melihat orang yang disayangi menderita penyakit, terutama jika penyakit yang diderita adalah gangguan jiwa. *Caregiver* keluarga merasakan kesedihan karena adanya perasaan kehilangan akibat perubahan kondisi pada orang yang mereka sayangi dari keadaan sebelumnya, baik itu gangguan perilaku, gangguan fungsional secara normal serta penurunan produktivitas. *Caregiver* keluarga juga merasa sedih karena walaupun ODGJ bisa dikontrol dengan pengobatan teratur, namun penyakit gangguan jiwa tidak bisa disembuhkan secara total.^{4,15,31,36}

Hasil penelitian juga menunjukkan 25,5% atau 26 *caregiver* keluarga di Kecamatan Teluk Keramat mengalami beban ringan dalam memberikan *caregiving* kepada ODGJ. Sebagian ODGJ sudah menunjukkan perilaku yang membaik dan lebih produktif, sehingga *caregiver* keluarga sudah mulai dapat menerima kondisi ODGJ serta dapat lebih menikmati dalam mengurus dan menjaga ODGJ. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Wulandari & Rahmah pada tahun 2019 yang memperoleh hasil 54,9% keluarga ODGJ di Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda mengalami beban ringan. Hal ini dikarenakan adanya hubungan antara beban yang dialami keluarga ODGJ dengan penerimaan keluarga akan kondisi ODGJ. Penerimaan akan kondisi ODGJ dapat memberikan suasana positif selama pengasuhan, sehingga dapat meminimalisir beban.⁶⁵

Kurangnya dukungan yang diterima keluarga dapat menimbulkan beban, seperti beban fisik, psikis, sosial, emosional, maupun finansial yang dirasakan keluarga. Keluarga sebagai *support system* utama ODGJ membutuhkan dukungan selama memberikan *caregiving* kepada ODGJ, baik dukungan sesama anggota keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan, maupun pemerintah.^{4,15,21,37,39} Niman pada tahun 2019 menyebutkan bahwa hal yang harus dilakukan *caregiver* keluarga adalah terus melatih dan merawat penderita ODGJ sampai kembali produktif dan mampu memenuhi ADL (*Activity Daily Living*) secara mandiri serta mengikuti kegiatan komunitas sosial tentang merawat ODGJ.⁶⁰

Tenaga kesehatan di Kecamatan Teluk Keramat belum memberikan dukungan yang optimal terhadap keluarga, terutama dalam penggalakkan program kesehatan jiwa. Hal ini menyebabkan *caregiver* keluarga ODGJ seringkali menemukan kesulitan dalam merawat ODGJ, seperti cara penanganan ODGJ, informasi bantuan dari pemerintah, maupun edukasi mengenai keteraturan minum obat pada ODGJ. Kondisi ini tidak bisa dilakukan hanya dari satu pihak, sehingga *caregiver* keluarga dan tenaga kesehatan harus dapat bekerja sama untuk meningkatkan perawatan ODGJ. Tenaga kesehatan bisa membuat *group* sebagai wadah perkumpulan berbagi pengalaman dan mempermudah penyebaran informasi kepada *caregiver* keluarga.^{3,4,11,15} Penelitian yang dilakukan oleh Irawati & Sutomo pada tahun 2018 menemukan bahwa *support group* berupa edukasi kelompok, kunjungan rumah, aktivitas kelompok, *sms reminder* serta *monitoring* status kesehatan berperan penting

dalam mendukung *caregiver* keluarga, baik itu dukungan secara holistik, maupun pemberdayaan individu dan penyediaan informasi.⁶³

Dewi pada tahun 2021 menyatakan bahwa *caregiver* keluarga ODGJ seharusnya tidak menutup diri mengikuti program kesehatan jiwa yang ada dan melakukan strategi koping adaptif sehingga mampu melakukan pengasuhan yang efektif dalam jangka waktu panjang. Individu yang menggunakan strategi pemecahan masalah akan lebih percaya diri terhadap kemampuan dalam menemukan solusi untuk menangani masalah secara efektif dan mampu mengurangi efek negatif dari peran sebagai *caregiver*.⁶⁶ Bentuk strategi koping yang dapat dilakukan oleh keluarga adalah distribusi peran *caregiver* di anggota keluarga, sehingga beban pengasuhan tidak hanya tergantung pada satu orang, mencari hobi sebagai pengalihan sementara dari situasi yang membebankan, humor di keluarga, atau menjaga komunikasi yang terbuka dengan anggota keluarga lain mengenai situasi pengasuhan, sehingga bisa saling mendukung antar anggota keluarga.^{4,15,21,37,39,44} *Caregiver* keluarga juga bisa menggunakan koping spiritualitas untuk menjauhkan diri dari pikiran negatif selama memberikan *caregiving* kepada ODGJ, terutama pada *caregiver* keluarga yang tinggal sendiri bersama ODGJ.⁵¹ Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alifa pada tahun 2021, yang menemukan bahwa semakin positif koping religiusitas *caregiver* keluarga, maka semakin tinggi kualitas hidup *caregiver* keluarga tersebut.⁶⁷

