

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN BEBAN KELUARGA
DALAM MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA DI RUMAH
SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI PENELITIAN



Disusun Oleh:
Muhammad Rusfathrizal
1211308230507

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA
2016**

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN BEBAN KELUARGA
DALAM MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA DI RUMAH
SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

M. Rusfath Rizal

1211308230507

**Disetujui untuk diujikan
Pada tanggal, 30 Juni 2016**


Pembimbing I



Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH

NIDN. 110087901

Pembimbing II

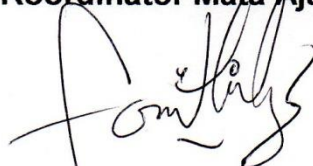


Ns. Ediyar Miharja, S.Kep., M.H

NIDN. 3421057503

Mengetahui,

Koordinator Mata Ajar Skripsi



Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes

NIDN. 1112068002

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN BEBAN KELUARGA
DALAM MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA DI RUMAH
SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

M. Rusfath Rizal

1211308230507

Diseminarkan dan diujikan

Pada tanggal, 30 Juni 2016

Penguji I

Ns. Mukhriyah Damaiyanti, S.Kep., MNS
NIDN. 1110118001

Penguji II

Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH
NIDN. 1110087901

Penguji III

Ns. Ediyar Miharja, S.Kep., M.H
NIDN. 342105703

Mengetahui,

Ketua

Program Studi S1 Keperawatan



Ns. Siti Khoiroh M., S.Pd., M.Kep
NIDN. 1115017703

Hubungan Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga dalam Merawat Klien dengan Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

M. Rusfathrizal¹, Ramdhany Ismahmudi², Ediyar Miharja³

INTISARI

Latar Belakang : Dukungan keluarga adalah keikutsertaan keluarga dalam memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan, dalam kasus ini adalah anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Dalam memberikan dukungan keberadaan pasien karena gangguan jiwa dianggap penyakit yang membawa aib bagi keluarga sehingga keluarga menjadi stress,bingung,malu dan menjadikan hal ini sebagai beban subjektif keluarga dalam merawat pasien.

Tujuan Penelitian : Untuk melihat hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

Metode : Jenis penelitian ini adalah studi korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *Accidental sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 66 orang responden. Tehnik pengambilan data menggunakan kuesioner penelitian. Pengolahan data dan analisa data menggunakan analisa univariat dengan distribusi frekuensi dan analisa bivariat dengan uji statistik *Spearman Rho* dengan taraf signifikan $\alpha=0,01$.

Hasil : Dari penelitian ini didapatkan hasil yang ada dukungan sebanyak 38 responden (57,6%) dan tidak ada dukungan sebanyak 28 responden (42,4%). Didapatkan hasil keluarga yang ada beban sebanyak 25 responden (37,9%) dan tidak ada beban sebanyak 41 responden (67,1%).

Hasil uji statistik menggunakan *Spearman Rho* di peroleh nilai $r = 0,351$ yang menggambarkan tingkat hubungan yang lemah dan P Value = 0,004 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,01$ berarti hipotesa nol (H_0) ditolak dan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa.

Kesimpulan dan Saran : Ada hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

Saran dari hasil penelitian ini diharapkan peneliti selanjutnya bisa menjelaskan dukungan keluarga kedalam faktor-faktor dan hubungannya dengan beban keluarga.

Kata kunci : Dukungan Keluarga, Beban Keluarga, Gangguan Jiwa.

**The Correlation between Family Support with Family Burden in
Caring for Relatives with Mental Disorders at Atma Husada
Mahakam Mental Hospital Samarinda**

M. Rusfathrizal¹, Ramdhany Ismahmud², Ediyar Miharja³

ABSTRACT

Background : Family support is the participation of the family in providing assistance to a family member who needs help, in this case a family member with a mental disorder. In providing support existence of the patient because of mental disorder is considered a disease that brings disgrace to the family so that the families become stressed, confused, embarrassed and make this as subjective burden of the family in caring for patients.

Research Objective : In order to see the correlation between the family support with the family burden in caring for relatives with mental disorders at Atma Husada Mahakam Mental Hospital Samarinda.

Methods : This research was a correlation study with cross sectional approach. Sampling was conducted by accidental sampling, with a total sample of 66 respondents. The technique to collecting the data using a questionnaire. Data processed and analyzed using univariate analysis with frequency distribution and the bivariate analysis with spearman rho with significance level $\alpha=0.01$.

Results : This study showed there were 38 respondents (57,6%) that gives family support and there were 28 respondents (42,4%) which didn't gives family support. This research also showed existing family with a burden as much as 25 respondents (37,9%) and family with no burden as many as 41 respondents(62,1%).

Result of statistical test obtained using Spearman Rho $r = 0.351$ which illustrates the level of a weak correlation and P Value = 0.004 less than the value $\alpha = 0.01$ means that the null hypothesis (H_0) is rejected and there is a relationship between family support with the family burden of caring clients with mental disorders.

Conclusions and Suggestions : There is a correlation between the family support with the family burden in caring for relatives with mental disorders in the Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda.

The suggestion for the further research are expected to explain family support into factors and their relationship to the family burden.

Keywords : Family Support, Family Burden, Mental Disorders.

MOTTO

*“hidup hanya sekali saja
di dunia ini, tetapi jika
kita hidup dengan benar,
sekali saja sudah cukup”*

KATA PENGANTAR

الرَّحِيمِ الرَّحْمَنِ اللَّهُ بِسْمِ

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah , Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat rahmat, karunia serta ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Shalawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada junjungan kita Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga dan sahabatnya, serta pengikutnya sampai akhir zaman.

Skripsi ini yang berjudul “*Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda*” disusun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Strata I program studi Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016.

Selama proses pembuatan skripsi ini, penulis banyak memperoleh bantuan, motivasi, dukungan dan dorongan semangat dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Ghozali M.H.,M.Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep selaku ketua Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda.
3. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep.,M.Kes selaku koordniator mata ajar skripsi program studi S-1 Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Samarinda
4. Ibu Ns. Mukhriyah Damaiyanti, S.Kep., MNS selaku penguji I yang memberikan saran dan masukan.
5. Bapak Ns.Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH selaku pembimbing I sekaligus penguji II yang telah banyak memberikan pengarahan, petunjuk dan saran hingga skripsi ini selesai.
6. Bapak Ns. Ediyar Miharja, S.Kep., M.H selaku pembimbing II sekaligus penguji III yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan hingga skripsi ini selesai.
7. Bapak Rusdi, S.Si., M.Si yang mau membantu dalam konsultasi dan memberikan saran sehingga penulis mampu menyelesaikan penulisan hingga selesai.
8. Staff TU Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda yang telah membantu dalam pengurusan perijinan studi pendahuluan.
9. Bapak dan Ibu dosen dan seluruh karyawan STIKES Muhammadiyah Samarinda.

