

**HUBUNGAN BEBAN KELUARGA DENGAN MEKANISME KOPING KELUARGA  
DALAM MERAWAT KLIEN SKIZOFRENIA DI POLI KLINIK RUMAH SAKIT JiWA  
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**DISUSUN OLEH:**

**LIDYA NOVITA SARI**

**NIM : 17111024160270**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

**Hubungan Beban Keluarga dengan Mekanisme Koping Keluarga dalam Merawat  
Klien Skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam  
Samarinda**

**Karya Tulis Ilmiah**

**Untuk Memenuhi Sebagai Syarat  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan  
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur**



**Disusun Oleh:**

**Lidya Novita Sari**

**NIM : 17111024160270**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN DAN FARMASI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2018**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**HUBUNGAN BEBAN KELUARGA DENGAN MEKANISME KOPING  
KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN SKIZOFRENIA DI POLI KLINIK  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

**DI SUSUN OLEH :**

**LIDYA NOVITA SARI**

**17.111024.16.0270**

**Disetujui untuk diujikan**

**Pada tanggal, Juli 2018**

**Pembimbing**



**Ns. DwiRahmah F. M. Kep**

**NIDN. 1119097601**

**Mengetahui,**

**Koordinator Mata Kuliah Karya Tulis Imiah**



**Rini Ernawati, S.Pd., M.Kes**

**NIDN. 1102096902**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**HUBUNGAN BEBAN KELUARGA DENGAN MEKANISME KOPING  
KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN SKIZOFRENIA DI POLI KLINIK  
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA  
TAHUN 2018**

**DI SUSUN OLEH :**

**LIDYA NOVITA SARI**

**NIM. 17111024160270**

**Diseminarkan dan diujikan**

**Pada tanggal 26 Juli 2018**

**Penguji I**



**Ns. Annaas Budi S. S.Kep., M.Si.Med**  
**NIDN. 1118068902**

**Penguji II**



**Ns. Dwi Rahmah F. M. Kep**  
**NIDN. 1119097601**

**Mengetahui,**

**Ketua Program Studi D III Keperawatan**



**Ns. Tri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep., Mat**  
**NIDN. 1105077501**

**Hubungan Beban Keluarga dengan Mekanisme Koping Keluarga dalam Merawat  
Klien Skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah  
Atma Husada Mahakam Samarinda  
Tahun 2018**

Lidya Novita Sari<sup>1</sup>, Dwi Rahmah<sup>2</sup>

**INTISARI**

**Latar Belakang:** Gejala - gejala skizofrenia tersebut berdampak pada diri sendiri dan keluarga. Dampak terhadap penderita skizofrenia seperti mempengaruhi persepsi, pikiran, emosi dan gerak sehingga penderita skizofrenia mengalami kesulitan dalam berpikir jernih, mengenali realita, menentukan perasaan, mengambil keputusan dan berhubungan dengan orang lain. Sedangkan dampak bagi keluarga seperti keluarga mengalami tekanan baik dilingkungan atau masyarakat maupun dalam keluarga itu sendiri.

**Tujuan Penelitian:** Untuk mengetahui hubungan beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

**Metode:** Jenis penelitian ini adalah deskriptif koreasi dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *Accidental Sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 121 responden. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner penelitian. Pengolahan dan analisa data menggunakan distribusi frekuensi, analisa univariat dan analisa bivariat.

**Hasil:** Sebagian besar umur responden adalah 26-35 tahun sebanyak 68 orang (56,2%), sebagian besar beragama Islam sebanyak 73 orang (60,3%), sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA sebanyak 50 orang (41,3%), sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga sebanyak 65 orang (52,9%). Analisa univariat didapatkan variabel beban keluarga diperoleh hasil bahwa sebagian besar memiliki beban keluarga sebanyak 78 orang (64,5%), variabel mekanisme koping diperoleh hasil bahwa sebagian besar koping adaptif sebanyak 68 orang (56,2%). Analisa bivariat diperoleh nilai  $p=0,000 (<0,05)$  maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga.

**Kesimpulan:** ada hubungan yang signifikan antara beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga.

Kata kunci : Beban keluarga, Mekanisme Koping Keluarga

---

<sup>1</sup>.Mahasiswa DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

**Correlation of Family's Burden with Family's Coping Mechanism  
to Schizophrenia Client Treatment  
in Polyclinic of Region Mental Hospital of  
Atma Husada Mahakam Samarinda  
In 2018**

LidyaNovitaSari<sup>3</sup>, DwiRahmah<sup>4</sup>

**ABSTRACT**

**Background:** Those Schizophrenia symptoms impacted on self and family. Impact on schizophrenia sufferer such as it affected the perception, mind, emotion and movement with result that schizophrenia sufferer experienced difficult to think clearly, to recognize the reality, to decide the feeling, to take decision and to have relation with other person. Whereas the impact for family such as family experienced pressure in environment or society even in family itself.

**Research Aim:** To know the correlation of family's burden with family's coping mechanism to schizophrenia client treatment in Polyclinic of Region Mental Hospital of AtmaHusada Mahakam Samarinda.

**Method:** This research was correlation descriptive used cross sectional approach. Sample collection was done by Accidental Sampling, with total sample of 121 respondents. Data collection technique used research questionnaire. Data process and analysis used frequency distribution, univariate analysis and bivariate analysis.

**Result:** Most of respondents were 26-35 years old with total 68 persons (56,2%), most of them had islamic religion with total 73 persons (60,3%), most of respondents had Senior High School education with total 50 persons (41,3%), most of respondents had job as housewife with total 78 persons (64,5%), coping mechanism variable it was obtained result that most of them had adaptive coping with total 68 persons (56,2%). Bivariate analysis was obtained p-value = 0,000 (<0,05) then it could be concluded that there was significant correlation between family's burden with family coping mechanism.

**Conclusion:** There was significant correlation between family's burden with family's coping mechanism.

Keywords : Family's Burden, Family's Coping Mechanism

---

<sup>3</sup>Student of Nursing Diploma III of Muhammadiyah University of East Kalimantan

<sup>4</sup>Student of Nursing Bachelor of Muhammadiyah University of East Kalimantan

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang

Kesehatan jiwa menurut UU No.18 tahun 2014 adalah “Kondisi 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.

Kesehatan jiwa merupakan adanya gangguan pada fungsi mental, yang meliputi; emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik diri dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat (nasir & muhith, 2011)

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia, dengan berbagai faktor biologis, psikologis dan sosial dengan keanekaragaman penduduk maka jumlah kasus gangguan jiwa terus bertambah yang berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia untuk jangka panjang (WHO, 2016)

Di Indonesia gangguan jiwa merupakan suatu permasalahan yang selalu meningkat setiap tahun nya. Pada saat seseorang menghadapi suatu tantangan tidak menggunakan coping yang baik maka dapat mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang disebabkan oleh

gangguan biologis, sosial, psikologis, fisik atau kimiawi fisik atau kimiawi dengan jumlah penderita yang terus meningkat dari tahun ke tahun (WHO, 2015). Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia berdasar data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 sebesar 1,7 per mil.

Menurut WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung. Tercatat sebanyak 6% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami gangguan jiwa.

Dan Allah telah bersabda dalam surah Yunus ayat 57 :

Artinya “Hai manusia, Sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada (jiwa) dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman”.