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

6.1.1. Mayoritas karakteristik usia *caregiver* keluarga adalah dewasa madya (usia 41 - 60 tahun). Karakteristik jenis kelamin pada *caregiver* keluarga sebagian besarnya adalah perempuan. Untuk karakteristik agama, hampir keseluruhan dari *caregiver* keluarga memiliki agama Islam. Sebagian besar *caregiver* keluarga memiliki karakteristik pendidikan akhir Sekolah Dasar (SD). Penelitian juga menemukan jika mayoritas *caregiver* keluarga bekerja sebagai petani. Sebagian besar *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat merupakan orang tua dari ODGJ.

6.1.2. Gambaran beban yang dialami sebagian besar *caregiver* keluarga ODGJ di Kecamatan Teluk Keramat berada di kategori sedang dan paling sedikit berada di kategori tidak ada-ringan. Hal ini berarti sebagian besar *caregiver* keluarga ODGJ memiliki risiko peningkatan gejala psikosomatik. Hal ini dapat terjadi akibat adanya beban fisik, emosional, sosial, maupun finansial yang dialami keluarga.

6.2. Saran

6.2.1. Bagi *Caregiver* Keluarga

Diharapkan *caregiver* keluarga dapat memberikan *caregiving* yang efektif terhadap ODGJ dengan cara berpartisipasi lebih aktif dalam mencari informasi mengenai perawatan dan mengikuti program kesehatan jiwa yang ada. Penanganan beban *caregiver* keluarga dapat dilakukan dengan cara berbagi beban bersama anggota keluarga lain, baik itu distribusi peran *caregiver*, maupun pengekspresian secara terbuka mengenai beban yang dirasakan selama perawatan ODGJ. Selain itu, *caregiver* keluarga juga dapat melakukan koping adaptif, seperti mencari hobi produktif sebagai pengalihan sementara dari pengasuhan, serta koping spiritualitas yang dapat membantu menurunkan beban yang dirasakan akibat *stress* dan kecemasan, sehingga mampu melakukan pengasuhan yang efektif dalam jangka waktu yang panjang.

6.2.2. Bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Melalui penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber informasi untuk fasilitas pelayanan kesehatan, terutama puskesmas dalam meningkatkan keaktifan program Kesehatan jiwa terutama yang berhubungan dengan perawatan ODGJ di rumah oleh keluarga. Selain itu, puskesmas juga diharapkan dapat membentuk suatu wadah perkumpulan bersama *caregiver* keluarga yang ada di daerah, sebagai sarana bertukar pikiran dan pengalaman dalam perawatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. *Support group* dapat

mempermudah tenaga kesehatan untuk memberikan edukasi kelompok, kunjungan rumah, mengadakan aktivitas kelompok, serta mengontrol kondisi ODGJ dan *caregiver* keluarga melalui *sms reminder*.

6.2.3. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Penelitian diharapkan dapat meningkatkan referensi dalam mengembangkan ilmu pengetahuan maupun sebagai data dasar dalam proses pembelajaran, terutama bidang Kesehatan Jiwa yang berkaitan dengan gambaran beban *caregiver* keluarga dalam merawat ODGJ di rumah. Hasil penelitian juga diharapkan bisa dijadikan bahan pengkajian dan analisa data untuk penelitian selanjutnya.

