

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Skizofrenia

a. Pengertian

Skizofrenia adalah gangguan jiwa / gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan relitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktifitas sehari-hari (National Institute of Mental Health, 2009; Keliat, 2006 dalam (Hartanto, 2018).

Skizofrenia merupakan kondisi psikotik yang berpengaruh terhadap area fungsi individu, termasuk berpikir, berkomunikasi, menafsirkan kenyataan, merasakan, menerima dan menunjukkan emosi serta penyakit kronis yang ditandai dengan pikiran kacau, halusinasi, delusi, dan berperilaku aneh (Rhoads, 2011 dalam (Pardede, 2020). Skizofrenia (Maslim, 2014) adalah sindrom dengan berbagai penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, tidak selalu bersifat kronis, serta dipengaruhi oleh genetik, fisik dan sosial budaya.

Skizofrenia (Agustina, 2017) adalah gangguan jiwa berat berupa sekumpulan sindrom dengan penyebab dan perjalanan penyakit yang luas diantaranya gangguan emosi, gangguan pikir, gangguan persepsi dan gangguan perilaku sehingga bisa

menimbulkan kecacatan dan ketergantungan. Skizofrenia adalah gangguan yang mempengaruhi fisik dan psikis seseorang yang mengakibatkan terjadinya suatu hambatan social yang berpengaruh terhadap kehidupan sehari-hari seseorang yang mengalami gangguan tersebut.

b. Etiologi

Skizofrenia seolah-olah penyakit tunggal namun kategori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan penyebab yang heterogen tapi dengan gejala yang sedikit banyak serupa. Dikutip dari (Saddock: 2016 dalam (Hartanto, 2018) mengemukakan dari beberapa tiologi skizofrenia diantaranya :

1) Model Diatesis-Stress

Menurut teori model diathesis stress skizofrenia dapat timbul karena adanya integrasi antara faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan. Seseorang yang rentan jika dikenai stressor akan lebih mudah untuk menjadi skizofrenia.

2) Teori Neurobiology

Penelitian membuktikan adanya peran patofologis area otak tertentu termasuk system limbic, kortek frontal, sereblum dan ganglia basalis. Rumusan sederhana menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas *dopaminergik* yang berlebihan. Beberapa *neurotransmitter* dan hormon mempengaruhi kejadian skizofrenia diantaranya, *serotonin*, *norepinefrin*, GABA, *Glutamat*, *Neuropeptida*.

3) Faktor Biologi

Termasuk dalam faktor biologi yaitu genetik, neurobiologi, *neurotransmitter*, perkembangan otak dan teori virus. faktor genetik yaitu adanya defek pada gen tertentu dapat menyebabkan Skizofrenia seperti mutasi DNA atau kromosom.

4) Faktor Psikososial

Sejumlah teori menyatakan bahwa stress dianggap memiliki efek utama terhadap waktu munculnya awitan dan keparahan penyakit. Skizofrenia merupakan kondisi psikologis dominan misalnya orang tua dengan kecemasan, overprotektif, konflik pernikahan dan keluarga. Ketidakmatangan atau fiksasi merupakan kegagalan pada suatu fase sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada perkembangan individu. Sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada tahap berikutnya, untuk perkembangan psikologis dan pengalaman belajar sangat perlu bagi perkembangan intelektual, emosional dan sosial yang normal.

c. Tanda dan Gejala Skizofrenia

Tanda dan gejala umum yang ditemukan pada psien skizofrenia adalah perilaku yang salah, penurunan fungsi sosial, defisit perawatan diri, ketidakmampuan untuk bekerja, berbicara dengan diri sendiri, perilaku curiga, mendengar suara, berpikir abnormal dan tidak logis, dan kurangnya minat dalam kegiatan lingkungan (Sethi, 2008).