Sesuai dengan ayat Al-quran tersebut bahwa Allah SWT telah menurunkan pelajaran-pelajaran yang sangat berharga untuk kita menjaga kesehatan terutama kesehatan jiwa bagi orang-orang yang beriman yang selalu menjaga dan membaca Al-quran.

Gangguan jiwa yang menjadi salah satu masalah utama di Negara-negara berkembang adalah Skizofrenia. Skizofrenia termasuk jenis psikosis yang menempati urutan atas dari seluruh gangguan jiwa yang ada (Nuraenah, 2012).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan

terganggu. Gejala skizofrenia di bagi dalam 2 kategori utama: gejala positif dan gejala negatif, gejala positif yang mencakup waham, halusinasi dan disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur sedangkan gejala negatif atau gejala samar, seperti afek datar, tidak memiliki kemauan dan menarik diri dari masyarakat atau rasa tidak nyaman (Videbeck, 2008).

Gejala - gejala skizofrenia tersebut berdampak pada diri sendiri dan keluarga. Dampak terhadap penderita skizofrenia seperti mempengaruhi persepsi, pikiran, emosi dan gerak sehingga penderita skizofrenia mengalami kesulitan dalam berpikir jernih, mengenali realita, menentukan perasaan, mengambil keputusan dan berhubungan dengan orang lain. Sedangkan dampak bagi keluarga seperti keluarga mengalami tekanan baik dilingkungan atau masyarakat maupun dalam keluarga itu sendiri. Tekanan yang timbul dari masyarakat karena stigma masyarakat terhadap penderita skizofrenia itu sendiri, sedangkan tekanan terhadap keluarga berasal dari faktor ekonomi, emosional dan pengetahuan keluarga terhadap penyakit (Nuerenah, 2012).

Menurut *World Health Organization (WHO)* dalam *Global Health Estimasi 2000-2001* menyebutkan Skizofrenia menjadi salah satu penyakit dari 10 penyakit tertinggi di negara-negara maju di seluruh dunia dengan jumlah sekitar 2,2 juta jiwa, data tahun 2000 menunjukn pasien yang menderita skizofrenia sebesar 11.711.800 juta jiwa di seluruh dunia sedangkan data tahun 2012 menunjukkan peningkatan jumlah pasien yang menderita skizofrenia sebesar 14.109.000 juta jiwa di seluruh dunia (WHO-GHE 2000-2012).

Data Prevalensi penderita skizofrenia yang ada di Asia Tenggara pada tahun 2000 sebesar 2.373.120 juta jiwa sedangkan pada tahun 2012 mengalami peningkatan jumlah penderita sebesar 3.079.000 juta jiwa. Pravalensi Negara-negara yang memiliki penderita gangguan jiwa

skizofrenia pada tahun 2000 ialah Indonesia dengan jumlah 224.000 ribu jiwa di ikuti oleh Thailand dengan jumlah sebesar 128.800 ribu jiwa. Pada tahun 2012 Indonesia memiliki penderita skizofrenia sebesar 376.500 ribu jiwa dan di ikuti oleh Filipina dengan 76.000 ribu jiwa. Hal ini menjadikan Indonesia sebagai Negara terbanyak dengan penderita gangguan jiwa skizofrenia (WHO-GHE 2000-2012).

Data Riskesdas 2013 menyebutkan bahwa penderita skizofrenia terbanyak ada pada Provinsi D.K.I Jakarta dengan prevalensi sebesar 20.3% di ikuti oleh Nangroe Aceh Darussalam dengan prevalensi sebesar 18.5%, serta Kalimantan Timur sendiri memiliki prevalensi penderita skizofrenia sebesar 1.3%. Sedangkan pada Riskesdas 2013 prevalensi skizofrenia di Provinsi dengan gangguan jiwa berat tertinggi adalah di Yogyakarta dan Aceh (2,7%), Sulawesi Selatan 2.6% serta Kalimantan Timur sendiri memiliki prevalensi gangguan jiwa sebesar (1.4%). (Riset Kesehatan Dasar, 2007-2013).

Data Riskesdas 2013 menyebutkan bahwa penderita skizofrenia terbanyak ada pada Provinsi D.K.I Jakarta dengan prevalensi sebesar 20.3% di ikuti oleh Nangroe Aceh Darussalam dengan prevalensi sebesar 18.5%, serta Kalimantan Timur sendiri memiliki prevalensi penderita skizofrenia sebesar 1.3%. Sedangkan pada Riskesdas 2013 prevalensi skizofrenia di Provinsi dengan gangguan jiwa berat tertinggi adalah di Yogyakarta dan Aceh (2,7%), Sulawesi Selatan 2.6% serta Kalimantan Timur sendiri memiliki prevalensi gangguan jiwa sebesar (1.4%). (Riset Kesehatan Dasar, 2007-2013).

Data yang diperoleh dari Rekam Medik RSJD Atma husada Mahakam Samarinda didapatkan data kunjungan pasien ke Poli Klinik Jiwa bulan Oktober sebesar 59 kunjungan, bulan November 57 kunjungan dan bulan Desember sebesar 57 kunjungan. Dan total kunjungan tahun 2017 dari bulan Januari – Desember sebesar 745 kunjungan pasien skizofrenia. dari data diatas dapat dilihat semakin meningkat pasien yang

datang ke Poli Klinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Skizofrenia adalah penyakit yang membebankan diseluruh dunia. Beban keluarga adalah tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan dalam keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stress emosional dan ekonomi (Fontaine, 2009).

Pasien yang mengalami skizofrenia membutuhkan dukungan keluarga yang mampu memberikan perawatan secara optimal. Tetapi keluarga sebagai sistem pendukung utama sering mengalami beban yang tidak ringan dalam memberikan perawatan selama pasien di rawat di rumah sakit maupun setelah kembali kerumah. Beban tersebut yaitu beban financial dalam biaya perawatan, beban mental dalam menghadapi perilaku pasien dan beban sosial terutama menghadapi *stigma* dari masyarakat tentang anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Dampak dari beban yang dirasakan keluarga akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien. Jika keluarga terbebani kemungkinan keluarga tidak mampu merawat pasien dengan baik (Nuraenah, 2012).

Beban keluarga merupakan stresor yang berat bagi keluarga, karena menyebabkan tekanan mental dan kecemasan yang disebabkan oleh kepedulian berlebih terhadap masalah yang dihadapi dan membayangkan hal-hal yang mungkin akan terjadi (Sarkamo, 2008).

Mekanisme koping adalah usaha yang diarahkan pada manajemen stress dan dapat bersifat konstruktif atau destruktif. Mekanisme koping yang penanganannya konstruktif, saat kecemasan diperlakukan sebagai

sinyal peringatan dan individu tersebut menerima tantangan untuk menyelesaikan masalah. Mekanisme koping penanganannya destruktif menangkai kegelisahan tanpa menyelesaikan konflik, dengan menggunakan penghindaran. (Stuart, 2013).

Koping dapat didefinisikan sebagai upaya untuk mengatur, memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah yang bersifat menantang, mengancam, membahayakan, merugikan atau menguntungkan seseorang (Kuntjoro, 2009)

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan desember 2017 di Poli klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda dilakukan pertanyaan tentang variabel beban keluarga kepada 10 keluarga pasien yang merawat klien skizofrenia didapatkan 5 orang anggota keluarga mengatakan merasa terbebani saat merawat pasien, sedangkan 5 diantaranya nya mengatakan tidak terbebani saat merawat pasien. Sedangkan pertanyaan yang diajukan tentang variabel mekanisme koping, didapatkan 9 keluarga pasien mekanisme koping dalam merawat pasien adaptif, karena keluarga pasien mengatakan selalu mendampingi pasien saat berobat. Oleh karena itu peneliti tertarik melaksanakan penelitian yang berjudul “Hubungan beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.”