10. Ayahhanda H.Syahrani dan Ibunda Hj.Agustina sebagai kedua orang tua tercinta yang selalu memberikan doa dan dukungan baik moral maupun material serta kasih sayang mereka hingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
11. Adikku M. Faizal Hafiz yang membantu memberikan doa kepada penulis untuk dapat menyelesaikan skripsi ini.
12. Sahabatku yang super M. Yunus Arisandy, Nur Solekha Oktaviana, Kiki Oktaviani, Shinta Noor Fahmi, Dwi Atika yang selalu menemani dan membantu serta memberi masukan dalam penulisan skripsi ini kepada penulis..
13. Sahabat-sahabat seperjuangan S-1 Ilmu Keperawatan kelas B yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, yang senantiasa memberi semangat dan ikut berjuang bersama-sama penulis selama 4 tahun ini.
14. Teman-teman bermain dota 2 yang membantu penulis mengurangi stress yang ada pada penulis selama penulisan skripsi.
15. Dan semua pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu-persatu atas dukungan dan motivasinya terhadap penulis.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan, mendapatkan pahala dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam skripsi penelitian ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat

penulis harapkan sehingga dapat bermanfaat untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 16 februari 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
MOTTO.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Keaslian Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka.....	8
B. Penelitian Terkait.....	33
C. Kerangka Teori Penelitian.....	35
D. Kerangka Konsep Penelitian.....	36
E. Hipotesis Penelitian.....	36
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian.....	38

B. Populasi dan Sampel.....	39
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	41
D. Definisi Operasional.....	41
E. Instrumen Penelitian.....	43
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	45
G. Teknik Pengumpulan Data.....	46
H. Teknik Analisa Data.....	47
I. Etika Penelitian.....	52
J. Jalannya Penelitian.....	53
K. Jadwal Penelitian.....	55

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	57
B. Hasil Analisa Data.....	60
C. Pembahasan.....	62
D. Keterbatasan Penelitian.....	71

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	73
B. Saran.....	74

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul	Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	42
Tabel 3.2	Pernyataan <i>favorable</i> dan <i>unfavorable</i> instrumen dukungan keluarga	44
Tabel 4.1	Distribusi Karakteristik Responden.....	58
Tabel 4.2	Distribusi Frekuensi Dukungan Keluarga.....	60
Tabel 4.3	Distribusi Frekuensi Beban Keluarga.....	60
Tabel 4.4	Anallista Bivariat Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga.....	61

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian.....	36
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Biodata penulis skripsi

Lampiran 2 : Surat Pernyataan Uji Validitas dan Reliabilitas

Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 4 : Surat permohonan menjadi responden

Lampiran 5 : Surat pernyataan bersedia menjadi responden

Lampiran 6 : Kuesioner penelitian

Lampiran 7 : Hasil Analisis SPSS

Lampiran 8 : Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-undang No.18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa, Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Menurut World Health Organization (WHO), Kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% ditahun 2030 (WHO, 2009).

Gangguan jiwa adalah perubahan perilaku yang terjadi tanpa alasan yang masuk akal, berlebihan berlangsung lama dan menyebabkan kendala terhadap individu tersebut atau orang lain (Suliswati, 2005). Menurut WHO tidak kurang dari 450 juta penderita gangguan jiwa ditemukan didunia (Gemari, 2009 dalam Abdullah, 2015)

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2013, menunjukkan prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia sebesar 1,7 per mil artinya terdapat 1 sampai 2 penderita gangguan jiwa berat dari 1000 orang penduduk Indonesia. Di Samarinda sendiri berdasarkan data dari Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2014 terdapat total jumlah pasien rawat inap sebanyak 92.546 pasien dan total jumlah pasien rawat jalan sebanyak 12.071, pasien mengalami peningkatan sebanyak 2% yaitu sebanyak 89.071 pasien rawat inap dan sebanyak 10.000 pasien rawat jalan ditahun 2013.

Keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat mempunyai arti yang strategis dalam menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas melalui lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan (Freidman, 2009 dalam Abdullah, 2015). Dukungan keluarga adalah keikutsertaan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan baik dalam hal pemecahan masalah, pemberian keamanan dan peningkatan harga diri (Niven, 2002 dalam Abdullah 2015). Sayangnya masyarakat sendiri justru mengasingkan keberadaan penderita gangguan jiwa sehingga hal ini turut mempengaruhi sikap keluarga terhadap pasien bahkan gangguan jiwa dianggap sebagai penyakit yang membawa aib bagi keluarga sehingga keluarga menjadi stress, bingung, marah, cemas, tak berdaya, menyalahkan satu sama lain,

malu yang sering disebut sebagai beban subjektif keluarga sehingga diputuskan untuk dibuang oleh keluarganya sendiri (Soemarjo, 2004 dalam Febrisukro,2014).

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan dalam keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi keluarga yang sakit dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga yang merupakan tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009 dalam Nueraenah, 2012). Menurut penuturan Dr. G Pandu Setiawan,SpKJ, Ketua Jejaring Komunikasi Kesehatan Jiwa Indonesia disela-sela workshop “Pertemuan Peningkatan Peran Media Massa tentang Kesehatan Jiwa”, keluarga pasien dengan gangguan jiwa seringkali menjadikan Rumah Sakit Jiwa (RSJ) sebagai tempat “pembuangan” bagi pasien. Setelah menyerahkan pasien ke RSJ, keluarga seakan-akan bebas dan tidak pernah menjenguk anggota keluarganya lagi. Hal ini menunjukkan seolah keluarga tidak ingin membebani diri mereka dengan merawat keluarga yang sedang sakit (dikutip dari artikel health.detik.com diakses pada tanggal 16 februari 2016)

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 22 Desember 2015 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda dengan tehnik wawancara terhadap perawat yang berkerja diruang Belibis didapatkan data bahwa dari

total 84 pasien yang di rawat di ruang tersebut hanya 1 orang pasien saja yang mendapatkan kunjungan dari keluarga, sedangkan di ruang Pergam yang merupakan ruang kelas 1 dari total 6 pasien hanya 4 pasien yang mendapat kunjungan dari keluarga. Berdasar hasil wawancara terhadap 3 keluarga klien di ruang tunggu poli klinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda 2 keluarga mengatakan bahwa merasakan beban emosi sedih dan merasa kasihan terhadap anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa, sedangkan 1 keluarga lain mengatakan merasakan beban ekonomi namun masih berharap agar anggota keluarga bisa sembuh Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Beban Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adakah “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. ?”

C. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa

Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi karakteristik responden
- b. Mengidentifikasi bentuk dukungan yang diberikan keluarga terhadap keluarganya yang mengalami gangguan jiwa
- c. Mengidentifikasi Beban yang dirasakan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa
- d. Mengidentifikasi Hubungan Beban Keluarga Dengan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian antara lain :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan keterampilan dalam penyusunan skripsi tugas riset keperawatan, Serta memberi pengetahuan tentang ada tidaknya Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan petugas kesehatan dalam menangani klien dengan gangguan jiwa untuk lebih mendekatkan diri kepada klien terutama yang jarang dikunjungi oleh keluarga agar klien masih merasakan adanya dukungan dari orang lain selain keluarga.

3. Bagi Keluarga

Sebagai sumber informasi agar keluarga lebih berperan aktif dalam memberikan support dan bantuan pada anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa.

E. Keaslian Penelitian

1. Nuraenah (2012) melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta timur 2012". Pada penelitian ini, peneliti menggunakan desain penelitian dekriptif korelasional, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Data diperoleh dari 50 orang keluarga klien perilaku kekerasan. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Uji statistik yang digunakan adalah uji korelasi, uji t test independen dan Anova. Perbedaan dengan penelitian terdahulu adalah tahun pengujian dan tempat penelitian akan dilaksanakan serta metode

analisis yang digunakan di penelitian ini adalah *spearman rho* atau *spearman rank*.

