

**HUBUNGAN BEBAN KELUARGA DENGAN SIKAP KELUARGA
DALAM MERAWAT PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

SKRIPSI



**DISUSUN OLEH
FANGGI RIPANGGA
17111024110275**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2018**

**Hubungan Beban Keluarga dengan Sikap Keluarga dalam
Merawat Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa
Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



DISUSUN OLEH

Fanggi Ripangga

17111024110275

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN BEBAN KELUARGA dengan SIKAP KELUARGA dalam
MERAUAT PASIEN SKIZOFRENIA di POLIKLINIK RUMAH SAKIT
JIWA ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH:

FANGGI RIPANGGA

17111024110275

Disetujui untuk diujikan

Pembimbing

Ns. Mukhriyah Damaiyanti, S.Kep., MNS

NIDN 1110118003

Mengetahui,

Koordinator Mata Kuliah Skripsi

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

NIDN. 1112068002

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN BEBAN KELUARGA dengan SIKAP KELUARGA dalam
MERAJAT PASIEN SKIZOFRENIA di POLIKLINIK RUMAH SAKIT
JIWA ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH :

Fanggi Ripangga

17111024110275

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal 9 Februari 2018

Penguji I

Penguji II

Penguji III

Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M.Kep Ns. Bachtiar Safrudin, M.Kep,S.Kep.Kom Ns. Mukhriah Damaiyanti, S.Kep.,MNS

**NIDN. 1119097601
NIDN. 1110118003**

NIDN. 1112118701

Mengetahui,

Ketua Program Studi S1 Keperawatan

Ns. Dwi Rahmah Fitriani, M. Kep

NIDN. 1119097601

INTISARI

Hubungan Beban Keluarga dengan Sikap Keluarga dalam Merawat Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda

Fanggi Ripangga¹, Mukhriyah Damaiyanti²

Latar Belakang: Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak), mengalami kesukaran aktifitas sehari-hari dan skizofrenia juga merupakan gangguan jiwa kronis yang dialami oleh 1% penduduk.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien skizofrenia 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 $0,00 < 0,01$

Kata kunci: keluarga pasien skizofrenia, beban keluarga, sikap keluarga

¹ Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

² Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

ABSTRACT**Correlation Family Burden with Attitude Caring Family in Schizophrenia Patients in Psychiatric Hospital Clinic Atma Husada Mahakam Samarinda**Fanggi Ripangga¹, Mukhrisah Damaiyanti²

Background: Schizophrenia is a mental disorder characterized by a decrease or an inability to communicate, impaired reality (hallucinations and delusions), affect unnatural or blunt, cognitive disorders (not capable of abstract thinking), had difficulty with daily activities and skizofrenia also a chronic psychiatric disorder that affects 1% of the population.

Aim: This study aims to determine the relationship of the family burden with family attitude in treating patients with schizophrenia at the Regional Psychiatric Hospital outpatient clinic Atma Husada Mahakam Samarinda

Method: This research is descriptive correlation with cross sectional design. The study population is families of schizophrenia patients who visited the clinic mental hospital husada Mahakam samarinda atma. Sampling in this study using purposive sampling method as many as 80 people. The research instrument used a questionnaire. The collected data were analyzed by using univariate analysis (mean and frequency distribution) and bivariate analysis techniques to Person Product Moment correlation test.

Research result: found that there was a significant association between Burden Family With Attitude Caring Family In Schizophrenia Patients In Psychiatric Hospital Clinic Atma Husada Mahakam Samarinda

Conclusion: 1) Most families who bring family members have been treated the family burden as many as 47 people (58.8%). 2) Most of the families who bring family members have been treated better attitude many as 44 people (55.5%). 3) There is a significant relationship between the burden of the family with the attitudes of families in caring for patients with schizophrenia in the Mental Hospital Polyclinic Atma Husada Mahakam Samarinda with Pearson Product Moment correlation test with values of r: 0.758 and P Value namely 0.00 <0.01

Keywords: relatives of patients with schizophrenia, the burden of the family, the attitude of the family

¹ Undergraduate Nursing at the University of Muhammadiyah East Kalimantan

² Muhammadiyah University of East Kalimantan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak), mengalami kesukaran aktifitas sehari-hari dan skizofrenia juga merupakan gangguan jiwa kronis yang dialami oleh 1% penduduk (Keliat dkk 2011).