## **B. Rumusan Masalah**

Bedasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “apakah ada hubungan beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?”

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan beban keluarga dengan mekanisme coping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden yang merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Mengidentifikasi beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda
- c. Mengidentifikasi mekanisme coping keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda
- d. Menganalisis hubungan beban keluarga dengan mekanisme coping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli Klinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

## **D. Manfaat penelitian**

### **1. Manfaat aplikatif**

- a. Bagi pihak rumah sakit, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dalam membuat rencana program pelayanan yang berkaitan dengan upaya meningkatkan kualitas dalam merawat pasien skizofrenia.

- b. Bagi keluarga pasien, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pengetahuan apakah ada hubungan antara beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia.
- c. Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan beban keluarga dan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TELAHAH PUSTAKA**

##### **1. Skizofrenia**

###### **a. Pengertian**

Skizofrenia berasal dari kata Yunani yang bermakna schizo artinya terbagi, terpecah dan pherenia artinya pikiran. Jadi pikiran nya terbagi (Rudyanto, 2007).

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku aneh dan terganggu. Skizofrenia tidak dapat didefinisikan sebagai penyakit tersendiri, melainkan diduga sebagai suatu syndrom atau proses penyakit yang mencakup banyak jenis dengan berbagai gejala ( Videbeck, 2009 ). Skizofrenia merupakan penyakit kronis dan tidak dapat disembuhkan karena terdapat gangguan fungsi otak.

###### **b. Gejala Skizofrenia**

Dalam (Arif, 2006) Skizofrenia termasuk dalam salah satu gangguan mental yang disebut psikosis. Pasien psikotik dapat mengenali atau tidak memiliki kontak dengan realiatas. Berikut merupakan beberapa gejala psikotik yang utama :

###### **1) Delusi (Waham)**

Delusi (waham) adalah suatu keyakinan yang salah yang tidak dapat dijelaskan oleh latar belakang budaya pasien ataupun pendidikannya:

pasien tidak dapat diyakinkan oleh orang lain bahwa keyakinan pasien tersebut.

2) Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitannya. Halusinasi dapat berwujud pengindraan kelima indra yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi dengar (auditory) dan Halusinasi penglihatan (visual).

3) *Disorganized speech* (pembicaraan kacau)

Dalam pembicaraan kacau, terdapat asosiasi yang terlalu longgar. Asosiasi mental tidak diatur oleh logika, tetapi oleh aturan-aturan tertentu yang hanya dimiliki pasien.

4) *Disorganized behavior* (tingkah laku kacau)

Berbagai tingkah laku yang tidak terarah pada tujuan tertentu. Misalnya membuka baju di depan umum, berulang kali membuat salib tanpa makna, dan lain-lain.

### **c. Tipe-tipe skizofrenia**

Menurut Arif (2006) ada beberapa tipe skizofrenia masing-masing memiliki kekhasan tersendiri dalam gejala-gejala yang diperlihatkan dan tampaknya memiliki perjalanan penyakit yang berbeda-beda atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek yang masih terjaga.

1) Skizofrenia Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah adanya waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afek

yang asih relatif terjaga. Ciri-ciri dari tipe Disorganized dan Katatonik (misalnya bicara yang kacau, afek yang datar atau tidak tepat, katatonik atau motorik atau waham kebesaran, atau keduanya. Halusinasi juga biasanya berkaitan dengan tema wahamnya. Ciri-ciri lainnya meliputi anxiety, kemarahan, menjaga jarak dan suka beragumentasi.

#### 2) Skizofrenia Tipe Disorganized

Ciri utama skizofrenia tipe disorganized adalah pembicaraan kacau, tingkah laku yang kacau dan afek yang datar atau inappropriate. Pembicaraan yang kacau dapat disertai kekonyolan dan tertawa yang tidak erat berkaitan dengan isi pembicaraan. Disorganisasi tingkah laku (misalnya: kurangnya orientasi pada tujuannya) dapat membawa pada gangguan yang serius pada berbagai aktivitas hidup sehari-hari.

#### 3) Skizofrenia Tipe Katatonik

Ciri utama dari Katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik, aktivitas motorik yang berlebihan, negativism yang ekstrim, mutism (sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, echolalia (mengulang ucapan orang lain) atau echopraxia (mengikuti tingkah laku orang lain). Motoric immobility dapat dimunculkan berupa catalepsy (waxy flexibility-tubuh menjadi sangat fleksibel untuk digerakkan atau diposisikan dengan berbagai cara sekalipun untuk orang biasa posisi tersebut akan sangat tidak nyaman).

#### 4) Skizofrenia Tipe Undifferentiated

Sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe skizofrenia tertentu. Sejenis skizofrenia dimana simtom-simtom memenuhi kriteria A, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia tipe Paranoid, Disorganized ataupun Katatonik.

#### 5) Skizofrenia Tipe Residual

Diagnosa skizofrenia tipe residual diberikan bilamana pernah ada paling tidak satu kali episode skizofrenia, tetapi gambaran klinis saat ini tanpa simtom positif yang menonjol. Terdapat bukti bahwa gangguan masih ada sebagaimana ditandai oleh adanya negatif simtom atau simtom positif yang lebih halus.

### **d. Epidomologi**

Skizofrenia dapat ditemukan pada semua kelompok masyarakat dan di berbagai daerah insiden dan tingkat prevalensi sepanjang hidup secara kasar hampir sama di seluruh dunia. Gangguan ini mengenai hampir 1% populasi dewasa dan biasanya onsetnya pada usia remaja akhir atau awal masa dewasa. Pada laki-laki biasanya gangguan ini mulai pada usia lebih muda yaitu 15-25 tahun sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan dan lebih besar di daerah urban dibandingkan daerah rural (Sadock, 2003).

Diseluruh dunia prevalensi seumur hidup skizofrenia kira-kira sama antara laki-laki dan perempuan diperkirakan sekitar 0,2%- 1,5%. Meskipun ada beberapa ketidaksepakatan tentang distribusi skizofrenia di antara laki-laki dan perempuan, perbedaan diantara kedua jenis kelamin dalam hal umur

dan *onset*-nya jelas. Onset untuk perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki, yaitu sampai umur 36 tahun, yang perbandingan risiko onset nya menjadi terbalik, sehingga lebih banyak perempuan yang mengalami skizofrenia pada usia yang lebih lanjut bila dibandingkan dengan laki-laki (Durand, 2007).

#### **e. Etiologi**

Menurut Durand tahun 2007, terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisa penyebab skizofrenia, antara lain:

##### a) Model Diatesis-stres

Merupakan integrasi faktor biologis, faktor psikososial, faktor lingkungan. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatessis) yang jika dikenal oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress, memungkinkan perkembangan skizofrenia.

Komponen lingkungan mungkin biological (seperti infeksi) atau psikologis (missal kematian orang terdekat). Sedangkan dasar biological dari siatesis selanjutnya dapat terbentuk oleh pengaruh epigenetic seperti penyalahgunaan obat , stress psikososial.