2. Sri Suryaningrum (2013) melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Antara Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan desain penelitian *deskriptif analitik* dengan menggunakan rancangan kuantitatif dan pendekatan *cross sectional*. Data diperoleh dengan tehnik *purposive sampling* terhadap 103 responden yang dianalisis secara deskriptif, dan data diuji menggunakan uji *Chi-Square*. Perbedaan dengan penelitian terdahulu terdapat pada tempat dan tanggal penelitian dimana penelitian ini dilakukan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada bulan Maret 2016. Serta terdapat perbedaan variabel dimana penelitian ini menggunakan variabel “dukungan keluarga” sebagai variabel independent dan “beban keluarga” sebagai variabel dependent seperti pada penelitian terdahulu.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Gangguan Jiwa

a. Definisi Gangguan Jiwa

Menurut World Health Organization Kesehatan jiwa adalah ketika seseorang tersebut merasa sehat dan bahagia, mampu menghadapi tantangan hidup serta dapat menerima orang lain sebagaimana seharusnya serta mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain. Salah satu persyaratan dasar bagi kesehatan jiwa individu adalah bahwa ia mampu mengevaluasi diri dengan nilai-nilai serta kebiasaan masyarakatnya sementara berkembang kita dapatkan bahwa kita perlu mengikuti pola tradisi sosial yang ada bila kita ingin diterima oleh anggota-anggota yang lain (Mchgie,1991 dalam Abdullah, 2015).

Kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan secara menyeluruh. Bukan sekedar terbaba dari gangguan jiwa, tetapi pemenuhan kebutuhan perasaan bahagia, sehat, serta mampu menangani tantangan hidup (Febriani, 2009).

Gangguan jiwa adalah perubahan perilaku yang terjadi tanpa alasan yang masuk akal, berlebihan berlangsung lama dan menyebabkan kendala terhadap

individu tersebut atau orang lain (Suliswati, 2005). Menurut Febrida (2007) gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan, dan terganggu fungsi sehari-hari sedangkan sakit jiwa adalah gangguan jiwa berat yang memerlukan pengobatan dan perawatan khusus. Gangguan jiwa meskipun tidak langsung menyebabkan ketidakmatian, tapi menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu serta beban berat dari keluarga. Masyarakat menyebut sakit jiwa bagi mereka yang mengalami gangguan jiwa berat.

b. Jenis Gangguan jiwa

1) Halusinasi

Menurut Kaplan dan Saddock (1997 dalam Deden & Rusdi, 2013) Halusinasi adalah penginderaan tanpa rangsangan eksternal yang berhubungan dengan salah satu jenis indera tertentu yang khas.

Menurut Depkes (2000 dalam Deden & Rusdi, 2013) Halusinasi adalah gerakan penyerapan (persepsi) panca indera tanpa ada rangsangan dari luar yang dapat meliputi semua sistem panca indera terjadi pada saat kesadaran individu penuh / baik.

a) Penyebab Halusinasi

Menurut Stuart dan Sundden (1998) terjadi halusinasi dapat disebabkan karena,

1. Teori Psikoanalisa

Halusinasi merupakan pertahanan ego untuk melawan rangsangan dari luar yang mengancam, ditekan untuk muncul akan sabar.

2. Teori biokimia

Halusinasi terjadi karena respon metabolisme terhadap stress yang mengakibatkan dan melepas zat halusinogenik neurokimia seperti bufotamin dan dimetlytransferase.

Sedangkan menurut Mc. Forlano dan Thomas mengemukakan beberapa teori, yaitu :

1. Teori Psikofisiologi

Terjadi akibat ada fungsi kognitik yang menurun karena terganggunya fungsi luhur otak, oleh karena kelelahan, keracunan dan penyakit.

2. Teori Psikodinamik

Terjadi karena ada isi alam sadar dan akan tidak sabar yang masuk dalam alam tak sabar merupakan sesuatu / respon terhadap konflik psikologi dan kebutuhan yang tidak

terpenuhi sehingga halusinasi adalah gambaran / proyeksi dari rangsangan keinginan dan kebutuhan yang dialami oleh klien.

3. Teori Interpersonal

Teori ini menyatakan seseorang yang mengalami kecemasan berat dalam situasi yang penuh dengan stress akan berusaha untuk menurunkan kecemasan dengan menggunakan koping yang biasa digunakan.

b) Jenis Halusinasi

1. Halusinasi Non Patologis

Menurut NAMI (National Alliance For Mentally Ill) Halusinasi dapat terjadi pada seseorang yang bukan penderita gangguan jiwa. Pada umumnya terjadi pada klien yang mengalami stress yang berlebihan atau kelelahan bisa juga karena pengaruh obat-obatan (halusinogenik).

Halusinasi ini antara lain :

- a. Halusinasi Hipnogenik yaitu persepsi sensorial yang palsu yang terjadi sesaat sebelum seseorang jatuh tertidur.

b. Halusinasi Hipnopomik yaitu persepsi sensori yang palsu yang terjadi pada saat seseorang terbangun tidur.

2. Halusinasi Patologis

Halusinasi ada 5 macam yaitu :

a. Halusinasi Pendengar (*auditory*)

Klien mendengar suara dan bunyi tidak berhubungan dengan stimulasi nyata dan orang lain tidak mendengarnya.

b. Halusinasi Penglihat (*Visual*)

Klien melihat gambar yang jelas atau samar tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak melihat.

c. Halusinasi Pencium (*Olfactory*)

Klien mencium bau yang muncul dari sumber tentang tanpa stimulus yang nyata dan orang lain tidak mencium.

d. Halusinasi Pengecapan (*Gusfactory*)

Klien merasakan makan sesuatu yang tidak nyata. Biasa merasakan makanan yang tidak enak.

e. Halusinasi Perabaan (*Taktil*)

Klien merasakan sesuatu pada kulit tanpa stimulus yang nyata.

c) Fase-fase Halusinasi

1) Fase 1 : *Comforting*

- Menyenangkan atau memberi rasa nyaman
- Tingkat ansietas sedang secara umum
halusinasi merupakan suatu kesenangan

2) Fase 2 : *Condemning*

- Halusinasi menjadi menjijikan
- Menyalahkan
- Kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan rasa antipasi.

3) Fase 3 : *Controlling*

- Tingkat kecemasan berat
- Mengontrol / mengendalikan
- Pengalaman sensori (halusinasi tidak dapat ditolak lagi)

4) Fase IV : *Conquering*

- Klien panik
- Menakutkan
- Klien sudah dikuasai oleh halusinasi.

2) Isolasi Sosial

Isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain (Keliat, 1999 dalam Deden & Rusdi, 2013).

a) Penyebab Isolasi Sosial

Kurangnya rasa percaya pada orang lain, panik, regresi ketahap perkembangan sebelumnya, waham sukar berinteraksi dengan orang lain pada masa lampau, perkembangan ego yang lemah, persepsi rasa takut.

b) Batasan karakteristik

- a. menyendiri dalam ruangan
- b. tidak berkomunikasi, menarik diri, tidak melakukan kontak mata
- c. sedih, apek datar

- d. meringkuk ditempat tidur dengan punggung menghadap kepintu
- e. adanya perhatian dan tindakan yang tidak sesuai atau imatur dengan perkembangan usianya.
- f. berfikir menurut fikirannya sendiri, tindakan berulang-ulang dengan tidak bermakna.
- g. mengekspresikan perasaan menolak atau kesepian kepada orang lain. (Townsend, 1991 dalam Abdullah, 2015)

3) Gangguan Harga Diri Rendah

Konsep diri adalah pengetahuan individu tentang dirinya sendiri, merupakan gambaran tentang diri dan gabungan kompleks dari perasaan, sikap, dan persepsi baik yang disadari maupun yang tidak disadari. Konsep diri juga merupakan representasi psikis individu, pusat dari "aku" yang dikelilingi dengan semua persepsi dan pengalaman yang terorganisir (Potter dan Perry, 2005)

a) Komponen Konsep Diri

Konsep diri terbagi menjadi beberapa komponen, yaitu :