Menurut *World Health Organization WHO* (2008) skizofrenia adalah gangguan mental yang serius yang mempengaruhi kira-kira satu persen populasi orang dewasa dan merupakan penyebab utama kecacatan di Amerika Serikat dan seluruh dunia. Data American Psychological Association (APA) tahun 2010 menyebutkan, satu persen populasi penduduk di dunia (rata-rata 0,85%) mengalami Skizofrenia (Joys, 2011). Berdasarkan data dari pusat data dan Informasi Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI, 2007) di seluruh Asia, diperkirakan 2-10 orang dari 1000 penduduk mengalami skizofrenia dan 10% diantaranya perlu diobati intensif karena tingkat keparahan yang sangat mengkhawatirkan, akibatnya jumlah penderita

skizofrenia di Indonesia diperkirakan mencapai 2% dari seluruh populasi (Yosep. I, 2007).

Tahun 2000 jumlah penderita skizofrenia di Indonesia adalah 224.000 dan tahun 2012 Indonesia memiliki penderita Skizofrenia sebesar 376.500 ribu jiwa, lalu di ikuti oleh Thailand dengan jumlah sebesar 128.800 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).

Menurut Nerah (Hawari, 2010), jumlah penderita skizofrenia di Indonesia adalah 3 (tiga) – 5 (lima) per 1000 penduduk, mayoritas penderita berada di kota besar, ini terkait dengan tingginya stress yang muncul di daerah 3 perkotaan. Skizofrenia adalah gangguan mental yang cukup luas dialami di Indonesia, sekitar 99% pasien di RS Jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia. Prevalensinya 8 kali lebih besar dialami oleh pasien dengan tingkat sosial ekonomi rendah (Laily, 2009).

Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 sampai 1 % dan biasanya timbul pada usia sekitar 18 sampai 45 tahun, namun ada juga yang baru berusia 11 sampai 12 tahun sudah menderita skizofrenia. Penduduk Indonesia tahun 2013 mencapai lebih kurang 240 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2,4 juta jiwa mengalami skizofrenia (Prabowo, 2010).

Riskesdas 2013 prevalensi Skizofrenia dengan 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 berat sebesar (1,4%). (Riset Kesehatan Dasar, 2007 - 2013).

Data yang di peroleh dari Medikal Rekord Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda di dapatkan data kunjungan berobat pada pasien Skizofrenia di Poliklinik Tahun 2014 sebesar 12.190 kunjungan dan Tahun 2015 sebesar 14.529 dan Tahun 2016 sebesar 15.612. Dari data di atas dapat dilihat semakin meningkatnya angka pasien yang berobat jalan di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

Pasien yang mengalami skizofrenia membutuhkan dukungan keluarga yang mampu memberikan perawatan secara optimal, tetapi keluarga sebagai sistem pendukung utama sering mengalami beban keluarga dalam memberikan perawatan selama pasien dirawat di rumah sakit maupun setelah kembali ke rumah. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk merawat, namun dalam pelaksanaannya menyebabkan beban bagi keluarga (Nuraenah, 2014).

Beban keluarga merupakan tingkat pengalaman sebagai efek dari kondisi merawat anggota keluarga yang sakit seperti jauhnya jarak pelayanan kesehatan dan sikap keluarga yang terkadang tidak mau tahu tentang kondisi pasien tersebut. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari

keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya (Fontaine, 2009). Jenis-jenis beban keluarga yaitu beban subyektif (ansietas akan masa depan, sedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal, dan bosan), beban objektif adalah beban finansial dalam merawat dan pengobatan, tempat tinggal, makan, dan transportasi, beban iatrogenik yaitu tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitas tidak berjalan sesuai fungsinya (Fontane, 2009).