Kerentanan yang dimaksud disini haruslah jelas , sehingga dapat menerangkan mengapa orang tersebut dapat menjadi skizofrenia. Semakin besar kerentanan seseorang maka stressor kecilpun dapat menyebabkan menjadi skizofrenia. Semakin kecil kerentanan maka butuh stressor yang besar untuk membuatnya menjadi penderita

skizofrenia. Sehingga secara teoritis seseorang tanpa diathese tidak akan berkembang menjadi skizofrenia, walau sebesar apapun stressornya.

#### b) Faktor Neurobiologi

Peneliti menunjukkan bahwa pada penderita skizofrenia ditemukan perubahan-perubahan atau gangguan pada sistem tranmisi sinyal penghantar syaraf (*neuro-transmitter*) dan reseptor di sel-sel saraf otak (*neuron*) dan interaksi zat neuron-kimia seperti dopamine dan serotonin yang ternyata mempengaruhi fungsi-fungsi kognitif (alam fikir), afektif (alam perasaan) dan psikomotor (perilaku) yang menjelma dalam bentuk gejala-gejala positif maupun negatif skizofrenia. Namun sampai kini belum diketahui bagaimana hubungan antara kerusakan pada bagian otak tertentu dengan munculnya symptom skizofrenia. Terdapat beberapa area tertentu dalam otak yang berperan dalam membuat seseorang menjadi patologis, yaitu sistem limbic, korteks frontal, cerebellum dan ganglia basalis. Keempat area tersebut saling berhubungan, sehingga disfungsi pada satu area mungkin melibatkan proses patologis primer pada area yang lain. Dua hal yang menjadi sasaran penelitian adalah waktu dimana kerusakan neuropatologis muncul pada otak dan interaksi antara kerusakan tersebut dengan stressor lingkungan dan sosial. Yang disebut Hipotesa Dopamin. Menurut hipotesa ini skizofrenia terjadi akibat dari peningkatan aktivitas neurotransmitter dopaminergik. Peningkatan ini mungkin merupakan

akibat dari meningkatnya pelepasan dopamine, terlalu banyaknya reseptor dopamine atau kombinasi dari faktor-faktor tersebut. Munculnya hipotesa ini berdasarkan observasi bahwa: Ada korelasi antara efektivitas dan potensi suatu obat antipsikotik dengan kemampuannya bertindak sebagai antagonis reseptor dopamine D2. Obat yang meningkatkan aktivitas dopaminergik seperti amphetamine dapat menimbulkan gejala psikotik pada siapapun.

### c) Faktor Genetik

Peneliti klasik awal tentang genetik dari skizofrenia dilakukan di tahun 1930-an, menemukan bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita skizofrenia adalah berhubungan dekatnya persaudaraan tersebut. Kembar monozigotik memiliki angka kesesuaian yang tertinggi. Penelitian pada kembar monozigotik yang di adopsi menunjukkan bahwa kembar yang diasuh oleh orangtua angkat mempunyai skizofrenia dengan kemungkinan yang sama besarnya seperti saudara kembarnya yang dibesarkan oleh saudara kandungnya (Kaplan & Sadock, 2010).

Faktor genetic skizofrenia adalah sejumlah faktor kausatif terimplikasi untuk skizofrenia, termasuk pengaruh genetic, ketidakseimbangan neurotransmitter, kerusakan structural otak kecelakaan dalam proses persalinan dan stressor psikologis. Penting untuk mempelajari seberapa banyak stress macam apa yang membuat

seseorang memiliki predisposisi skizofrenia. Stressor (tekanan yang mengakibatkan stress) dari orang-orang disekitar adalah juga faktor penting yang tak boleh di lupakan. Skizofrenia melibatkan lebih dari satu gen, sebuah fenomena yang disebut *quantitative trait loci*. Skizofrenia yang paling sering kita lihat mungkin disebabkan oleh beberapa gen yang berlokasi di tempat-tempat yang berbeda diseluruh kromosom. Ini juga mengklarifikasikan mengapa ada gradasi tingkat keparahan pada orang-orang yang mengalami gangguan ini (dari ringan sampai berat) dan mengapa risiko untuk mengalami skizofrenia semakin tinggi dengan semakin banyaknya jumlah anggota keluarga yang memiliki penyakit ini. Semakin parah skizofrenia orangtuanya, semakin besar kemungkinan anak-anaknya untuk mengembangkan gangguan yang sama. Memiliki keluarga yang mengalami skizofrenia juga membuat seseorang memiliki kemungkinan lebih besar untuk memiliki gangguan yang sama di banding seseorang dalam populasi secara umum yang tidak memiliki keluarga semacam itu (hanya sekitar 1%).

#### d) Faktor Psikososial

Salah satu faktor yang menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa adalah adanya stressor psikososial. Stressor psikososial adalah setiap keadaan atau peristiwa yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan seseorang (anak, remaja atau dewasa) sehingga orang itu terpaksa mengadakan adaptasi dan mampu menanggulangnya,

sehingga timbul lah keluhan-keluhan dibidang kejiwaan berupa gangguan jiwa dari yang ringan hingga yang berat (Hawari, 2001).

Pada sebagian orang perubahan-perubahan sosial yang serba cepat dapat merupakan stressor psikososial, yaitu antara lain :

- a. Pola kehidupan masyarakat dari semula sosial-religius cenderung kearah pola kehidupan masyarakat individual, materialistis dan skuler
- b. Pola hidup sederhana dan produktif cenderung kearah pola hidup mewah dan konsumtif.
- c. Struktur keluarga yang semula keluarga besar (*extended family*) cenderung kearah keluarga inti (*nuclear family*) bahkan sampai pada pola orang tua tunggal (*single parent family*).
- d. Hubungan kekeluargaan (silaturahmi) yang semula erat dan kuat cenderung menjadi longgar dan rapus. Masing-masing anggota keluarga seolah-olah berjalan sendiri-sendiri (nafsi-nafsi), sehingga seakan-akan hidup dalam keterasingan (*alienation*).
- e. Nilai-nilai moral-etika agama dan tradisional masyarakat, cenderung berubah menjadi masyarakat sekuler dan moder serta serba boleh (*permissive society*)
- f. Lembaga perkawinan mulai dirugukan dan masyarakat cenderung untuk memilih hidup bersama tanpa nikah.

- g. Ambisi karier dan materi yang tak terkendali dapat mengganggu hubungan interpersonal baik dalam keluarga maupun masyarakat (Hawari, 2001)

#### **f. Manifestasi klinis**

Secara general serangan skizofrenia dibagi menjadi 3 yaitu gejala positif, gejala negative dan gejala kognitif ( Maramis. 2005 & Sinaga. 2007 )

##### 1. Gejala positif

Halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan memproses pesan atau rangsangan yang datang. Klien skizofrenia mungkin mendengar suara-suara atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada atau mengalami suatu sensasi yang tidak biasa pada tubuhnya . *Auditory hallucinations*, gejala yang biasanya timbul yaitu klien merasakan ada suara dari dalam dirinya. Kadang suara itu dirasakan menyejukan hati, memberi kedamaian, tapi kadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang sangat berbahaya, seperti bunuh diri. Penyesatan pikiran (delusi) adalah kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan. Misalnya penderita skizofrenia, lampu traffic di jalan raya yang berwarna merah, kuning, hijau dianggap sebagai suatu isyarat dari luar angkasa. Beberapa penderita skizofrenia berubah menjadi paranoid, mereka selalu merasa sedang di amat-amati atau hendak diserang. Semua itu membuat penderita skizofrenia tidak bisa memahami siapa dirinya, tidak berpakaian dan tidak bisa mengerti apa itu

manusia, juga tidak bisa mengerti kapan dia lahir, dimana dia berada dan sebagainya.