1. Citra Tubuh (*Body Image*)

Citra tubuh adalah persepsi seseorang tentang tubuhnya secara internal maupun eksternal. citra

tubuh dipengaruhi oleh pandangan seseorang tentang sifat-sifat fisik dan kemampuan yang dimiliki oleh persepsi orang lain terhadap dirinya. Citra tubuh dipengaruhi juga oleh perkembangan kognitif dan pertumbuhan fisik (Potter dan Perry, 2005)

2. Ideal Diri (*Self-Ideal*)

Ideal diri adalah persepsi seseorang tentang bagaimana dia harus berperilaku sesuai dengan suatu standar tertentu (Stuart dan Laraia, 2005)

3. Harga Diri (*Self-Esteem*)

Menurut Stuart dan Laraia (2005), harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang ingin dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicinta dan menerima penghargaan dari orang lain. Harga diri akan rendah jika kehilangan cinta dan seseorang kehilangan penghargaan dari orang lain.

4. Penampilan (*Role Performance*)

Penampilan peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial

berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial yang berbeda (Stuart dan Laraia, 2005).

Peran yang ditetapkan adalah peran dimana seseorang tidak punya pilihan. Peran yang diterima adalah peran yang terpilih dan dipilih oleh individu. Setiap orang mempunyai peran lebih dari satu. Untuk dapat berfungsi efektif sesuai dengan perannya, seseorang harus tahu perilaku dan nilai-nilai yang diharapkan, harus berkeinginan untuk menyesuaikan diri dan harus mampu mencukupi peran yang dikehendaki (Potter dan Perry, 2005)

5. Identitas Diri (*Self-Identity*)

Identitas diri adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh (Stuart dan Sundeen, 1998 dalam Dermawan dan Rusdi, 2013).

Salah satu dasar persepsi seseorang terhadap kecukupan peran yang diterimanya adalah ego yang menyertai peran, berkembang

sesuai dengan harga diri. Harga diri yang tinggi adalah hasil dari pemenuhan kebutuhan peran dan sejalan dengan ideal diri seseorang (Stuart dan Laraia, 2005)

b) Faktor Penyebab Harga Diri rendah

1. Faktor predisposisi

a. faktor yang mempengaruhi harga diri, termasuk penolakan orang tua, harapan orang tua tidak realistik.

b. faktor yang mempengaruhi penampilan peran yaitu peran yang sesuai dengan jenis kelamin, peran dalam pekerjaan dan peran yang sesuai dengan kebudayaan.

c. faktor yang mempengaruhi identitas diri, yaitu orang tua yang tidak percaya pada anak, tekanan teman sebaya dan kultur sosial yang berubah.

2. Faktor Presipitasi

a. ketegangan peran, adalah stress yang berhubungan dengan frustrasi yang dialami individu dalam peran atau posisi yang diharapkan

- b. konflik peran, adalah ketidaksesuaian peran antar yang dijalankan dengan yang diinginkan
 - c. peran yang tidak jelas, adalah kurangnya pengetahuan individu tentang peran yang dilakukan.
 - d. peran berlebihan, adalah kurang sumber yang adekuat untuk menampilkan seperangkat peran yang kompleks.
 - e. perkembangan transisi, yaitu perubahan norma yang berkaitan dengan nilai untuk menyesuaikan diri.
- 4) Resiko Perilaku Kekerasan/ Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan (Dermawan dan Rusdi, 2013).

a) Tanda dan Gejala

Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi dan wawancara tentang perilaku berikut ini

1. Muka merah dan tengang
2. Pandangan tajam
3. Mengatupkan rahang dengan kuat
4. Mengepalkan tangan
5. Bicara kasar
6. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
7. Menganancam secara verbal dan fisik
8. Melempar atau memukul benda/ orang lain
9. Merusak barang atau benda
10. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/
mengontrol perilaku kekerasan

5) Waham

Waham adalah keyakinan seseorang yang berdasarkan penilaian realitas yang salah. Keyakinan klien tidak konsisten dengan tingkat intelektual dan latar belakang budaya klien. Waham dipengaruhi oleh faktor perumbuhan dan perkembangan seperti adanya penolakan, kekerasan, tidak ada kasih sayang,

pertengkaran orang tua dan aniaya (Keliat, 1999 dalam Dermawan dan Rusdi, 2013)

a) Jenis / Klasifikasi Waham

1. Waham Kebesaran

Keyakinan klien yang berlebihan tentang kebesaran dirinya atau kekuasaan. Penderita merasa dirinya orang besar berpangkat kekuasaan. Penderita merasa dirinya orang besar, berpangkat tinggi, orang yang pandai sekali, orang kaya

2. Waham Berdosa

Timbul perasaan bersalah yang luar biasa dan merasakan suatu dosa yang besar. Penderita percaya sudah selayaknya dia di hukum berat.

3. Waham dikejar

Individu merasa dirinya senantiasa di kejar-kejar oleh orang lain atau kelompok orang yang bermaksud berbuat jahat padanya.

4. Waham curiga

Klien yakin bahwa ada orang atau kelompok orang yang sedang mengancam dirinya. Individu juga merasa selalu disindir oleh orang-orang disekitarnya. Biasanya individu mempunyai

waham ini mencari-cari hubungan antara dirinya dengan orang lain di sekitarnya, yang bermaksud menyindirinya atau menuduh hal-hal yang tidak senonoh terhadap dirinya.

5. Waham Cemburu

Selalu merasa cemburu pada orang lain

6. Waham Somatik atau Hipokondria

Keyakinan tentang berbagai penyakit yang berada dalam tubuhnya seperti usunya yang membusuk, otak yang mencair.

7. Waham Keagamaan

Keyakinan klien terhadap suatu agama secara berlebihan. Keyakinan dan pembicaraan klien selalu tentang agama.

8. Waham Nihilistik

Klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada lagi di dunia atau sudah meninggal dunia

9. Waham Pengaruh

Klien merasa pikiran, emosi dan perbuatannya diawasi atau dipengaruhi oleh orang lain atau kekuatan.

10. Waham Somatik

Klien yakin bahwa bagian tubuhnya terganggu, terserang penyakit atau didalam tubuhnya terdapat binatang

11. Waham Sisip pikir

Klien yakin bahwa adda pikiran orang lain yang disisipkan/ dimasukan kedalam pikirannya.

12. Waham Siar pikir

Klien yakin bahwa orang lain mengetahui isi pikirannya, padahal dia tidak pernah menyatakan pikirannya kepada orang tersebut.

13. Waham Kontrol pikir

Klien yakin bahwa pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar.

b) Proses Terjadinya Waham

Faktor yang mempengaruhi terjadinya waham adalah :

1. Gagal melalui tahapan perkembangan dengan sehat
2. Klien disingkirkan oleh orang lain dan merasa kesepian
3. Hubungan yang tidak harmonis dengan orang lain
4. Perpisahan dengan orang yang dicintainya

5. Kegagalan yang sering dialami
6. Keturunan, paling sering pada kembar satu telur
7. Sering menggunakan penyelesaian masalah yang tidak sehat, misalnya menyalahkan orang lain

6) Resiko Bunuh Diri

Bunuh diri adalah segala sesuatu perbuatan dengan tujuan untuk membinasakan dirinya sendiri dan dengan sengaja dilakukan oleh seseorang yang tahu akan akibatnya yang mungkin pada waktu yang singkat (W.F. Maramis, 1995 dalam Dermawan dan Rusdi, 2013).