Sikap merupakan suatu predisposisi (keadaan mudah dipengaruhi) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat membimbing atau memulai tingkah laku orang tersebut. Sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan pikir yang dipersiapkan untuk memberi tanggapan terhadap objek yang diorganisir melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku (Notoatmodjo, 2011). Macam-macam tingkatan sikap yaitu menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), bertanggung jawab (*responsible*). Seseorang yang memiliki sikap tidak mendukung cenderung memiliki tingkatan hanya sebatas menerima dan merespon saja, sedangkan seseorang dikatakan telah memiliki sikap yang mendukung yaitu bukan hanya memiliki tingkatan menerima dan merespon tetapi sudah mencapai tingkatan menghargai atau

bertanggung jawab. Didapatkan hasil dengan sikap negatif lebih banyak yaitu sebesar 53,6% bagi pasien skizofrenia dengan gejala perilaku kekerasan dan kronis membutuhkan waktu perawatan bertahun-tahun yang dapat menjadikan keluarga mengalami kejenuhan dalam memberikan perawatan pada pasien, sehingga bersikap tidak baik atau tidak mendukung (Suryaningrum, 2013).

Seseorang yang memiliki sikap tidak mendukung cenderung memiliki tingkatan hanya sebatas menerima dan merespon saja, sedangkan seseorang dikatakan telah memiliki sikap yang mendukung yaitu bukan hanya memiliki tingkatan menerima dan merespon tetapi sudah mencapai tingkatan menghargai atau bertanggung jawab (Notoatmodjo, 2010).

Keluarga merupakan pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan sehat sakit klien. Umumnya keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya (Wulansih, 2008). Salah satu peran dan fungsi keluarga adalah memberikan fungsi afektif untuk pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarganya dalam memberikan kasih sayang (Friedman, 2010).

Berdasarkan studi awal yang di lakukan kepada 5 orang yang merawat dan tinggal serumah bersama anggota keluarga dengan skizofrenia saat berkunjung di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda diperoleh data umur keluarga yang

tinggal serumah dan membawa anggota keluarga dengan Skizofrenia ke Poli Jiwa Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda dan juga didapatkan data bahwa keluarga yang membawa pasien skizofrenia terkadang merasa sedih dan merasa kesal dalam merawat keluarga dengan skizofrenia dan juga terkadang terkendala dengan biaya dalam merawat, tempat tinggal untuk merawat, dan transportasi dalam membawa pasien berobat. Hal ini akan mempengaruhi sikap keluarga dalam mengenal masalah kesehatan keluarga, membuat keputusan, memberi perawatan, mempertahankan suasana rumah yang sehat, dan modifikasi lingkungan dengan pasien yang mengalami gangguan skizofrenia.

Berdasarkan fenomena di atas penulis tertarik untuk mengambil penelitian dengan judul “Hubungan Beban Keluarga Dengan Sikap Keluarga Dalam Merawat Pasien Skizofrenia di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda”.

A. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas, ada beberapa masalah yang dikaji dalam penelitian ini. Permasalahan tersebut selanjutnya dirumuskan dalam bentuk pertanyaan sebagai berikut: “Apakah ada hubungan beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien skizofrenia di poliklinik RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?”

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi beban keluarga dengan merawat pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda
- b. Mengidentifikasi sikap keluarga merawat pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda
- c. Menganalisis hubungan beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

C. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih yang bermanfaat bagi:

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat di jadikan sebagai bahan acuan dalam program pendidikan kesehatan seperti penkes setiap jumat pagi bagi keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami

Skizofrenia pada saat berkunjung ke Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu melaksanakan peranannya sebagai pendidik bagi pasien dan keluarga dengan memberikan asuhan keperawatan ataupun pendidikan kesehatan saat keluarga dan pasien berkunjung berobat di Poliklinik Jiwa Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

3. Bagi keluarga pasien

Menambah tingkat pengetahuan keluarga untuk tetap teratur melanjutkan pengobatan pada anggota keluarga yang mengalami Skizofrenia.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Semoga penelitian ini bisa menjadi bahan referensi untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang pengetahuan keluarga dalam melanjutkan pengobatan pasien dengan Skizofrenia dan menambah wawasan ilmu kesehatan.

E. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian tentang variabel penelitian yang relatif sama dengan penelitian ini telah dilakukan oleh beberapa peneliti, seperti:

1. Penelitian yang dilakukan oleh Suryaningrum (2013), dengan judul “Hubungan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”. Perbedaannya penelitian sebelumnya variabel independennya Beban Keluarga dan Kemampuan keluarga, sedangkan variabel independen yang diambil oleh peneliti sekarang ialah beban keluarga dan variabel dependennya sikap keluarga. Penelitian sebelumnya deskriptif korelasi pendekatan Cross Sectional.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Nuraenah (2012), dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012”. Perbedaannya penelitian sebelumnya variabel independennya Dukungan Keluarga, sedangkan variabel independen yang diambil oleh peneliti sekarang ialah Beban Keluarga.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Lestari (2014), dengan judul “Kecendrungan Atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus Di RSJ Amino Gondho Hutomo Semarang”. Perbedaannya penelitian sebelumnya variabel independennya kecendrungan atau sikap keluarga penderita gangguan jiwa sedangkan variabel independen yang diambil oleh peneliti sekarang ialah Beban

keluarga. Penelitian sebelumnya menggunakan metode deskriptif yang bertujuan untuk gambaran tentang suatu keadaan secara objektif sedangkan jenis yang digunakan adalah survey dengan pendekatan yang digunakan adalah cross sectional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAHAH PUSTAKA

1. Skizofrenia

a. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, afek/emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi; asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoherenasi (Direja, 2011).

Skizofrenia adalah kelompok kelainan yang sangat mengganggu ingatan, persepsi visual dan pendengaran, pemecahan masalah, sosial, dan kemampuan kognitif dari orang-orang yang terkena dampak (W.T. Chien, 2008; N. Tarrier, 2008). Tanda dan gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu gejala positif meliputi adanya waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur, sedangkan gejala negatif meliputi gejala samar, afek datar, tidak memiliki kemauan, menarik diri dari masyarakat/mengisolasi diri (Videbeck, 2008)

Skizofrenia merupakan 1 hal yang melibatkan banyak sekali faktor-faktor yang meliputi perubahan struktur fisik otak, perubahan struktur kimia otak, dan faktor genetik (Yosep, 2014)

b. Jenis Skizofrenia

Menurut Direja (2011) jenis-jenis skizofrenia yaitu :

1) Skizofrenia Simplex

Jenis skizofrenia dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemuduran kemauan.

2) Skizofrenia Hebefrenik

Jenis skizofrenia dengan gejala utama gangguan proses pikir gangguan kemauan dan depersonalisasi. Banyak terdapat waham dan Halusinasi.

3) Skizofrenia Katatonik

Gangguan psikomotor yang menonjol merupakan gambaran yang essensial dan dominan dan dapat bervariasi antara kondisi ekstrem seperti hiperkinesis dan stupor.

4) Skizofrenia Paranoid

Gangguan dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim disertai waham kejar atau kebesaran.

5) Episode Skizofrenia akut (lir schizoprenia)

Kondisi akut mendadak yang disertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.

6) Skizofrenia Psiko-afektif

Gangguan dengan gejala utama skizofrenia yang menonjol dengan disertai gejala depresi atau mania.

7) Skizofrenia Residual

Gangguan dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan skizofrenia.

c. Etiologi

Menurut (Durand tahun 2007), terdapat beberapa pendekatan yang dominan dalam menganalisa penyebab Skizofrenia, yaitu:

1) Model Diatesis-stres

Merupakan integrasi faktor biologis, faktor psikososial, faktor lingkungan. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatessis) yang jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stress, memungkinkan perkembangan Skizofrenia. Komponen lingkungan mungkin biologikal (seperti infeksi) atau psikologis (missal kematian orang terdekat). Sedangkan dasar biologikal dari diatesis selanjutnya dapat terbentuk oleh pengaruh epigenetik seperti penyalahgunaan obat, stress psikososial.