## 2. Gejala negatif

Klien skizofrenia kehilangan motivasi dan apatis yaitu kehilangan minat dalam hidup yang membuat klien menjadi pemalas, karena klien hanya memiliki minat sedikit, mereka tidak bisa melakukan hal-hal lain selain tidur dan makan. Perasaan yang tumpul membuat ekspresi yang datar, klien skizofrenia tidak memiliki ekspresi yang baik dari raut muka ataupun gerakan tangan. Seakan-akan dia tidak memiliki emosi apapun, mereka mungkin bisa menerima perhatian dari orang lain tapi mereka tidak bisa mengekspresikan perasaan mereka. Depresi tidak ingin mengenal perasaan ingin ditolong dan diharap, selalu menjadi bagian hidup dari klien skizofrenia. Mereka tidak merasa memiliki perilaku yang menyimpang tidak bisa membina hubungan yang relasi dengan orang lain. Depresi yang berkelanjutan akan membuat klien akan menarik diri dari lingkungannya dan merasa aman bila sendirian. Dalam beberapa kasus skizofrenia menyerang pada usia 15-30 tahun dan kebatangan menyerang pada usia 40 tahun keatas.

## 3. Gejala kognitif

Yaitu permasalahan yang berhubungan dengan perhatian, tipe-tipe ingatan tertentu dan fungsi yang memungkinkan kita untuk merencanakan sesuatu.

## **g. Penatalaksanaan**

Menurut DSM IV-TR tahun 2000, penatalaksanaan pada pasien skizofrenia dapat berupa terapi biologis, dan terapi psikososial antara lain :

### **a. Terapi biologis**

Pada penatalaksanaan terapi biologis terdapat tiga bagian yaitu terapi dengan menggunakan obat antipsikosis, terapi elektrokonvulsif dan pembedahan bagian otak.

- 1) Terapi Psikofarmaka ialah terapi dengan penggunaan obat antipsikosis dapat meredakan gejala-gejala skizofrenia. ( Antipsikotik (juga disebut neuroleptics) adalah kelompok obat-obatan psikoaktif umum tetapi tidak secara khusus digunakan untuk mengobati psikosis, yang ditandai oleh skizofrenia. Dopamine juga merupakan neurohormon yang dihasilkan oleh hipotalamus. Dopamine memiliki banyak fungsi di otak, termasuk peran pentingnya pada perilaku dan kognisi, pergerakan volunteer, motivasi, penghambat produksi prolaktin (berperan dalam masa menyusui), tidur mood, perhatian dan proses belajar. Obat ini dibagi dalam dua kelompok berdasarkan mekanisme kerjanya dibagi menjadi dua yaitu yang pertama dopamine receptor antagonist (DRA) disebut juga obat tipikal berguna untuk mengontrol gejala-gejala positif sedangkan untuk gejala negatif hampir tidak bermanfaat. Jenis-jenis obat tipikal yaitu phenothazin, haroperidol. Yang kedua serotonin dopamine

antagonist (SDA) disebut juga obat atipikal, bermanfaat untuk gejala positif maupun negatif. Obat atipikal yaitu klopazine, risperidone, olanzapin dan ziprasidon. (Amir, 2010).

## 2) Terapi Elektrokonvulsif

Terapi elektrokonvulsif juga dikenal sebagai terapi electroshock pada penatalaksanaan terapi biologis. Pada akhir 1930-an, electroconvulsive therapy (ECT) diperkenalkan sebagai penanganan untuk skizofrenia.

Pasien sering kali tidak bangun lagi setelah aliran listrik dialirkan ke tubuhnya dan mengakibatkan ketidaksadaran sementara, serta seringkali menderita keracunan pikiran dan hilangnya ingatan setelah itu. Adakalanya, intensitas kekejangan otot yang menyertai serangan otak mengakibatkan berbagai cacat fisik (Durand, 2007).

## 3) Pembedahan Bagian Otak

Pada terapi biologis lainnya seperti pembedahan bagian otak memperkenalkan prefrontal lobotomy, yaitu proses operasi primitif dengan cara membuang "*stone of madness*" atau disebut dengan batu gila yang dianggap menjadi penyebab perilaku yang terganggu. Menurut Moniz, cara ini cukup berhasil dalam proses penyembuhan yang dilakukannya, khususnya pada penderita yang berperilaku kasar. Akan tetapi, pada tahun 1950-an cara ini ditinggalkan karena menyebabkan penderita

kehilangan kemampuan kognitifnya, otak tumpul, tidak bergairah, bahkan meninggal. (Durand, 2007).

b. Terapi psikososial

Gejala-gejala gangguan skizofrenia yang kronik mengakibatkan situasi pengobatan didalam maupun diluar Rumah Sakit Jiwa (RSJ) menjadi monoton dan menjemukan. Secara historis, sejumlah penanganan psikososial telah diberikan pada pasien skizofrenia, yang mencerminkan adanya keyakinan bahwa gangguan ini merupakan akibat masalah adaptasi terhadap dunia karena berbagai pengalaman yang dialami di usia dini. Pada terapi psikososial terdapat dua bagian yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durand, 2007).

Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistic. Pada terapi ini, beberapa klien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapi berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah didalamnya. Para peserta terapi saling memberikan feedback tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Peserta diposisikan pada situasi sosial yang mendorong peserta untuk berkomunikasi, sehingga dapat memperkaya pengalaman peserta dalam kemampuan berkomunikasi. (Durand, 2007).

Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk penderita yang telah keluar

dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya. Keluarga berusaha untuk menghindari ungkapan-ungkapan emosi yang bisa mengakibatkan penyakit penderita kambuh kembali (Tomb, 2013).

## **2. Konsep Keluarga**

### **a. Pengertian**

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal disuatu tempat.(Setiadi, 2008).

Keluarga adalah dua atau tiga individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan di dalam peranannya masing-masing, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Bailon dan ( Maglaya, 1989 dalam Setiadi,2008).

### **b. Struktur Keluarga Dalam (Setiadi,2008)**

Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam, diantaranya adalah :

a. Patrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

b. Matrilineal : adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

c. Matrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

d. Patrilokal : adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.

e. Keluarga kawinan : adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga, dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

### **c. Fungsi keluarga Dalam (Setiadi,2008)**

Fungsi keluarga adalah beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga sebagai berikut :

#### **a. Fungsi Biologis**

- 1) Untuk meneruskan keturunan.
- 2) Memelihara dan membesarkan anak.
- 3) Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
- 4) Memelihara dan merawat anggota keluarga

#### **b. Fungsi Psikologis**

- 1) Memberikan kasih sayang dan rasa aman.
- 2) Memberikan perhatian diantara anggota keluarga.
- 3) Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
- 4) Memberikan identitas keluarga.

#### **c. Fungsi sosialisasi**

- 1) Membina sosial pada anak.

2) Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak.

3) Menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

d. Fungsi Ekonomi

1) Mencari sumber – sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhankeluarga.

2) Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

3) Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

e. Fungsi pendidikan

1) Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki.

4) Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.

5) Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

Menurut Effendy, (1998) dalam (Setiadi,2008) dari berbagai fungsi diatas ada 3 fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah :

a) Asih adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.

b) Asuh adalah memenuhi kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosila dan spiritual.

c) Asah adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya

#### **d. Peran Keluarga Dalam (Setiadi, 2008)**

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

a. Peranan ayah : ayah sebagai suami dan istri dan anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkunmgan.

b. Peranan ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya, ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota

masyarakat dari lingkungannya, disamping itu juga ibu dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.