Sedangkan menurut (Videbeck 2011 dalam (Agustina, 2017) kriteria diagnostik pada Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR), yaitu gejala positif dan gejala negatif, gejala skizofrenia diantaranya dibagi menjadi dua kelompok :

1) Gejala Positif

Gejala positif biasanya didefinisikan sebagai perilaku yang tidak akan ditemui orang normal. Pada fase “ aktif ” skizofrenia, gejala positif muncul dan mendominasi perilaku pasien. fase aktif pasien biasanya mengakibatkan rawat inap atau rujukan ke spesialis untuk mengganggu orang-orang disekitarnya. Berikut ini adalah beberapa gejala positif skizofrenia berdasarkan (Stuart, 2013 dalam (Agustina, 2017).

- a) Delusi adalah kesalahan dan keyakinan yang teus-menerus tidak sesuai dengan kenyataan atau tidak memiliki dasar dalam kenyataan
- b) Halusinasi adalah persepsi sensorik palsu atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam kenyataan
- c) Agresi adalah perilaku destruktif yang menampilkan ancaman, kata-kata kasar, dan kontak fisik dengan orang lain, tetapi masih dapat dikendalikan oleh pelaku
- d) Agitasi adalah gangguan yang menunjukkan aktivitas atau kelelahan atletik yang berlebihan dan tanpa tujuan, dan biasanya berhubungan dengan ketegangan dan kecemasan

- e) Prilaku stereotip adalah perilaku yang menunjukkan gerakan anggota badan yang berulang dan tanpa tujuan
- f) Gangguan bicara adalah berbagai bentuk gangguan dalam proses bicara
- g) Negatif adalah sikap yang bertentangan dengan apa yang diperintahkan, dan merupakan penolakan tanpa alasan

2) Gejala Negatif

Gejala negatif muncul dan mendominasi pada fase prodromal dan residual skizofrenia. Gejala negatif adalah gejala yang berhubungan dengan perilaku pasif pasien, tetapi sering diabaikan oleh orang-orang disekitarnya. Menurut bentuk gejala negatif skizofrenia (Stuart, 2013 dalam (Agustina, 2017).

- a) Ketidakpedulian adalah perasaan acuh terhadap individu, aktivitas dan kejadian
- b) Alogia adalah kecenderungan untuk berbicara sedikit atau menyampaikan sedikit makna materi
- c) Anhedonia adalah perasaan yang tidak menyenangkan tentang kehidupan, aktivitas, dan hubungan
- d) Katatonia adalah imobilitas yang disebabkan oleh factor psikologis, dan pengunjung tampak setengah sadar dan tidak dapat bergerak
- e) Hilangnya motivasi atau kurangnya keinginan, ambisi atau motivasi untuk bertindak dan melakukan tugas

f) Emosi datar adalah kurangnya ekspresi wajah yang mengekspresikan emosi

d. Tipe Skizofrenia

(Videbeck, 2011 dalam (Agustina, 2017) membagi *Diagnostic and statistical Manual* (DSM IV-TR) berdasarkan kategori gangguan jiwa menjadi 5 kelompok, yaitu :

1) Skizofrenia Paranoid

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia dimana pasien skizofrenia merasa dikejar oleh orang lain akan dibunuh. Gejala-gejala yang mendominasi adalah waham primer lalu waham-waham sekunder disertai halusinasi. Kategori skizofrenia ini terjadi sesudah 30 tahun. Skizofrenia paranoid menampilkan sikap kekerasan atau mengamuk pada skizofrenia lainnya.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik diawali dengan adanya muncul pada umur 15-25 tahun. Gejala yang mendominasi ialah gangguan kemauan, gangguan proses pikir, dan *double personality* atau bisa disebut depersonalisasi. Pada gangguan psikomotor yaitu mannerism, neologisme atau perilaku kekanakan yang muncul pada skizofrenia hebefrenik.

3) Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia katatonik muncul pertama umur 15-30 tahun, biasanya diawali dengan stress yang mengganggu emosi.

Bisa karena gaduh gelisah akibat adanya katatonik ataupun stupor katatonik. Gejala utama dari skizofrenia katatonik ini adanya gejala psikomotor diantaranya mutisme, stupor (penderita tidak ada pergerakan sama sekali dalam durasi lama, sehari-hari, hingga berbulan-bulan), stereotipi dan negatif yang parah.