Kerentanan yang dimaksud disini haruslah jelas, sehingga dapat menerangkan mengapa orang tersebut dapat menjadi skizofren. Semakin besar kerentanan seseorang maka stressor kecilpun dapat menyebabkan menjadi skizofren. Semakin kecil kerentanan maka butuh stressor yang besar untuk membuatnya menjadi penderita skizofren. Sehingga secara teoritis seseorang tanpa diathese tidak akan berkembang menjadi skizofren, walau sebesar apapun stressornya.

2) Faktor Neurobiologi

Penelitian menunjukkan bahwa pada penderita Skizofrenia di temukan perubahan-perubahan atau gangguan pada sistem tranmisi sinyal penghantar syaraf (*neuro-transmitter*) dan reseptor di sel-sel saraf otak (*neuron*) dan interaksi zat neuro-kimia seperti dopamine dan serotonin yang ternyata memengaruhi 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 simptom Skizofrenia.

Terdapat beberapa area tertentu dalam otak yang berperan dalam membuat seseorang menjadi patologis, yaitu sitem limbik, 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, turunnya nilai ambang, atau hipersensitivitas 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.

3). Faktor Genetik

Penelitian klasik awal tentang genetika 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).

d. Tanda Gejala Skizofrenia

Menurut Direja (2011) secara general gejala skizofrenia dibagi menjadi 2 yaitu gejala primer dan gejala sekunder:

1) Gejala Primer

a) Gangguan proses pikir (bentuk, langkah dan isi pikiran). Yang paling menonjol adalah gangguan asosiasi dan terjadi inkoherensi.

b) Gangguan afek emosi.

c) Terjadi kedangkalan afek-emosi.

d) Emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai satu kesatuan.

e) Emosi berlebihan.

f) Hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik

g) Gangguan kemauan

h) gangguan psikomotor

2) Gejala Sekunder

a) Waham

b) Halusinasi

e. Faktor yang mempengaruhi Kekambuhan Skizofrenia

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kekambuhan meliputi (Tanti 2012).

1) Klien

Penyebab yang hadir paling utama adalah kondisi klien itu sendiri yang berkaitan dengan pengobatan lanjutan seperti meminum obat secara tidak teratur mempunyai kecenderungan mengalami kekambuhan.

2) Dokter

Meminum obat secara teratur dapat mengurangi frekuensi kekambuhan, namun beberapa dokter tidak memperhitungkan bahwa pemakaian obat neuroleptik dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan efek samping *Tradive Diskinesia* yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan tidak terkontrol.

3) Penanggung jawab klien

Setelah klien pulang kerumah maka perawat tetap bertanggung jawab atas adaptasi klien dilingkungan tinggalnya.

4) Keluarga

Keluarga merupakan lingkungan terdekat pasien yang harus dihadapi klien dalam beradaptasi, hal ini berkaitan dengan penyesuaian keadaan paska dirawat dan pola kebiasaan keluarga yang dirasa baru oleh klien dikarenakan sudah lama tidak dalam ruang lingkup

keluarga. Penyesuaian yang tidak optimal dapat menimbulkan kekambuhan.

5) Lingkungan sekitar

Lingkungan sekitar yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan dikarenakan pengetahuan masyarakat yang kurang.

2. Keluarga

a. Pengertian

Keluarga berasal dari bahasa Sanskerta: kula dan warga “kulawarga” yang berarti “anggota” “kelompok kerabat”. Keluarga adalah lingkungan di mana beberapa orang yang masih memiliki hubungan darah yang bersatu (Yulia, 2011).

Keluarga merupakan pengelompokan primer yang terdiri dari sejumlah kecil orang karena hubungan sedarah. Keluarga itu dapat berbentuk keluarga inti (*family*: ayah, ibu, dan anak), ataupun keluarga yang diperluas (di samping inti, ada orang lain: kakek/ nenek, adik/ipar, pembantu, dan lain-lain. Pada umumnya jenis kedua yang banyak ditemui dalam masyarakat Indonesia (Tirtarahardja, 2008).