- c. Peranan anak : anak- anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spriritual.

### **3. Beban Keluarga**

#### **a. Pengertian**

Beban keluarga adalah tingkat pengalaman yang tidak menyenangkan dalam keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stress emosional dan ekonomi (Fontaine,2009).

Beban keluarga merupakan stresor yang beratbagi keluarga, karena menyebabkan tekanan mental dan kecemasan yang disebabkan oleh kepedulian berlebih terhadap masalah yang dihadapi dan membayangkan hal-hal yang mungkin akan terjadi (Sarkamo, 2008).

#### **b. Jenis – jenis beban keluarga**

Menurut WHO (2008) mengkatagorikan beban keluarga dengan klien skizofrenia menjadi 2 jenis, yaitu:

- 1) Beban obyektif

Merupakan beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan financial dan dampak negative terhadap fisik anggota keluarga.

## 2) Beban subyektif

Merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Menurut Fontane (2009) beban keluarga terbagi menjadi tiga, yaitu:

### 1) Beban obyektif

Merupakan beban dan hambatan yang di jumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang menderita. Yang termasuk dalam beban obyektif adalah beban biaya financial untuk merawat dan pengobatan, tempat tinggal, makan dan transportasi.

### 2) Beban subyektif

Merupakan beban yang berupa distress emosional yang dialami anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat keluarga yang menderita skizofrenia. Yang termasuk dalam beban subyektif adalah ansietas dalam masa depan, sedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal dan bosan.

### 3) Beban iatrogenik

Merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan rehabilitas tidak berjalan sesuai dengan fungsi nya.

### **c. Faktor – faktor yang mempengaruhi beban keluarga**

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi beban keluarga antara lain:

#### 1) Perjalanan penyakit

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

Menurut Nuraenah (2012) mengatakan bahwa gejala positif dan gejala negatif klien skizofrenia berperan dalam beratnya beban caregiver, semakin tinggi skor sindrom positif dan negatif skizofrenia maka semakin berat beban yang dirasakan.

#### 2) Stigma

Pada kehidupan masyarakat, skizofrenia masih di anggap sebagai penyakit yang memalukan dan merupakan aib bagi keluarga dan sering di anggap sebagai ancaman yang mengganggu. Keadaan ini menyebabkan keluarga dikucilkan dari masyarakat. Hal ini menjadi beban bagi keluarga baik beban subyktif maupun beban obyektif (Hawari, 2009 dalam Nuraenah 2012.)

Stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya. Penyakit mental di

dalam masyarakat masih dianggap sebagai ketakutan di tengah-tengah 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.

5) Ekspresi emosi

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

6) Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang paling penting dalam penilaian beban keluarga. Perawatan klien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak. Penelitian Gururaj, Bada, Reddy dan Chandrashkar 2008 menemukan bahwa dari

enam dimensi beban keluarga dengan skizofrenia, skor financial 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).

#### **d. Pengukuran *Burden Assessment Schedule***

Instrumen *Burden Assessment Schedule*(BAS) versi Bahasa Indonesia yang sudah divalidasi digunakan sebagai alat ukur untuk melakukan penilaian terhadap beban perawatan pada caregiver penderita skizofrenia. Instrumen ini berisi 20 pertanyaan yang terbagi dalam 5 komponen/domain, yaitu dampak terhadap perasaan nyaman, dampak terhadap kualitas hubungan perkawinan, dampak terhadap peran perawatan,dampak terhadap hubungan dengan orang lain dan beratnya masalah gangguan yang dihadapi. Tiap jawaban pertanyaan ditetapkan 3 kriteria penilaian : tidak sama sekali, kadang-kadang dan sangat. Setiap jawaban diberi skor 1/2/3, kecuali pertanyaan nomor 1, 3-5, 13, 16, 19 skornya 3/2/1. Semakin tinggi 1,5,11 nilai menunjukkan beban perawatan semakin berat.

### **4. Mekanisme Koping**

#### **a. Pengertian**

Koping adalah proses yang dilalui oleh individu dalam menyelesaikan situasi stressful. Koping tersebut adalah merupakan respon individu terhadap situasi yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologi (Rasmun, 2009).

Secara alamiah baik disadari ataupun tidak, individu sesungguhnya telah menggunakan strategi koping dalam menghadapi stress. Strategi koping adalah cara yang dilakukan untuk merubah lingkungan atau situasi atau menyelesaikan masalah yang sedang dirasakan atau dihadapi. Koping diartikan sebagai usaha perubahan kognitif dan perilaku secara konsisten untuk menyelesaikan stress yang dihadapi (Hawari, 2011).

Berdasarkan definisi maka yang dimaksud koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku.

#### **b. Penggolongan mekanisme koping**

Mekanisme koping ada dua macam menurut Keliat (1999):

1) Mekanisme koping adaptif adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat positif, rasional, dan konstruktif.

2) Mekanisme koping maladaptif adalah suatu usaha yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah akibat adanya stressor atau tekanan yang bersifat negatif, merugikan dan destruktif serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas.

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) dalam Rasmun (2009) mekanisme koping dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan dengan kategori berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, tehnik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif

## 2. Mekanisme koping maladaptive

Mekanisme koping maladaptive adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, menghambat pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan dengan kategori makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan dan menghindar.

### **c. Jenis mekanisme koping**

Menurut Wong (2006) ada 6 jenis mekanisme koping yang dilakukan oleh individu adalah:

#### 1) Berorientasi pada situasi

Melibatkan strategi yang berfokus pada pemecahan masalah yang ada dengan mengubah situasi, baik dengan usaha sendiri maupun dengan bantuan orang lain. Seperti bergantung pada tindakan atau bantuan langsung seseorang untuk memecahkan suatu masalah, mengubah situasi yang ada dengan bantuan orang lain untuk memecahkan masalah dan melibatkan praktisi sosial.

Kemampuan sosial dan dukungan sosial merupakan bagian dari koping berorientasi pada situasi yang merupakan untuk berkomunikasi dan bertindak laku sesuai dengan norma-norma yang berlaku dimasyarakat yang meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi

dan emosional yang diberikan individu dari dukungan orang tua, keluarga, teman dan lingkungan masyarakat sekitar (Lazarus, 1984)

## 2) Berorientasi pada pencegahan

Berorientasi pada pencegahan merupakan pencegahan perbaikan dari dalam diri atau usaha yang dilakukan dengan meningkatkan kemampuan diri untuk menjadi lebih siap terhadap permasalahan yang ada dimasa depan, dan perbaikan diri dari luar. Usaha yang dilakukan seseorang untuk memperbaiki kondisi atau jaringan menjadi lebih siap.

Kemampuan memecahkan masalah berdasarkan coping berorientasi pada pencegahan merupakan kemampuan individu untuk mencari sumber informasi, mengidentifikasi masalah yang bertujuan untuk menghasilkan alternative tindakan dan kemudian mempertimbangkan alternative tersebut sehubungan dengan hasil yang akan dicapai.

## 3) Berorientasi pada agama

Berfokus pada tuhan untuk menyelesaikan suatu masalah baik yang ada maupun yang belum terjadi, seperti menyelesaikan masalah dengan mendekati diri pada tuhan dan mencari solusi dengan bantuan pemuka agama.