Menurut Tom (2003 dalam Dermawan dan Rusdi, 2013) mengemukakan pasien yang berpotensi bunuh diri yaitu :

1. Pasien pernah mencoba bunuh diri
2. Keinginan bunuh diri dinyatakan secara terang-terangan maupun tidak, atau berupa ancaman
3. Secara objektif terlihat *mood depresif* atau kecemasan
4. Baru mengalami kehilangan yang bermakna (misalnya pekerjaan, harga diri, pasangan hidup)
5. Perubahan sikap yang mendadak : mudah marah, sedih atau menarik diri

6. Perubahan perilaku yang tidak terduga, menyampaikan pesan-pesan, membagikan barang-barang miliknya

Menurut WHO membagi bunuh diri menjadi 4 kategori sosial, yaitu :

1. Bunuh diri egoistik : terjadi pada orang yang kurang kuat integrasinya dalam suatu kelompok sosial. Misal orang yang hidup sendiri lebih rentan untuk bunuh diri daripada yang hidup berkeluarga
2. Bunuh diri altruistik : terjadi pada orang-orang yang mempunyai integritas berlebihan terhadap kelompoknya, contoh : tentara korea dalam peperangan atau pelaku bom bunuh diri
3. Bunuh diri anomik : terjadi pada orang-orang yang tinggal di masyarakat yang tidak mempunyai aturan dan norma dalam kehidupan sosial
4. Bunuh diri fatalistik : terjadi pada individu yang hidup di masyarakat yang terlalu ketat peraturannya. Dalam hal ini individu dipandang sebagai bagian dimasyarakat dari sudut integritasi atau disintegrasi yang akan membentuk dasar dari sistem kekuatan, nilai-nilai, keyakinan, dan moral dari budaya tersebut.

2. Konsep Keluarga

a) Definisi Keluarga

Istilah keluarga telah didefinisikan dalam berbagai bentuk dan berbagai tujuan, sesuai dengan kerangka pemikiran dan penilaian tentang tata nilai atau disiplin ilmu individu tersebut. Sebagai contoh, bidang biologi menggambarkan keluarga sebagai pemenuhan kebutuhan fungsi biologis untuk kelangsungan hidup spesies tertentu. Bidang psikologis menekankan aspek interpersonal keluarga dan tanggung jawab keluarga terhadap perkembangan kepribadian (Muscari, 2005)

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan atau adopsi yang hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dalam perannya untuk menciptakan dan mempertahankan suatu budaya (Baylon dan Maglaya 1989 dalam Mubarak 2009).

Keluarga juga diartikan sebagai sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental dan emosional serta sosial individu yang ada didalamnya, dilihat dari interaksi yang reguler yang ditandai

dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum (Duval 1972 dalam Mubarak 2009).

b) Fungsi keluarga

Friedman (2010) membagi fungsi keluarga menjadi lima yaitu :

- 1) Fungsi afektif adalah fungsi mempertahankan kepribadian dengan memfasilitasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, peran keluarga dilaksanakan dengan baik dan penuh kasih sayang.
- 2) Fungsi sosial memfasilitasi sosialisasi primer anggota keluarga yang bertujuan untuk menjadikan anggota keluarga yang produktif dan memberikan status pada anggota keluarga, keluarga tempat melaksanakan sosialisasi dan interaksi dengan anggotanya.
- 3) Fungsi reproduksi adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup keluarga, dan menambah sumber daya manusia.
- 4) Fungsi ekonomi adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan mengembangkan untuk meningkatkan penghasilan dalam memenuhi kebutuhan keluarganya.

5) Fungsi perawatan keluarga mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar memiliki produktivitas yang tinggi, fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

c) Tugas Keluarga

Tugas keluarga dalam memelihara kesehatan menurut Friedman (2010) adalah :

- 1) Mengetahui kemampuan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan keluarga klien
- 2) Mengetahui kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat
- 3) Mengetahui kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit
- 4) Mengetahui kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan lingkungan yang asertif
- 5) Mengetahui kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia.

3. Konsep Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah keikutsertaan keluarga untuk memberikan bantuan kepada salah satu anggota keluarga yang membutuhkan pertolongan baik dalam hal pemecahan masalah, pemberian keamanan dan peningkatan harga diri (Niven, 2002 dalam Abdullah 2015)

Menurut Friedman (2010) keluarga memiliki beberapa bentuk dukungan, yaitu :

a. Dukungan Penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada individu untuk memahami kejadian depresi dengan baik dan juga sumber depresi dan strategi koping yang dapat digunakan dalam menghadapi stressor. Dukungan ini juga merupakan dukungan yang terjadi bila ada ekspresi penilaian yang positif terhadap individu. Individu mempunyai seseorang yang dapat diajak bicara tentang masalah mereka, terjadi melalui ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, penyemangat, persetujuan terhadap ide-ide atau perasaan seseorang dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain, misalnya orang yang kurang mampu.

b. Dukungan Instrumental

Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari,

menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu.

c. Dukungan Informasional

Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahan, saran atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Keluarga dapat menyediakan informasi dengan menyarankan tentang dokter, terapi yang baik bagi dirinya dan tindakan spesifik bagi individu untuk melawan stresor. Individu yang mengalami depresi dapat keluar dari masalahnya dan memecahkan masalahnya dengan dukungan dari keluarga dengan menyediakan *feed back*. Pada dukungan informasi ini keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi.

d. Dukungan Emosional

Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri. Jika depresi mengurangi perasaan seseorang akan hal yang dimiliki dan dicintai. Dukungan emosional memberikan

individu perasaan nyaman, merasa dicintai saat mengalami depresi, bantuan dalam bentuk semangat, empati, rasa percaya, perhatian sehingga individu yang menerimanya merasa berharga.

4. Konsep Beban Keluarga

a. Definisi Beban Keluarga

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009 dalam Nueraenah 2012). Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi keluarga.

Menurut WHO (2008) mengategorikan beban keluarga dengan klien gangguan jiwa dalam dua jenis yaitu :

- a) Beban obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarganya.
- b) Beban subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, koping, stres terhadap gangguan

perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga

Pada Penderita skizofrenia khususnya yang mengalami gejala perilaku kekerasan merupakan beban bagi keluarga (Nuraenah, 2012). Beban keluarga ini dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Perjalanan penyakit

Penderita gangguan jiwa sering mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, sehingga sangat bergantung kepada keluarga yang akan menjadi beban baik subyektif maupun obyektif (Kaplan & Sadock, 2000 dalam Nuraenah, 2012).

2. Stigma

Menurut San Research (2009) Stigma adalah suatu usaha untuk label tertentu sebagai kelompok yang kurang patut dihormati daripada yang lain. Menurut Hawari (2009) stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila seorang anggota keluarga menderita gangguan jiwa atau skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya. Selama bertahun-tahun banyak bentuk diskriminasi di dalam masyarakat. Penyakit mental masih menganggap kesalahpahaman,

prasangka, kebingungan, ketakutan di tengah-tengah masyarakat.

3. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan terhadap gangguan jiwa. Kemudahan keluarga untuk membawa klien ke pelayanan kesehatan akan mengurangi beban keluarga dalam merawat, begitu juga sebaliknya, jika pelayanan kesehatan tidak tersedia atau sulit dijangkau akan menyebabkan keadaan klien lebih buruh dan menjadi beban bagi keluarga yang merawat (Thonicraft & Samukler,2001 dalam Nuraenah,2012)

4. Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang paling penting dalam penilaian beban keluarga. Perawatan klien gangguan jiwa atau skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak.