6.2.4. Bagi Peneliti

Peneliti selanjutnya diharapkan bisa mengembangkan penelitian, seperti dalam mengidentifikasi hubungan karakteristik dari *caregiver* keluarga ODGJ dengan beban *caregiver* keluarga selama memberikan perawatan kepada ODGJ di rumah. Peneliti juga bisa menelusuri faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya beban *caregiver* keluarga ODGJ secara spesifik dan menghubungkan faktor tersebut, seperti pengetahuan, lama hari perawatan dan dukungan sosial yang dihubungkan dengan beban *caregiver* keluarga ODGJ.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azizah LM, Zainuri I, Akbar A. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa: Teori dan Aplikasi Praktik Klinik. Yogyakarta: Indomedia Pustaka; 2016.
2. Nurhalimah. Keperawatan Jiwa. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
3. Agustina C. Pengalaman Penderita Skizofrenia Mendapat Dukungan Sesama Penderita (Peer Support) [Skripsi]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2018.
4. Sutejo. Keperawatan Kesehatan Jiwa: Prinsip dan Praktik Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Pustaka Baru Press; 2018.
5. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders. Switzerland: WHO Document Production Services; 2017.
6. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, et al. Global Prevalence and Burden of Depressive and Anxiety Disorders in 204 Countries and Territories in 2020 due to The COVID-19 Pandemic. *Lancet*. 2021; 398(10312): 1700-1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
7. Zuberi A, Waqas A, Naveed A, Hossain MM, Rahman A, et al. Prevalence of Mental Disorders in the WHO Eastern Mediterranean Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychiatry*. 2021; 12: 665019. doi: 10.3389/fpsyt.2021.665019.

8. Pusat Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Situasi Kesehatan Jiwa di Indonesia [Internet]. InfoDATIN. 2018 [cited on Januari 2022]. Dari: <https://pusdatin.kemkes.go.id/article/view/20031100001/situasi-kesehatan-jiwa-di-indonesia.html>.
9. Karimah A, Damaiyanti M. Hubungan Beban Keluarga Terhadap Perawatan Pasien dengan Skizofrenia: Literature Review. BSR. 2021; 3(1): 165-177.
10. Andari S, Suryani, Hermawati I, Kuntjorowati E, Wardo, et al. Kajian Pendampingan ODGJ Berbasis Komunitas di Masa Pandemi COVID-19. Yogyakarta: B2P3KS Press; 2020.
11. Kholifah SN, Widagdo W. Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
12. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver Burden among Caregivers of Mentaly Ill Individuals and Their Coping Mechanism. J Neurosci Rural Pract. 2018; 9(2): 180-185.
13. Dewi RDC, Kushariyadi. Studi Literatur: Peran Caregiver untuk Peningkatan Perawatan Kesehatan pada Pasien Demensia. Arteri. 2020; 1(2): 167-176. 10.37148/arteri.v1i2.42.
14. Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver Burden: A Concept Analysis. Int J Nurs Sci. 2020; 7: 438-445. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.07.012.
15. Ebrahimi H, Seyedfatemi N, Areshtanab HM, Ranjbar F, Thornicroft G, et al. Barriers to Family Caregiver's Coping with Patients with Severe Mental

- Illness in Iran. *Qual Health Res.* 2018; 28(6): 987-1001. doi: 10.1177/1049732318758644.
16. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. *Iranian J Nursing Midwifery Res.* 2018; 23(5): 329-337. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_122_77.
 17. Giandatenaya G, Sembiring RA. Regulasi Emosi pada Caregiver Orang dengan Gangguan Jiwa. *Psy Id.* 2021; 19(1): 13-24. doi: 10.30595/psychoidea.v19i1.7052.
 18. Andriani RADR, Afiatin T, Sulistyarini RI. Efektivitas Pelatihan Regulasi Emosi untuk Meningkatkan Resiliensi Caregiver-Keluarga Pasien dengan Skizofrenia. *JIP.* 2017; 9(2): 254-273. doi: 10.20885/intervensipsikologi.vol9.iss2.art8.
 19. Behrouian M, Ramexani T, Dehghan M, Sabahi A, Zarandi BE. The Effect of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, and Depression in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Comm Hlth J.* 2020; 56(6): 1095-1102. doi: 10.1007/s10597-020-00574-y.
 20. Addiba A, Choiriyah Z, Liyanovitasari. Hubungan Beban dengan Kemampuan Keluarga Merawat Activity of Daily Living (ADL) Pasien Skizofrenia. *JHHS.* 2020; 2(2): 13-21. doi: 10.35473/jhhs.v2i2.49.
 21. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu, Y, et al. The Burden, Support, and Needs of Primary Family Caregivers of People Experiencing Schizophrenia in