Pada saat mengalami stress seseorang akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya, dukungan ini sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakit yang dialami penderita khususnya jika penyakit tersebut mewmbutuhkan proses penyembuhan yang lama dengan hasil yang belum pasti.

Menurut Mcherry (2006), bahwa kebutuhan religius merupakan syarat yang utama dalam diri individu. Jika seseorang mampu mengidentifikasi dan memenuhi persyaratan, maka dapat bermakna dalam kehidupan serta harapan dalam hidup juga tidak terancam. Hidup beragama memberikan kekuatan jiwa bagi setiap individu dalam menghadapi cobaan hidup dan menimbulkan rasa rela menerima kenyataan.

4) Berorientasi pada Eksistensi

Berorientasi pada eksistensi merupakan penerimaan yang berarti menerima dengan rasional dan filosofis. Makna eksistensial yang berarti menemukan makna atau tujuan (Wong, 2006).

5) Berorientasi pada Restrukturisasi

Berorientasi pada restrukturisasi merupakan perubahan perhatian seseorang dan sikap dalam menghadapi masalah atau situasi yang tidak dapat diubah atau sesuai dengan perilaku sendiri.

6) Berorientasi pada Emosi

Berorientasi pada emosi yaitu berfokus pada pengaturan reaksi emosional seseorang tanpa mengubah situasi atau memecahkan masalah, seperti menjauhkan diri dari salah satu masalah yang ada dengan penolakan, berfikir bijak untuk menjauhkan keinginan atau fantasi yang realistis, ekspresi mengungkapkan perasaan untuk melepaskan ketegangan, menyalahkan perilaku diri sendiri untuk setiap masalah, mencari bantuan sosial atau mencari bantuan orang lain dan aktif melakukan suatu kegiatan.

#### d. Literatur koping

Literature tentang koping dibagi menjadi 2, yaitu:

- 1) *Active coping strategy*, yaitu strategi yang dirancang untuk mengubah cara pandang individu terhadap sumber stress. Diantaranya yaitu:
  - a) Lebih berorientasi pada penyelesaian masalah
  - b) Meminta dukungan dari individu lain
  - c) Melihat sesuatu dari segi positifnya
  - d) Menyusun rencana yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah
  - e) Cenderung realistis
- 2) *Avoidant coping strategy*, yaitu strategi yang dilakukan individu untuk menjauhkan diri dari sumber stress dengan cara melakukan suatu aktifitas atau menarik diri dari suatu kegiatan. Biasanya ditandai dengan:
  - a) Menjauhi masalah dengan cara menyibukkan diri pada aktivitas lain
  - b) Menarik diri
  - c) Bersifat emosional
  - d) Suka berkhayal
  - e) Makan berlebihan
  - f) Menggunakan obat penenang

Apa yang dilakukan individu dalam *avoidant* koping strategi sebenarnya merupakan suatu bentuk mekanisme pertahanan diri yang sebenarnya dapat menimbulkan dampak negatif (Candra, 2004)

#### **e. Faktor- faktor yang mempengaruhi mekanisme koping**

Cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi kesehatan fisik dan energy, keterampilan mengatasi masalah, keterampilan sosial, dan dukungan sosial serta materi.

##### 1) Kesehatan fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting dalam usaha mengatasi stress, individu dituntut untuk mengarahkan tenaga yang cukup besar.

##### 2) Keyakinan atau pandangan positif

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisis situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternative tindakan, kemudian mempertimbangkan alternative tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

#### **f. Karakteristik koping yang tidak efektif**

Beberapa koping yang tidak efektif antara lain, yaitu:

##### 1) Menyatakan tidak mampu menyelesaikan masalah secara efektif

Perasaan cemas, takut, marah tegang, dan adanya stress kehidupan

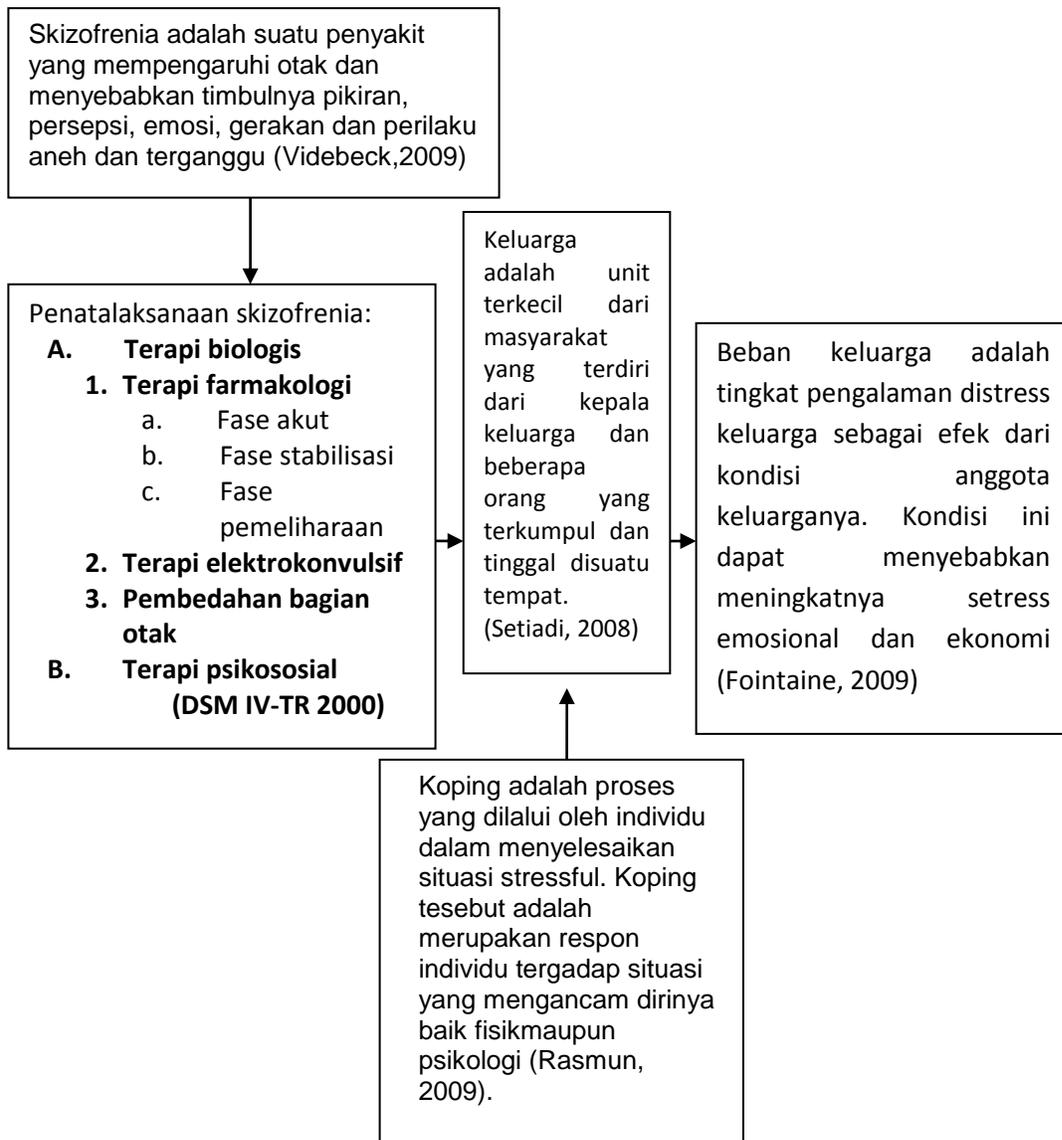
##### 2) Tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar, perilaku merusak

### **g. Pengukuran *Brief COPE***

Dalam penelitian ini, coping diukur dengan menggunakan alat ukur *Brief COPE* yang dibuat oleh *carver* (1997) berdasarkan teori dari *Lazarus & Folkman*. Alat ukur ini digunakan untuk melihat bagaimana individu mengatasi masalah yang dihadapi, meng-*asses* respon *coping* yang penting dan potensial dengan cepat. *Brief COPE* terdiri dari 28 item (dengan pilihan jawaban mulai dari 1 = belum pernah, 2 = kadang kadang, 3 = sering, 4 = sangat sering. Dimana mengukur 14 konsep reaksi coping yang berbeda. Alat ukur ini merupakan hasil adaptasi dari alat ukur *COPE* yang juga dibuat oleh *Carver* dan rekan-rekan (1989).