B. Penelitian Terkait

Nuraenah (2012) melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta timur 2012“. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan desain penelitian dekriptif korelasional, dengan

menggunakan pendekatan *cross sectional*. Data diperoleh dari 50 orang keluarga klien perilaku kekerasan. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Uji statistik yang digunakan adalah uji korelasi, uji t test independen dan Anova. Data diperoleh dari 50 orang keluarga klien setelah data dianalisis didapatkan hasil menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian ($p < 0,05$) dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur. Serta, ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasi, emosional, instrumental, penilaian dengan beban keluarga ($p < 0,005$).

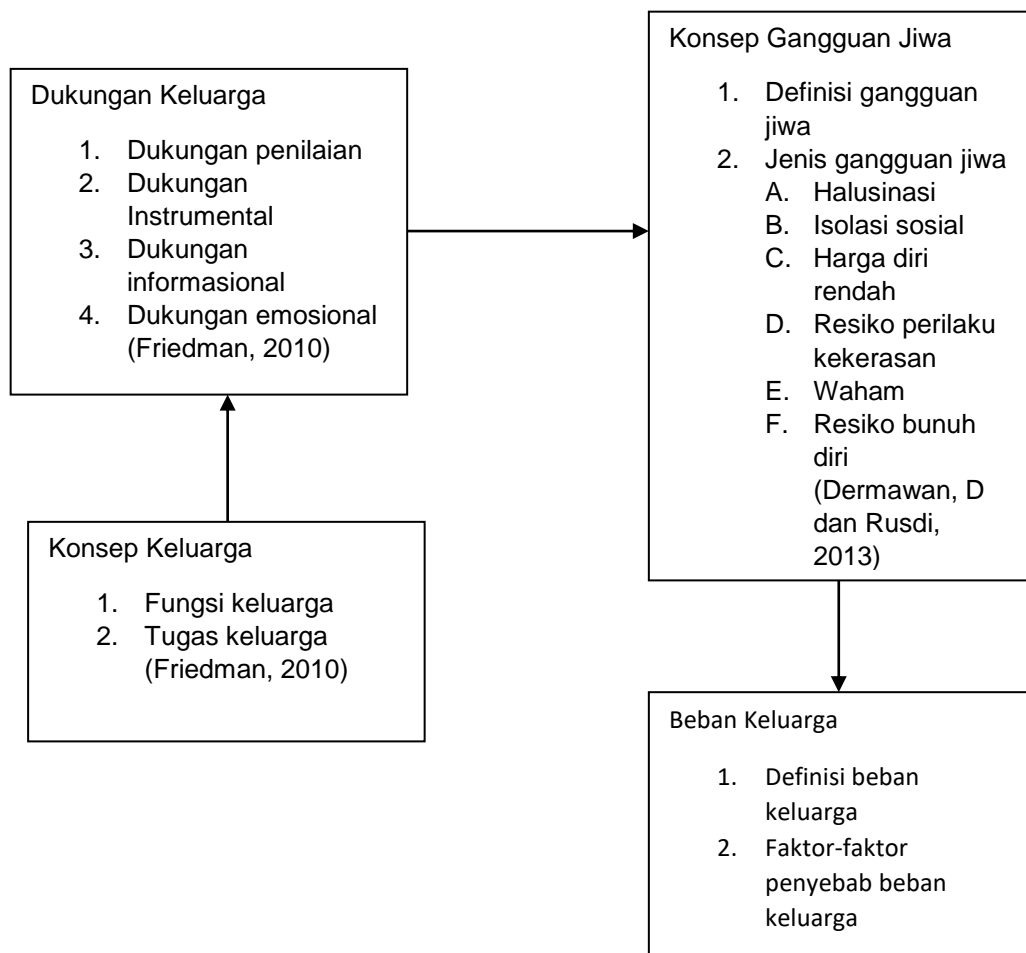
Penelitian lain oleh Sri Suryaningrum (2013) melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Antara Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor". Pada penelitian ini, peneliti menggunakan desain penelitian *deskriptif analitik* dengan menggunakan rancangan kuantitatif dan pendekatan *cross sectional*. Data diperoleh dengan tehnik *purposive sampling* terhadap 103 responden yang dianalisis secara deskriptif, dan data diuji menggunakan uji *Chi-Square*. Berdasarkan uji analisis didapatkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara beban

dengan sikap keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan ($p < 0,05$).

C. Kerangka Teori Penelitian

Menurut Sugiyono (2011) kerangka teori adalah alur atau logika atau penalaran yang merupakan seperangkat konsep, definisi dan proporsi yang disusun secara sistematis.

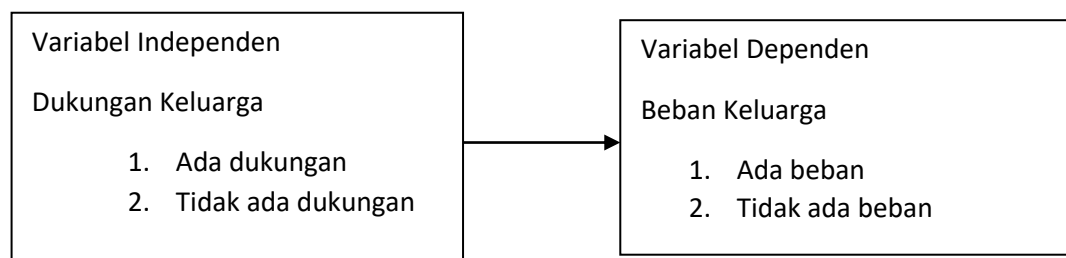
Berdasarkan tujuan penelitian diatas maka kerangka teori dalam penelitian ini adalah :



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah merupakan formulasi atau simplifikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut. Oleh sebab itu, kerangka konsep ini terdiri dari variabel-variabel serta hubungan variabel yang satu dengan yang lain (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini, Kunjungan Keluarga menjadi variabel independen (variabel bebas), sedangkan Kekambuhan Klien Gangguan Jiwa menjadi variabel dependen (variabel terikat).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban sementara dari pertanyaan penelitian biasanya. Jadi hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian (Notoatmodjo, 2015).

Ha : Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa di

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam
Samarinda

Ho : Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan pembahasan dan uraian dari hasil penelitian maka peneliti dapat mengambil saran dan kesimpulan dari hasil penelitian tentang hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan responden 66 orang.

A. Kesimpulan

Kesimpulan Yang dapat diambil dari tujuan penelitian ini diantaranya sebagai berikut :

1. Karakteristik responden berdasarkan usia dari keluarga yang membawa anggota keluarganya berobat dari 66 orang responden distribusi frekuensi dewasa akhir usia 36-45 tahun yang merupakan frekuensi responden terbanyak yaitu 45 orang (68,2%). Keluarga beragama islam adalah yang terbanyak datang ke unit rawat jalan RSJD Atma Husada Samarinda sebanyak 59 orang (89,4%). keluarga yang membawa anggota keluarganya berobat sebagian besar adalah kakak sebanyak 15 orang (22,7%) dan anak sebanyak 15 orang (22,7%). Keluarga berjenis kelamin laki-laki paling banyak dari jumlah responden sebanyak 49 orang (74,2%). Dan keluarga yang berkerja sebanyak 46 orang (69,7%).