- Beijing Communities: A Qualitative Study. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(75): 1-10. doi: 10.1186/s12888-019-2052.
22. Handayani D, Hadi DR, Isbaniah F, Burhan E, Agustin H. Penyakit Virus Corona 2019. *JRI*. 2020; 40(2): 119-129.
 23. Rusell BS, Hutchison M, Tambling R, Tomkunas AJ, Horton AL. Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Helath, and The Parent-Child Relationship. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020; 51: 671-682. doi: 10.1007/s10578-020-01037-x.
 24. Republik Indonesia. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa. Jakarta; 2014.
 25. Wuryaningsih EW, Windarwati HD, Dewi EI, Deviantony F, Hadi E. Keperawatan Kesehatan Jiwa 1. Jember: UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember; 2018.
 26. Stuart GW, Keliat BA. Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart 1. Singapura: Elsevier; 2016.
 27. Yusuf A, Fitriyasari RPK, Nihayati HE. Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika; 2015.
 28. Risal M, Hamu AH, Litaqia W, Dewi EU, Sinthania D, et al. Ilmu Keperawatan Jiwa. Bandung: Media Sains Indonesia; 2022.

29. Subu MA, Holmes D, Elliot J. Stigmatisasi dan Perilaku Kekerasan pada Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia. *JKI*. 2016; 19(3): 191-199. doi: 10.7454/jki.v19i3.481.
30. Mislianti, Yanti DE, Sari N. Kesulitan Keluarga dalam Merawat dengan Gangguan Jiwa di Wilayah Puskesmas Kesumadadi Kecamatan Bekri Kabupaten Lampung Tahun 2020. *JKM*. 2021; 9(4): 555-565.
31. Nisa WI. Kesehatan Mental Berbasis Komunitas. Malang: Media Nusa Creative; 2019.
32. Harnilawati. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Takalar: Pustaka As Salam; 2013.
33. Siregar D, Manurung EI, Sihombing RM, Pakpahan M, Sitanggang YF, et al. Keperawatan Keluarga. Medan: Yayasan Kita Menulis; 2020.
34. Friedman. Keluarga: Teori dan Praktek. Ed.5. Alih Bahasa: Yani AS, Hamid, et al. Jakarta: EGC; 2018.
35. Wahyuni T, Parlioni, Hayati D. Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Dilengkapi Riset & Praktik. Sukabumi: Jejak; 2021.
36. Pratiwi IG. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Keluarga dengan Tingkat Kecemasan dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Sijunjung Kabupaten Sijunjung Tahun 2018 [Skripsi]. Padang: STIKES Perintis Padang; 2018.

37. Talley RC, Fricchione GL, Druss BG. *The Challenges of Mental Health Caregiving*. New York: Springer; 2014.
38. Niman S. Pengalaman Family Caregiver dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa. *JKJ*. 2019; 7(1): 19-26.
39. Mollaoglu M. *Caregiving and Home Care*. London: IntechOpen; 2018.
40. Gibbons SW, Shafer M. *Nursing Ethics: Vulnerable Populations and Changing Systems of Care*. New York: Springer; 2016.
41. Applebaum AJ. *Cancer Caregivers*. New York: Oxford University Press; 2019.
42. Trisnasari ME. *Gambaran Tingkat Caregiver Burden Orang dengan Masalah Kejiwaan pada Anggota Self-Help Group Online [Skripsi]*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2017.
43. Moustafa AA. *Mental Health Effects of COVID-19*. London: Elsevier; 2021.
44. Silalahi LE, Rahayu DYS, Winahyu KM, Dewi SU, Tasik JR, et al. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Medan: Yayasan Kita Menulis; 2022.
45. Graessel E. *Burden Scale for Family Caregivers [Internet]*. University of Erlangen. 2014 [cited on February 2022]. Dari: <https://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/med-psychologie-soziologie/forschung/psychometrische-versorgungsforschung/burden-scale-for-family-caregivers-bsfc>.
46. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2018.