4) Skizofrenia Tak Terdiferensiasi

Skizofrenia ini menampilkan gejala yaitu berbicara tidak jelas, waham, halusinasi, bersikap tidak sesuai seperti biasanya dan menunjukkan afek datar. Gejala yang didapatkan pada skizofrenia kategori ini adalah tidak terpenuhinya kriteria pada jenis paranoid, hebefrenik atau katatonik.

5) Skizofrenia Residual

Skizofrenia residual ini adalah jenis kronis dengan adanya tanda 1 episode psikotik yang tampak dan gejala lainnya yang tumbuh ke arah gejala negatif yang lebih terlihat.

e. Perawatan Klien Gangguan Jiwa

Teknik menjaga pasien dengan gangguan jiwa adalah membina hubungan saling percaya, mendata tanda dan gejala, fokus pada manifestasi dan minta klien memberitahukan kejadian sekarang, mendata yang mengkonsumsi alkohol dan obat sejenisnya, mengatakan bahwa perawat tidak mempunyai stimulus yang sama, menolong mengidentifikasi kebutuhan yang dapat menimbulkan kegiatan sehari-hari (Stuart, 2008).

Menurut (Keliat, 2011) intervensi keperawatan yang dapat diarahkan untuk keluarga klien yang mengalami gangguan jiwa adalah diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien, berikan pendidikan kesehatan tentang kesehatan jiwa, beri kesempatan pada keluarga agar dapat mempraktekan cara merawat pasien dengan gangguan jiwa langsung, dan memberikan promosi kesehatan pada keluarga cara merawat pasien lebih lanjut.

Orang-orang yang memiliki gangguan jiwa dengan kondisi yang berat dan sering kambuh membutuhkan rehabilitasi khusus. Proses rehabilitasi secara terpadu pada umumnya dijalani di fasilitas kesehatan khusus yaitu rumah sakit jiwa. Alasan utama pasien dengan gangguan kejiwaan membutuhkan penanganan agar selalu memastikan bahwa kondisi pasien dapat dievaluasi lebih ketat, memberikan perawatan yang lebih menyeluruh seperti pemenuhan kebutuhan gizi dan sosial, dapat memonitor respons pasien terhadap pengobatan dan terapi. Penanganan gangguan kejiwaan di rumah sakit dalam jangka panjang bertujuan tidak hanya mencegah kekambuhan gejala pasien, namun juga melatih dan mendorong pasien dan keluarganya untuk menciptakan lingkungan yang suportif, tidak terpaku stigma, agar pasien dapat kembali hidup bermasyarakat (Kevin, 2018)

Ketika di rumah, keluarga menjadi tempat klien kembali setelah menjalani masa rawat inap. Ada beberapa hal yang perlu

diperhatikan untuk memberikan perawatan di rumah yang efektif bagi ODGJ, diantaranya adalah mengenali jenis gangguan jiwa dan gejala yang dialami, bagaimana penatalaksanaannya (obat) dan mengurangi pencetus kekambuhan serta libatkan keluarga lain/ teman. Pengetahuan tentang penyakit dan gejala yang dialami digunakan sebagai landasan untuk bertindak secara tepat dalam mengevaluasi keberhasilan program pengobatan dan perawatan ODGJ. Keluarga hendaknya memantau dan memfasilitasi ODGJ dalam minum obat, hal ini dimaksudkan obat yang diminum adalah tepat sesuai instruksi dokter dan apakah ada efek samping dari konsumsi obat. Selain itu, keluarga diharapkan mengetahui keadaan yang membuat klien kambuh, hal ini dimaksudkan meminimalisir stresor yang menjadi penyebab klien merasa tertekan secara psikologis. Keluarga hendaknya membantu klien untuk tetap sembuh dengan cara melibatkan dalam aktifitas sehari-hari, fokuskan untuk memperbaiki perilaku klien, hindari konflik, ajarkan perilaku hidup sehat dan tumbuhkan rasa percaya diri pada klien (Karimah, 2012).