## **C. KERANGKA TEORI PENELITIAN**

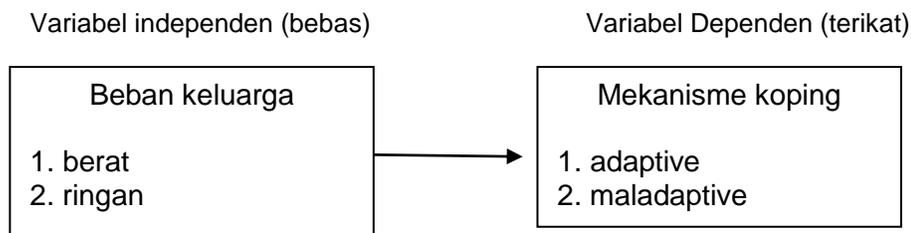
Kerangka teori penelitian merupakan kerangka yang dibangun dari berbagai teori yang ada dan saling berhubungan untuk membangun kerangka konsep (Kelana, 2011).



2.1 Gambar kerangka teori

## D. KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Kerangka konsep penelitian adalah suatu hubungan atau kaitan antara satu terhadap konsep yang lain nya dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmojo, 2012).



Keterangan :

□ : Area yang diteliti

→ : Arah Hubungan

### 2.2 Gambar kerangka konsep

## E. HIPOTESIS

Hipotesis berfungsi untuk menentukan kearah pembuktian, dengan kata lain hipotesis adalah pernyataan atau jawaban sementara yang harus dibuktikan. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Notoatmodjo, 2012)

### 1. Hipotesis alternatif ( $H_a$ )

Ada hubungan antara beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli Klinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

## 2. Hipotesis nol ( $H_0$ )

Tidak ada hubungan antara beban keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia di Poli Klinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

### **BAB III METODOLOGI PENELITIAN**

A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	50
B. Populasi dan Sampel.....	51
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	52
D. Definisi Operasional dan Variabel Penelitian.....	53
E. Instrument Penelitian.....	54
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	57
G. Teknik Pengumpulan Data.....	61
H. Teknik Analisa Data.....	62
I. Etika Penelitian.....	70
J. Jalannya Penelitian.....	72
K. Jadwal Penelitian.....	74

### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	76
B. Hasil Penelitian.....	77
1. Analisa Univariat.....	77
a. Usia Responden.....	77
b. Jenis Kelamin.....	78
c. Suku.....	78
d. Kebudayaan.....	79
e. Penggunaan Obat tradisional.....	80

2. Analisa Bivariat.....	81
a. Hubungan Antara Kebudayaan Dengan Penggunaan obat tradisional.....	82
C. Pembahasan.....	83
1. Analisa Univariat.....	83
a. Usia Responden.....	84
b. Jenis Kelamin.....	85
c. Suku.....	86
d. Kebudayaan.....	88
e. Penggunaan Obat Tradisional.....	90
2. Analisa Bivariat.....	92
a. Hubungan Kebudayaan Dengan Penggunaan Obat Tradisional	
D. Keterbatasan Penelitian.....	95
a. Insrumen Penelitian.....	95
b. Proses Penelitian.....	96

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Pada bab ini akan disajikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran yang perlu ditindaklanjuti dari hasil penelitian ini.

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat maka dapat ditarik suatu kesimpulan, antara lain

1. Karakteristik responden sebagian besar umur responden adalah 26-35 tahun sebanyak 68 orang (56,2%), sebagian besar responden memiliki pendidikan SMA sebanyak 50 orang (41,3%), sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga sebanyak 65 orang (52,9%),
2. Berdasarkan variabel beban keluarga diperoleh hasil bahwa sebagian besar memiliki beban keluarga berat sebanyak 78 orang (64,5%) dan beban keluarga ringan sebanyak 43 orang (35,5%).
3. Berdasarkan variabel mekanisme koping diperoleh hasil bahwa sebagian besar koping adaptif sebanyak 68 orang (56,2%) dan koping maladaptif sebanyak 53 orang (43,8%).
4. Hubungan antara beban keluarga dengan mekanisme koping didapatkan nilai p value 0,000 ( $<0,05$ ) yang berarti ada hubungan antara beban keluarga dengan mekanisme koping.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Praktek Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dalam membuat rencana program pelayanan yang berkaitan dengan upaya meningkatkan kualitas dalam merawat pasien skizofrenia.

### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan beban keluarga dan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia.

### 3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan bagi peneliti selanjutnya yang berkaitan dengan beban keluarga dan mekanisme koping keluarga dalam merawat klien skizofrenia.

## DAFTAR PUSTAKA

*Al- qur'an* dan terjemahnya

Arikunto, S. (2011). *Prosedur Penulisan Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta

Arif (2006). *Skizofrenia : Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung :Refika Aditama

Notoatmodjo, 2012, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, edisi revisi cetakan kedua. Jakarta : Rineka Cipta.

Notoatmodjo. 2010. *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta

Undang-undang.(2014). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa*.

<http://digilib.isi.ac.id/2668/1/UU-5-2014-ASN.pdf> diakses pada tanggal 10 Desember 2017

Nasir, dkk. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan jiwa*, Pengantar dan Teori. Jakarta: Salemba Medika

Fontaine.(2009), *Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di RS.JIWA Islam Klender Jakarta Timur 2012*.<http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2014/09/6>diakses pada tanggal 11 Desember 2017

Kelliat, A.B., 1999, *Penatalaksanaan Stress*, EGC : Jakarta.

Videbeck, (2009), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC

Fontaine.(2009). Tingkat Kecemasan dan beban keluarga pada penderita diabetes mellitus.<https://text-id.123dok.com/document/dy48959qn-jenis-jenis-beban-keluarga-beban-keluarga-yang-mempunyai-klien-diabetes-melitus.html> diakses pada tanggal 5 November 2017

RS Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda, 2017. Laporan Rekam Medik, RS Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda. Tidak di publikasikan.

Stuart. G.W. (2013). *Psychiatric nursing*. Edisi ke Sepuluh). Jakarta: penerbit Buku Kedokteran EGC.

Durand VM, Barlow DH. (2007). *Essentialis Of Abnormal Psychology*. Yogyakarta; Pustaka Pelajar.

Kaplan&Sadock (2010). *Sinopsis Psikiarti : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiarti Klinis* (Terjemahan : Edisi ke Tujuh). Jakarta Bina Rupa Aksara.

Nursalam.(2008). *Konsep dan Penerapan Metologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Rasmun.(2009). *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiarti Terintegrasi dengan keluarga*. Jakarta : CV Sagung Seto.