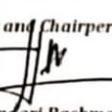
47. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta; 2016.
48. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. Ed.4. Jakarta: Salemba Medika; 2016.
49. Tersiana A. Metode Penelitian. Yogyakarta: Anak Hebat Indonesia; 2018.
50. Suska MP. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia di RS Jiwa Soeharto Heerdjan Jakarta Tahun 2015[Skripsi]. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta; 2015.
51. Alfiandi R, Jannah SR, Tahlil T. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa di Kabupaten Aceh Besar. JIK. 2018; 6(2): 31-42.
52. Amanah B. Hubungan Beban Perawatan Caregiver terhadap Jenis Kelamin dan Usia pada Pasien Skizofrenia yang Berobat jalan di RSJ. Prof. Dr. M. Ildrem Medan [Skripsi]. Medan: Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara; 2020.
53. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender Differences in Caregiving among Family – Caregivers of People with Mental Illness. WJP. 2016; 6(1): 7-17. doi: 10.5498/wjp.v6.i1.7.

54. Ariska YN, Handayani PA, Hartati E. Faktor yang Berhubungan dengan Beban Caregiver dalam Merawat Keluarga yang Mengalami Stroke. *HNHS*. 2020; 3(1): 52-63.
55. Edwar R, Putri DE, Refrandes R. Hubungan Stigma Masyarakat dengan Penerimaan Keluarga pada Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi Tahun 2020 [Skripsi]. Padang: Universitas Andalas; 2021.
56. Ramlah. Peran Orang Tua terhadap Anak Putus Sekolah di Desa Julubori Kecamatan Pallangga Kabupaten Gowa [Skripsi]. Makassar: Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar; 2019.
57. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta; 2018.
58. Mentang NN, Azizah FN. Hubungan Persepsi Keluarga tentang Gangguan Jiwa dengan Dukungan Keluarga dalam Pemulihan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Wilayah Kerja Puskesmas Pajangan. *JRD*. 2021; 21(4): 4075-4089.
59. Aruan TNR, Sari SP. Gambaran Beban Ibu sebagai Caregiver Anak dengan Skizofrenia di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa. 2018 [cited on June 2022]. Dari: <http://eprints.undip.ac.id/63015/>.
60. Niman S. Pengalaman Family Caregiver dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa. *JKJ*. 2019; 7(1): 19-26.

61. Fakhriyani DV. Kesehatan Mental. Pamekasan: Duta Media Publishing; 2019.
62. Nenobais A, Yusuf A, Andayani SRD. Beban Pengasuhan Caregiver Keluarga Klien dengan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang. SF. 2020; 11(2): 183-185. doi: 10.33846/sf11218.
63. Irawati YD & Sutomo AH. Manfaat Diabetes Support Group pada Kelompok Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas Jetis II Kabupaten Bantul: Sebuah Studi Kasus [Tesis]. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2018.
64. Pangandaheng ND. Pengalaman Keluarga Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa [Tesis]. Surabaya: Universitas Airlangga; 2018.
65. Wulandari PA & Fitriani DR. Hubungan Beban dengan Penerimaan Keluarga pada ODGJ di Poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. BSR. 2020; 1(3): 784-791.
66. Dewi AA. Hubungan antara Strategi Koping dan Beban Pengasuhan pada Generasi Sandwich [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia; 2021.
67. Alifa, NP. Hubungan Koping Religius dengan Kualitas Hidup pada Caregiver Pasien Stroke [Skripsi]. Yogyakarta: Universitas Islam Indonesia; 2021.

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Ethical Clearance*

| | | |
|--|---|--|
|  | KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE UNIVERSITAS DIPONEGORO FAKULTAS KEDOKTERAN | Sekretariat : Kantor Dekanat Lama FK UNDIP 14.1 Jl. Dr. Soetomo 18 Semarang, Telp. 024-769280010, 769280011 pswt 7820, email : komisietik-a@gmail.com |
| | ETHICAL CLEARANCE No. 164/EC/KEPK/FK-UNDIP/VI/2022 | |
| Protokol penelitian yang diusulkan oleh : <i>The research protocol proposed by</i> | | |
| Peneliti Utama <i>Principal Investigator</i> | : Dhea Rizqa Maulidya | |
| Pembimbing <i>Mentor</i> | : Ns. Muhammad Mu'in, S.Kep, Sp.Kep.Kom | |
| Nama Institusi <i>Name of the Institution</i> | : Program Pendidikan Sarjana Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang | |
| Dengan Judul <i>Title</i> | : Gambaran Beban <i>Caregiver</i> Keluarga Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) | |
| Tempat Penelitian <i>Research Place</i> | : Kecamatan Teluk Keramat, Kabupaten Sambas, Provinsi Kalimantan Barat | |
| <p>Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.</p> <p><i>Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.</i></p> <p>Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 16 Juni, 2022 sampai dengan tanggal 16 Juni 2023.</p> <p><i>This declaration of ethics applies during the period June 16, 2022 until June 16, 2023.</i></p> | | |
| <p>June 16, 2022.</p> <p>Professor and Chairperson,</p>  Prof. Dr. Rahmawati Rachmawati, Sp.PK(K) SEMANGG.19600606.198811.2.002 | | |