2. Keluarga

a. Pengertian

Depkes RI (1988) dalam (Keljombar, 2015) Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas keluarga dan beberapa yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Dikeluarga itu seseorang dibesarkan, bertempat tinggal, berinteraksi satu dengan yang lain dibentuknya nilai-nilai, pola pemikiran dan kebiasaanya dan berfungsi sebagai saksi segenap budaya luar, dan mediasi hubungan anak dengan lingkungannya. Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan keluarga adalah seseorang yang berkumpul di dalam satu rumah atau lingkungan yang saling berinteraksi, saling membutuhkan satu sama lain dan saling berhubungan ikatan darah.

b. Ciri-ciri Keluarga

Menurut Iver dan Horton dalam (Keljombar, 2015) ciri-ciri keluarga:

- 1) Keluarga ialah adanya pernikahan
- 2) Keluarga berdiri seperti kelembagaan, yang berhubungan dengan pernikahan yang terjadi dengan sadar atau selalu dijaga
- 3) Keluarga harus ada sitem tata nama termasuk keterunan atau genetic
- 4) Keluarga mempunyai tingkat finansial yang didirikan oleh anggota-anggota keluarga yang saling berhubungan dengan kemampuan saat mempunyai anak dan merawatnya
- 5) Keluarga adalah tempat menetap bersama-sama, dan rumah tangga

c. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2010) dalam (Nuraenah, 2012) Mendefinisikan fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarganya dan masyarakat yang lebih luas meliputi :

- 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 adalah 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 mempertahankan generasi, 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 dengan mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar memiliki produktivitas yang tinggi, fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga dibidang kesehatan.

d. Tugas Keluarga

1) Tugas Pokok

Menurut (Padila, 2012) menyebutkan bahwa pada dasarnya ada delapan tugas pokok keluarga, Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya, pemeliharaan sumber daya yang ada dalam keluarga, pembagian tugas sesuai kedudukannya dalam keluarga, sosialisasi antar anggota keluarga, pengaturan jumlah anggota keluarga, pemeliharaan ketertiban anggota keluarga, dan membangkitkan semangat dan dorongan anggota keluarga.

2) Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Menurut (Harmoko, 2012) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yakni sebagai berikut : Mengetahui masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan tindakan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang sehat, dan menggunakan fasilitas kesehatan yang ada di masyarakat.

3. Beban Keluarga

a. Pengertian

Beban keluarga adalah tingkat kehidupan yang tidak diinginkan dalam sebuah keluarga dari efek adanya kondisi keluarga yang tidak diharapkan. Kejadian ini mengakibatkan stress emosional dan ekonomi. Dimana respon keluarga dalam perawatan keluarga yang mengalami skizofrenia dalam waktu

lama selama perawatannya (Fontane, 2009).

Menurut Sukarmo (2008) dalam (Sari Novita, 2018) Beban keluarga merupakan stresor yang berat bagi keluarga, karena menyebabkan tekanan mental dan kecemasan yang disebabkan oleh kepedulian berlebih dalam masalah yang dihadapi dan membayangkan hal-hal yang mungkin terjadi.

b. Jenis-jenis Beban Keluarga

Jenis beban keluarga ada tiga menurut Fontane (2009) :

- 1) Beban subyektif merupakan beban yang berupa distress emosional yang dialami anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat anggota keluarga yang menderita. Yang termasuk dalam beban subyektif ialah ansietas akan masa depan, frustrasi, sedih, kesal, merasa bersalah, dan bosan.
- 2) Beban obyektif merupakan beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang menderita. Yang termasuk dalam beban obyektif adalah beban biaya finansial untuk merawat dan pengobatan, tempat tinggal, transportasi, dan makan.
- 3) Beban iatrogenik merupakan beban yang dikarenakan tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya, termasuk dalam beban ini, sebagaimana system rujukan dan program pendidikan kesehatan.

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Keluarga

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi beban keluarga antara lain :

1) Perjalanan Penyakit

Penderita skizofrenia sering mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, sehingga sangat bergantung pada keluarga yang akan menjadi beban baik subyektif maupun obyektif (Kaplan sadock, 2000 dalam (Nuraenah, 2012).