2. Karakteristik dukungan keluarga berdasarkan data yang didapatkan dari 66 orang responden keluarga yang memiliki dukungan sebanyak 38 orang (57,6%) dan keluarga yang tidak ada dukungan sebanyak 28 orang (42,4%).
3. Karakteristik beban keluarga berdasarkan data yang didapatkan dari 66 orang responden keluarga yang merasa ada beban sebanyak 25 orang (37,9%) dan keluarga yang merasa tidak ada beban sebanyak 41 orang (62,1%).
4. Pada penelitian ini, peneliti menggunakan uji korelasi Spearman Rho dan hasil penelitian ini adalah H_0 ditolak sehingga secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa dengan kekuatan korelasi lemah ($r = 0,351$) dengan $p \text{ value} = 0,004 < 0,01$.

B. Saran

Penelitian ini memiliki beberapa saran yang dapat disampaikan yang diharapkan dapat bermanfaat, yaitu :

1. Bagi peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan agar dapat meneliti lebih mendalam tentang faktor-faktor dukungan keluarga dengan beban keluarga, serta mencari faktor dukungan mana yang lebih kuat dan mempengaruhi beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa.

2. Bagi Kampus

Semoga bisa menjadi arsip dan sumber untuk penelitian selanjutnya jika ada yang mengembangkan tentang dukungan keluarga dan beban keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Abdullah. 2015. Hubungan Antara Dukungan Masyarakat Dengan Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa di RT 08 dan RT 15 Desa Mendik di Wilayah Kerja Puskesmas Mendik Kabupaten Paser. Skripsi, tidak dipublikasikan. Samarinda. STIKES Muhammadiyah Samarinda. Indonesia.

Dermawan, D dan Rusdi.2013. *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.

Friedman, Marilyn M. (2010) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC

Hidayat, A.A. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika

Muscari, M.E.2005. *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik*. Jakarta : EGC.

Mubarak, W.I.2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika.

Machfoedz, I. 2008. *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Fitramaya

Notoatmodjo, S.2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT RINEKA CIPTA

_____. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT RINEKA CIPTA

Nuraenah. 2012. Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta timur 2012. Tesis. Dipublikasikan. Depok. Universitas Indonesia. Indonesia.

Potter, PA. & Perry, AG. .2005. *keperawatan Dasar: Konsep, Proses dan Praktik. (terjemahan)*. Ed. 4. Jakarta: EGC.

Republik Indonesia. 2014 Undang-undang No. 18 tentang kesehatan jiwa. Jakarta: Sekretariat Negara.

Sari, H. (2009). Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireun Nanggroe Aceh Darussalam, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan.

Stuart dan Laraia.2005. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (Terjemahan). Jakarta : EGC.

Sugiyono.2011. *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R dan D*. Bandung : Alfabeta

Suliwati. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Videbeck. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Yosep, I. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama

Detik health,

<http://health.detik.com/read/2011/09/09/112329/1718826/763/pasien-rumah-sakit-jiwa-jarang-dijenguk-keluarganya> diakses tanggal 16 februari 2016

Pro Kaltim, <http://kaltim.prokal.co/read/news/131285-khususnya-yang-rawat-inap-banyak-yang-ingin-tetap-di-rumah-sakit> diakses tanggal 5 Januari 2016

JADUAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Bulan ke											
		Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep
1	Penentuan dan penetapan judul												
2	Konsultasi proposal												
3	Ujian proposal												
4	Revisi proposal												
5	Penelitian												
6	Pengolahan data, analisa data												
7	Seminar hasil dan revisi seminar hasil												

LAMPIRAN

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : M. Rusfathrizal
Tempat, tgl lahir : Samarinda, 28 mei 1994
Alamat Asal : Jalan Lambung Mangkurat Gg. Syahdan
Thayib RT.27 No.55 Kelurahan Pelita
Kecamatan Samarinda Ilir, Samarinda.
Alamat di Samarinda : -

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan Formal

- Tamat SD : Tahun 2006 di SD Negeri 034 Samarinda
- Tamat SMP : Tahun 2009 di SMP Negeri 01 Sangasanga
- Tamat SMA : Tahun 2012 di SMA Negeri 04 Berau

PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
ATMA HUSADA MAHAKAM

Jalan Kakap No.23 Samarinda 75115 Telp. (0541) 743364 Fax. 741035

Website : rsjdahm.kaltimprov.go.id //

email : rsjdahm@kaltimprov.go.id



Management
System
ISO 9001:2008

www.tuv.com
ID: 9105079871

Samarinda, 07 Januari 2016

Nomor : 800/ *027*/RSJD.AHM-TU/ 2016
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Studi Pendahuluan

Yth. Kepada
Prodi S1 Keperawatan
STIKES Muhammadiyah
Samarinda
Di -

Samarinda

Sehubungan surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda
Nomor : 741/ IL.3.AU/ PS.3/ F/ 2015 Tanggal 16 November 2015, Perihal
Permohonan Studi pendahuluan atas:

Nama : Muhammad Rusfat Rizal
NIM : 1211308230507
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul Skripsi : “ Hubungan frekuensi kunjungan keluarga dengan
kekambuhan pasien jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah
Atma Husada Samarinda“.

Maka dengan ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui permohonan tersebut.

Demikian hal ini kami sampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.



Pih. DIREKTUR,

Drs. H. Syamsudin, M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 19580212 198111 1 002

KUESIONER

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN BEBAN KELUARGA DALAM
MERAJAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**



oleh

M. Rusfath Rizal

NIM. 1211308230507

Kode responden:
(Diisi oleh peneliti)

KUISONER PENELITIAN

HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DAN BEBAN KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN DENGAN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA SAMARINDA

A. Data Demografi

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sebelum mengisi
2. Isilah berdasarkan

Nama (Inisial) :

Umur :

Agama :

Hubungan dengan klien : () ayah () suami () anak
() Ibu () istri
() adik () kakak

Jenis Kelamin : Laki-laki () / Perempuan ()

Pekerjaan : Bekerja () / Tidak Bekerja ()

Kode responden:
(Diisi oleh peneliti)

B. Dukungan keluarga

Petunjuk pengisian :

Bacalah pernyataan dengan teliti sebelum menjawabnya.

1. Beri tanda (\checkmark) di kolom yang menurut anda paling sesuai bagi anda
2. Pilih jawaban yang tepat sesuai dengan keadaan

No	Pernyataan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak pernah (0)
1.	Menerima segala kondisi yang dihadapi pasien				
2.	Menjelaskan dan melatih cara menjaga kebersihan diri kepada pasien				
3.	Ikut merasakan kesulitan seperti kondisi yang pasien rasakan				
4.	Menceritakan hasil perkembangan perawatan dan pengobatan kepada pasien				
5.	Bertekad untuk mendampingi pasien sampai keadaannya lebih baik				
6.	Menjelaskan bagaimana belajar mengatasi masalah kepada pasien				
7.	Merasakan masalah yang dihadapi oleh pasien adalah masalah yang harus dihadapi bersama				
8.	Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya minum obat				
9.	Membantu pasien dengan tulus dan ikhlas				
10.	Mendampingi pasien ketika dilakukan pemeriksaan dan perawatan oleh petugas kesehatan				
11.	Menjaga perasaan pasien ketika keinginan pasien sulit diikuti				
12.	Menjelaskan kepada pasien bagaimana minum obat yang benar				
13.	Merasa turut bertanggung jawab atas perawatan pasien, karena pasien adalah bagian dari anggota keluarga				
14.	Mengikutsertakan pasien dalam memutuskan atas kesadaran dirinya untuk patuh berobat				
15.	Membantu pasien untuk mandi dan makan supaya mandiri				
16.	Memberikan kepercayaan pada pasien untuk beraktivitas di luar rumah dengan tetap dalam bimbingan				