Lampiran 2. Izin Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS DIPONEGORO
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Prof. Mr. Sunario
Kampus Universitas Diponegoro
Tembalang, Semarang, Kode Pos 50275
Telepon/Faksimile (024) 76928010
Laman: www.fk.undip.ac.id
Pos-el: dean[at]fk.undip.ac.id

Nomor : 5280 /UN7.F4/AK/VI/2022
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

23 JUN 2022

Yth. Kepala
Dinas Kesehatan Kabupaten Sambas
Jl.Pembangunan No. 99, Dalam Kaum, Kalimantan Barat

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian pada mata kuliah Skripsi mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Departemen Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNDIP, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan izin kepada mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : DHEA RIZQA MAULIDYA
NIM : 22020118130135
No. HP : 089603634624
Judul/Topik : Gambaran Caregiver Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ)
Pembimbing : Muhammad Mu'in, S.Kep., M.Kep., Ns.S

Untuk melaksanakan penelitian di wilayah Puskesmas Kecamatan Teluk Keramat yaitu : Puskesmas Sekura, Puskesmas Pimpinan, Puskesmas Sungai Baru yang dilaksanakan secara daring / online. Demikian surat kami. Atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dekan
Prof. Dr. dr. Dwi Pudjonarko, M.Kes.,Sp.S(K).
NIP 196607201995121001

- Tembusan :
1. Ketua Program Sarjana Keperawatan FK UNDIP
 2. Dosen Pembimbing
 3. Kepala Puskesmas Sekura
 4. Kepala Puskesmas Pimpinan
 5. Kepala Puskesmas Sungai Baru

Lampiran 3. Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN GAMBARAN BEBAN *CAREGIVER* KELUARGA ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)

| | |
|-------------------------|--|
| Nomor Responden | |
| Hari/ Tanggal Pengisian | |

A. Identitas Responden

Petunjuk pengisian:

Isilah data identitas berikut dan berilah tanda ceklist (✓) pada kolom yang sesuai

1. Identitas *Caregiver* Keluarga ODGJ

- Inisial nama : _____
- Usia : tahun
- Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
- Agama : Islam Katolik Buddha
 Kristen Protestan Hindu Khonghucu
- Pendidikan Terakhir : Tidak sekolah/
Belum tamat SD SMP/Sederajat PT
 SD SMA/Sederajat
- Pekerjaan : Tidak bekerja/
IRT Wirausaha
 Petani PNS
 Swasta Lain-lain.....

Hubungan Keluarga : Orang tua Anak Kerabat
 Pasangan Saudara Teman

2. Identitas ODGJ

Inisial nama :

Usia : tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Agama : Islam Katolik Buddha
 Kristen Protestan Hindu Khonghucu

Pendidikan Terakhir : Tidak sekolah/ Belum tamat SD SMA/Sederajat PT
 SD SMP/Sederajat

B. Gambaran Beban *Caregiver* Keluarga Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Menggunakan Kuesioner *Burden Scale of Family Caregiver* (BSFC)

Petunjuk pengisian:

Berilah tanda ceklist (✓) pada jawaban yang dipilih

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

| No. | Pernyataan | SS | S | TS | STS |
|-----|--|----|---|----|-----|
| 1. | Saya merasa segar bugar di pagi hari. | | | | |
| 2. | Kepuasan hidup saya berkurang karena pengasuhan. | | | | |
| 3. | Saya sering merasa lelah secara fisik. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 4. | Dari waktu ke waktu, saya berharap bisa “kabur” dari situasi saya saat ini. | | | | |
| 5. | Saya rindu bisa berbicara dengan orang lain mengenai perawatan ODGJ. | | | | |
| 6. | Saya memiliki cukup waktu untuk kebutuhan dan minat saya. | | | | |
| 7. | Terkadang saya merasa orang yang saya rawat memanfaatkan saya. | | | | |
| 8. | Saya bisa bernafas lega saat saya jauh dari situasi perawatan ODGJ. | | | | |
| 9. | Mudah bagi saya untuk memberikan perawatan yang diperlukan (mencuci, menyuapi, dll). | | | | |
| 10. | Terkadang saya merasa seperti bukan “diri saya” sendiri. | | | | |
| 11. | Perawatan ODGJ yang saya berikan diakui oleh orang lain. | | | | |
| 12. | Sejak saya merawat ODGJ, kondisi keuangan saya menurun. | | | | |
| 13. | Saya merasa dipaksa terlibat dalam situasi perawatan ODGJ. | | | | |
| 14. | Harapan orang yang saya rawat masuk akal menurut saya. | | | | |
| 15. | Saya merasa memiliki kontrol atas situasi perawatan ODGJ. | | | | |
| 16. | Kesehatan saya terpengaruh oleh situasi perawatan ODGJ. | | | | |
| 17. | Saya masih mampu merasa sangat bahagia. | | | | |
| 18. | Saya harus merelakan rencana masa depan karena perawatan ODGJ. | | | | |
| 19. | Tidak masalah bagi saya jika orang luar mengetahui situasi orang yang sakit. | | | | |
| 20. | Perawatan ODGJ menguras banyak tenaga saya. | | | | |
| 21. | Saya merasa terpecah antara tuntutan lingkungan saya (seperti keluarga) dan tuntutan perawatan ODGJ. | | | | |
| 22. | Saya merasa memiliki hubungan yang baik dengan orang yang saya rawat. | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| 23. | Saya memiliki masalah dengan anggota keluarga lain karena perawatan ODGJ. | | | | |
| 24. | Saya merasa saya harus beristirahat. | | | | |
| 25. | Saya khawatir mengenai masa depan saya karena perawatan ODGJ yang saya berikan. | | | | |
| 26. | Hubungan saya dengan anggota keluarga lain, saudara, teman, dan kenalan menjauh akibat perawatan ODGJ. | | | | |
| 27. | Saya merasa sedih karena nasib orang yang saya asuh. | | | | |
| 28. | Saya bisa mengurus kewajiban sehari-hari lainnya untuk kepuasan saya selain perawatan ODGJ. | | | | |

Lampiran 5. Uji Validitas Kuesioner Penelitian

**VALIDASI KUESIONER PENELITIAN GAMBARAN BEBAN
CAREGIVER KELUARGA ODGJ**

| Pertanyaan Nomor | Jumlah Responden | r hitung | r tabel | Hasil |
|------------------|------------------|----------|---------|-------|
| 1 | 30 | .756** | 0,361 | Valid |
| 2 | 30 | .739** | 0,361 | Valid |
| 3 | 30 | .548** | 0,361 | Valid |
| 4 | 30 | .802** | 0,361 | Valid |
| 5 | 30 | .724** | 0,361 | Valid |
| 6 | 30 | .785** | 0,361 | Valid |
| 7 | 30 | .868** | 0,361 | Valid |
| 8 | 30 | .558** | 0,361 | Valid |
| 9 | 30 | .767** | 0,361 | Valid |
| 10 | 30 | .587** | 0,361 | Valid |
| 11 | 30 | .760** | 0,361 | Valid |
| 12 | 30 | .913** | 0,361 | Valid |
| 13 | 30 | .621** | 0,361 | Valid |
| 14 | 30 | .735** | 0,361 | Valid |
| 15 | 30 | .671** | 0,361 | Valid |
| 16 | 30 | .774** | 0,361 | Valid |
| 17 | 30 | .579** | 0,361 | Valid |
| 18 | 30 | .785** | 0,361 | Valid |
| 19 | 30 | .840** | 0,361 | Valid |
| 20 | 30 | .724** | 0,361 | Valid |
| 21 | 30 | .767** | 0,361 | Valid |
| 22 | 30 | .717** | 0,361 | Valid |
| 23 | 30 | .539** | 0,361 | Valid |
| 24 | 30 | .568** | 0,361 | Valid |
| 25 | 30 | .790** | 0,361 | Valid |
| 26 | 30 | .598** | 0,361 | Valid |
| 27 | 30 | .833** | 0,361 | Valid |
| 28 | 30 | .856** | 0,361 | Valid |

Lampiran 6. Uji Realibilitas Kuesioner Penelitian

REABILITAS KUESIONER PENELITIAN GAMBARAN BEBAN CARGIVER KELUARGA ODGJ

Case Processing Summary

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 30 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 30 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .759 | 28 |