Menurut Nuraenah (2012) mengatakan gejala positif dan gejala negatif pasien dengan skizofrenia dalam tingginya beban pengasuh, semakin tinggi penilaian sindrom positif dan negatif skizofrenia maka semakin tinggi juga beban yang dialami.

2) Stigma (Pandangan Orang Lain)

Pada lingkungan masyarakat, skizofrenia sering dikatakan penyakit aib pada keluarga yang mempunyai pasien skizofrenia, dianggap sebagai gangguan yang mengancam orang-rang sekitar. Hal ini mengakibatkan keluarga merasa terpojok atau direndahkan dari masyarakat. Sehingga menjadi beban bagi keluarga atau pengasuh baik pada beban subyektif atau beban objektif (Hawari, 2009 dalam (Nuraenah, 2012).

Stigma adalah perilaku keluarga dan masyarakat yang mengira apabila seorang anggota keluarga yang menderita

skizofrenia merupakan hal yang memalukan untuk keluarganya. Kesehatan mental di lingkungan masyarakat sering dianggap menjadi hal yang menakutkan di sekitar masyarakat.

3) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan khususnya kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan terhadap skizofrenia. Kemudahan keluarga untuk membawa klien ke pelayanan kesehatan akan mengurangi beban keluarga dalam merawat. Jika pelayanan kesehatan khususnya mental tidak tersedia akan menyebabkan klien lebih buruk yang akan menjadi beban bagi keluarga yang merawat (Thonicraft Samukler, 2001 dalam (Nuraenah, 2012).

4) Pengetahuan terhadap penyakit

Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dan cara perawatannya sangat mempengaruhi proses pikir keluarga. Menurut penelitian (Yazici, et al., 2016) bahwa saat tingkat pendidikan pengasuh meningkat, beban pengasuh menurun. Hal ini menunjukkan bahwa orang yang lebih muda dan lebih berpendidikan akan merasa lebih sedikit beban pengasuh saat memberikan perawatan kepada pasien skizofrenia.

5) Ekspresi Emosi

Ekspresi emosi adalah dimana individu yang terbuka dan dapat ikut berpartisipasi dengan dunia eksternal dan internal.

Beberapa penelitian menemukan adanya ekspresi emosi pada keluarga yang tinggi rata-rata memiliki beban tinggi jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang rendah.

6) Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu factor yang paling penting dalam penilaian beban keluarga. Perawatan klien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak. Penelitian Gururaj, Bada, Reddy dan Chandreashkar 2008 menemukan bahwa dari 6 dimensi beban keluarga dengan skizofrenia, skor finansial memiliki rata-rata yang paling tinggi, oleh karena itu apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup atau jaminan kesehatan, maka hal ini akan menjadi beban yang berat bagi keluarga (Nuraenah, 2012).

7) Upaya Untuk Beban Keluarga

Ekonomi juga merupakan upaya pada beban keluarga yang paling penting dan utama dalam penilaian beban keluarga, karena ekonomi sangat mempengaruhi upaya beban keluarga. Apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup atau jaminan kesehatan, maka hal ini akan menjadi beban yang terberat bagi upaya beban keluarga.

B. PENELITIAN TERKAIT

1. Dalam Jurnal yang sudah dilakukan oleh Helena Patricia, Dwi Christina Rahayuningrum, dan Vino Rika Nofia (2018) dengan judul

“Hubungan Beban Keluarga dengan Kemampuan Caregiver dalam Merawat Klien Skizofrenia”. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik menggunakan metode cross sectional. Populasi adalah seluruh keluarga pasien skizofrenia sebanyak 66 orang dengan sampel penelitian diambil secara total sampling. Hasil analisis menunjukkan 54,5% mengalami beban sedang, 56,1% memiliki kemampuan yang kurang baik dalam merawat klien skizofrenia. Terdapat hubungan beban keluarga dengan kemampuan caregiver dalam merawat pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Naras Kota Pariaman, dengan p value 0,016. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan beban keluarga dengan kemampuan caregiver dalam merawat pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Naras Kota Pariaman.