Lampiran I

No	pernyataan	Selalu (3)	Sering (2)	Jarang (1)	Tidak pernah (0)
17.	Melatih pasien melakukan aktivitas sesuai kemampuan atau hobynya, seperti olah raga yang disukai pasien				
18.	Memberikan pujian ketika pasien mampu melakukan hal positif, seperti meminum obat tepat waktu				
19.	Membantu pasien untuk minum obat dan mengawasi obat benar-benar diminum				
20.	Memberikan pujian atas hasil kerja yang positif yang telah dilakukan pasien				
21.	Membimbing dan melatih pasien kegiatan rutin di rumah supaya terbiasa				
22.	Memberikan kepercayaan bahwa pasien bisa melakukan pekerjaan sehari-hari dirumah, seperti menyapu				
23.	Membimbing pasien untuk segera berobat jalan jika menunjukkan tanda dan gejala kekambuhan				
24.	Mengakui perbuatan atau hasil kerja yang telah dilakukan oleh pasien				

Kode responden:
(Diisi oleh peneliti)

C. Beban Keluarga

Petunjuk pengisian :

Bacalah pertanyaan dengan teliti sebelum menjawabnya.

1. Beri tanda (√) di kolom yang menurut anda paling sesuai bagi anda
2. Pilih jawaban yang tepat sesuai dengan keadaan
3. Untuk nomor yang bertanda * di isi apabila pasien adalah pasangan Anda
jika tidak bisa dilewati pertanyaan selanjutnya

No	Pertanyaan	Tidak Sama Sekali (1)	Kadang-kadang (2)	Sangat (3)
1	Menurut anda apakah keluarga anda menghargai cara anda merawat pasien?			
2	Apakah penyakit pasien membuat hubungan Anda dengan anggota keluarga kurang baik?			
*3	Apakah pasangan Anda (suami/istri) memegang tanggung jawab keluarga?			
*4	Apakah pasangan Anda (suami/istri) masih menyayangi anda?			
*5	Apakah pasangan Anda (suami/istri) mampu memenuhi kebutuhan intim anda?			
*6	Apakah kualitas hubungan pernikahan anda berkurang akibat pasangan Anda (suami/istri) sakit?			
7	Apakah merawat pasien membuat anda lelah dan letih?			
8	Apakah anda merasa kesehatan anda terganggu akibat penyakit yang diderita pasien?			
9	Apakah anda pernah merasa depresi atau cemas yang diakibatkan oleh pasien?			
10	Apakah anda pernah merasa bahwa tidak ada lagi solusi untuk permasalahan Anda?			

Lampiran I

No	Pertanyaan	Tidak Sama Sekali (1)	Kadang-kadang (2)	Sangat (3)
11	Apakah stabilitas keluarga Anda pernah terganggu oleh penyakit yang diderita pasien (Misalnya sering bertengkar, atau berpisah)?			
12	Apakah pasien membuat Anda terganggu di rumah?			
13	Apakah anda cukup mampu merawat orang lain dalam keluarga anda?			
14	Apakah Anda pernah merasa kesepian dan merasa sendiri akibat penyakit yang diderita pasien?			
15	Apakah perilaku pasien yang tidak terduga membuat Anda terganggu?			
16	Apakah Anda merasa teman Anda menghargai cara anda merawat pasien?			
17	Apakah penyakit pasien membuat hubungan Anda dengan teman menjadi kurang baik?			
18	Apakah Anda sering merasa frustrasi akibat lambatnya pasien membaik atau tidak membaik sama sekali?			
19	Apakah Anda merasa bahwa pasien memahami dan menghargai usaha Anda dalam membantu dia?			
20	Apakah penyakit pasien membuat Anda tidak bisa mencari pekerjaan?			

A. Karakteristik Responden

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26-35 tahun	9	13.6	13.6	13.6
	36-45 tahun	45	68.2	68.2	81.8
	45-55 tahun	12	18.2	18.2	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	islam	59	89.4	89.4	89.4
	kristen	2	3.0	3.0	92.4
	katolik	4	6.1	6.1	98.5
	hindu	1	1.5	1.5	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Hubungan dengan klien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ayah	10	15.2	15.2	15.2
	ibu	5	7.6	7.6	22.7
	adik	13	19.7	19.7	42.4
	suami	7	10.6	10.6	53.0
	istri	1	1.5	1.5	54.5
	kakak	15	22.7	22.7	77.3
	anak	15	22.7	22.7	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	49	74.2	74.2	74.2
	perempuan	17	25.8	25.8	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	bekerja	46	69.7	69.7	69.7
	tidak bekerja	20	30.3	30.3	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

B. Analisa Univariat

Hasil Tabulasi Quesioner

Responden	Hasil Dukungan Keluarga	Hasil Beban Keluarga
1	45	20
2	44	22
3	38	19
4	41	22
5	39	22
6	36	16
7	46	23
8	46	22
9	42	20
10	41	28
11	37	22
12	41	22
13	45	25
14	46	27

Lampiran I

15	44	20
16	45	19
17	41	23
18	43	23
19	46	32
20	43	28
21	42	23
22	50	30
23	39	29
24	40	26
25	38	19
26	44	24
27	43	23
28	47	33
29	44	24
30	53	24
31	39	30
32	47	21
33	47	21
34	41	22
35	41	23
36	44	23
37	42	24
38	41	33
39	41	17
40	47	23
41	42	16
42	42	24
43	39	22
44	40	24
45	42	22
46	37	22
47	42	29
48	36	19
49	40	20
50	42	19
51	43	30
52	43	32
53	36	20
54	44	33
55	49	35
56	43	18

57	42	25
58	38	32
59	42	23
60	49	28
61	42	20
62	35	18
63	41	20
64	37	26
65	36	18
66	39	19

dukungan keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada dukunang	38	57.6	57.6	57.6
tidak ada dukungan	28	42.4	42.4	100.0
Total	66	100.0	100.0	

beban keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada beban	25	37.9	37.9	37.9
tidak ada beban	41	62.1	62.1	100.0
Total	66	100.0	100.0	

C. Analisa Bivariat

Statistics

		Dukungan Keluarga	Beban Keluarga
N	Valid	66	66
	Missing	0	0
Mean		42.12	23.65
Std. Error of Mean		.454	.569
Median		42.00	23.00
Mode		42	22
Std. Deviation		3.690	4.619
Variance		13.616	21.338
Skewness		.365	.690
Std. Error of Skewness		.295	.295
Kurtosis		.266	-.255
Std. Error of Kurtosis		.582	.582
Range		18	19
Minimum		35	16
Maximum		53	35
Sum		2780	1561

Correlations

			Dukungan Keluarga	Beban Keluarga
Spearman's rho	Dukungan Keluarga	Correlation Coefficient	1.000	.351**
		Sig. (2-tailed)	.	.004
		N	66	66
	Beban Keluarga	Correlation Coefficient	.351**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.004	.
		N	66	66

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lembar Konsultasi

Judul Proposal : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga
Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah
Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Pembimbing I : Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.kep., MPH

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF

Lembar Konsultasi

Judul Proposal : Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga
Dalam Merawat Klien Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah
Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Pembimbing II : Ns. Ediyar Miharja, S.Kep., M.H

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL KONSULTASI	PARAF