2. Fanggi Ripangga (2018) Hubungan Beban Keluarga Dengan Sikap Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Metode Penelitian ini adalah deskriptif korelasional dengan rancangan cross sectional. Populasi penelitian adalah keluarga pasien skizofrenia yang berkunjung ke poliklinik rumah sakit jiwa atma husada mahakam samarinda. Pengambilan sampel pada penelitian ini dengan metode Purposive Sampling sebanyak 80 orang. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner. Data yang terkumpul dianalisis dengan teknik analisa univariat (mean dan distribusi frekuensi) dan teknik analisa bivariat dengan

uji korelasi Person Product Moment. Hasil Penelitian didapatkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara Beban Keluarga Dengan Sikap Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda, Kesimpulan: 1) Sebagian besar keluarga yang membawa anggota keluarga berkunjung berobat memiliki beban keluarga sebanyak 47 orang (58,8%). 2) Sebagian besar keluarga yang membawa anggota keluarga berkunjung berobat memiliki sikap tidak baik sebanyak 44 orang (55,5%). 3) Ada hubungan signifikan antara beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda dengan uji hubungan Pearson Product Moment dengan nilai $r : 0,758$ dan P Value yaitu $0,00 < 0,01$.

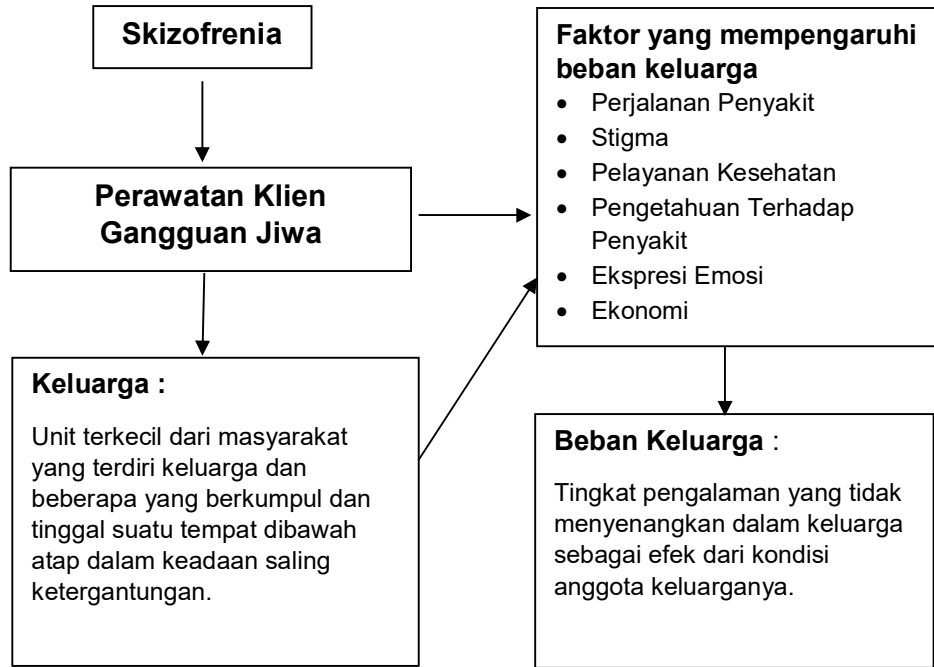
3. Dalam Jurnal yang sudah dilakukan oleh Christos Panayiotopoulos, Andreas Pavlakis dan Menelaos Apostolou pada tahun 2013 dengan judul "Family burden of schizophrenic patients and the welfare system; the case of Cyprus" Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji beban yang dialami anggota keluarga dengan cara merawat individu penderita skizofrenia dan mengidentifikasi parameter-parameternya secara mikro dan makro yang mempengaruhi beban keluarga. Untuk pengumpulan data, penelitian ini menggunakan Kuesioner Evaluasi Keterlibatan (VERSI EROPA / IEQ - EU). Instrumen ini telah digunakan dalam studi serupa di beberapa negara Eropa (mis., Holland, Denmark, Inggris, Italia, Spanyol) dan ditemukan menjadi andal dan valid.

Sampel terdiri dari pengasuh yang tinggal di daerah pedesaan atau perkotaan di distrik Nicosia, ibu kota Republik Siprus. Orang-orang ini menghadiri pertemuan rutin dengan Perawat Psikiatri Komunitas (CPN) yang dialokasikan di Pusat Kesehatan Mental Komunitas (CMHC). Secara keseluruhan populasi pasien yang tinggal di komunitas dan telah didiagnosis dengan skizofrenia adalah 165. Hasil analisis kovarian (ANCOVA) diterapkan dengan ketegangan, pengawasan, kekhawatiran, dan dorongan masuk sebagai faktor dependen. Dalam setiap kasus usia peserta, jenis kelamin, status perkawinan, pendapatan, jumlah orang yang tinggal serumah dengan peserta, tingkat hubungan antara pengasuh dan orang yang menderita gangguan jiwa berat, usia kerabat, dan jenis kelamin. Dari kerabat, dimasukkan sebagai faktor independen. Empat ANCOVA dilakukan, satu untuk setiap dimensi beban keluarga. Hasil dari analisis ini hanya menghasilkan satu pengaruh utama yang signifikan dari jenis kelamin relatif terhadap pengawasan [$F(1,118) = 4,40, p = 0,011, \eta^2 = 0,053$] dengan kerabat laki-laki yang menderita skizofrenia membutuhkan pengawasan lebih tinggi daripada saudara perempuan seperti yang ditunjukkan oleh tanggapan pengasuh relatif mereka.

C. Kerangka Teori

Kerangka teori menurut Notoadmodjo (2010) adalah suatu model yang menjelaskan bagaimana hubungan teori dengan terkait faktor-faktor sehingga menjadi bagan atau contoh untuk menerangkan adanya hubungan suatu teori dengan hal-hal yang

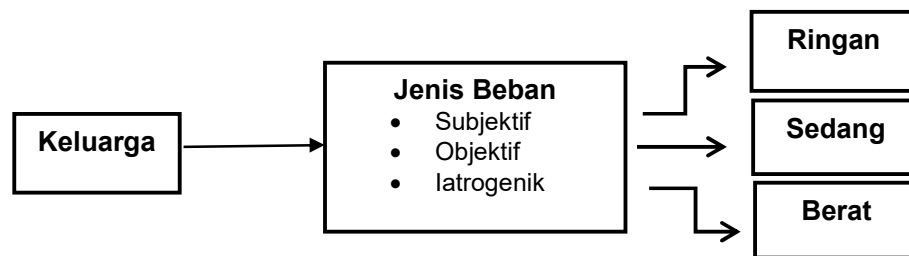
penting diketahui dalam suatu penelitian. Kerangka teori pada penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep

Menurut Hidayat (2014), kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap topik yang telah di pilih menyesuaikan dengan identifikasi masalah, kerangka konsep juga harus di landasi teori yang kuat serta ditunjang oleh informasi yang bersumber pada berbagai laporan ilmiah, hasil penelitian jurnal dan lain-lain. Kerangka konsep dalam penelitian adalah :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan pernyataan sementara yang perlu diuji kebenarannya. Untuk menguji kebenaran hipotesis diperlukan pengujian yang disebut pengujian hipotesis. Di dalam pengujian hipotesis dijumpai dua jenis hipotesis, yaitu hipotesis nol (H_0) dan hipotesis alternative (H_a) (Sabri & Hastono, 2018). Berikut uraikan tentang masing-masing hipotesis:

1. Hipotesis Nol (H_0)

Hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel satu dengan variabel yang lain.

Dalam penelitian ini hipotesis nol yaitu :

(H_0) = Tidak ada hubungan beban keluarga terhadap perawatan pasien dengan skizofreia dalam tinjauan Literature Review.

2. Hipotesis Alternatif (H_a)

Hipotesis yang menyatakan terdapat perbedaan suatu kejadian antara kedua kelompok. Atau hipotesis yang menyatakan ada hubungan variabel satu dengan variabel yang lain. Dalam penelitian ini hipotesis alternatif yaitu :

(H_a) = Ada hubungan beban keluarga terhadap perawatan pasien dengan skizofrenia dalam tinjauan Literature Review.