Keluarga merupakan lingkungan pendidikan yang bersifat primer dan fundamental. anak dibesarkan, memperoleh penemuan awal. Serta belajar yang memungkinkan perkembangan diri selanjutnya. Di situ pula anak pertama-tama

memperoleh kesempatan untuk menghayati pertemuan/ pergaulan dengan sesama manusia, bahkan memperoleh perlindungan yang pertama (Gunawan, 2010).

Roucek (dalam Gunawan, 2010) mengatakan, keluarga adalah buaian dari kepribadian atau *the family is the cradle of the personality*. Keluarga merupakan pusat ketenangan hidup dan pangkal (*home base*) yang paling vital.

b. Karakteristik Keluarga

Menurut Gusti (2013), Karakteristik keluarga yaitu:

- 1) Terdiri dari dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi.
- 2) Anggota keluarga biasanya hidup bersama atau jika terpisah mereka tetap memperhatikan satu sama lain.
- 3) Anggota keluarga berinteraksi satu sama lain dan masing-masing mempunyai peran sosial: Suami, istri, anak, kakak dan adik.
- 4) Mempunyai tujuan yaitu : Menciptakan dan mempertahankan budaya dan meningkatkan perkembangan fisik , psikologis, dan sosial anggota.

c. Peran Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam

keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat (Gusti, 2013).

Menurut (Gusti tahun 2013) berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

1) Peranan Ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan bapak dari anak-anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota dari kelompok sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.

2) 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 keluarganya.

3) Peran Anak

Anak-anak melaksanakan peranan psikosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial, dan spiritual

d. Tipe – Tipe Keluarga

Menurut Gusti (2013), tipe-tipe keluarga ada 2 (dua) macam, yaitu:

1) Tipe keluarga Tradisionil

a) Keluarga inti (*Nuclear family*)

Adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

b) Keluarga besar (*Extended family*)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu, dll).

c) Keluarga bentukan kembali (*Dyadic family*)

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

d) Orang tua tunggal (*Single parent family*)

keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

e) *The Single adult living alone*

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

f) *The unmarried teenage mother*

Adalah ibu dengan anak tanpa perkawinan.

g) Keluarga usila (*Niddle age/ Aging couple*)

Adalah suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah/ perkawinan/ meniti karir.

2) Tipe Keluarga Non Tradisional

a) *Commune family*

Adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah

b) Orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

c) Homoseksual

Adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga.

e. Tugas-tugas Keluarga Dalam Kesehatan (bailon & maglaya, 1989)

Pada dasarnya tugas keluarga dalam kesehatan ada 5 (lima) yaitu:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga.
- 2) Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- 3) Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.

- 4) Mempertahankan suasana rumah yang sehat.
- 5) Modifikasi lingkungan.

f. Fungsi keluarga menurut Yulia (2013):

Ada beberapa fungsi yang dapat dijalankan keluarga, sebagai berikut:

- 1) Fungsi Pendidikan.
 - a. Afektif
 - b. Sosialisasi
 - c. Reproduksi
 - d. Ekonomi
 - e. Perawatan keluarga
- 2) Fungsi Sosialisasi anak. Tugas keluarga dalam menjalankan fungsi ini adalah bagaimana keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik.
- 3) Fungsi Perlindungan. Tugas keluarga dalam hal ini adalah melindungi anak dari tindakan-tindakan yang tidak baik sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman yang biasanya di perankan oleh anggota keluarga dalam masa perkembangan dewasa awal atau akhir.
- 4) Fungsi Perasaan. Tugas keluarga dalam hal ini adalah menjaga secara intuitif merasakan perasaan dan suasana anak dan anggota yang lain dalam berkomunikasi dan

berinteraksi antar sesama anggota keluarga mulai dari kepala keluarga hingga anggota terkecil dalam keluarga. Sehingga saling pengertian satu sama lain dalam menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga.

- 5) Fungsi Religius. Tugas keluarga dalam fungsi ini adalah memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan keyakinan bahwa ada keyakinan lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.
- 6) Fungsi Ekonomis. Tugas kepala keluarga dalam hal ini adalah mencari sumber-sumber kehidupan dalam memenuhi fungsi-fungsi keluarga yang lain, kepala keluarga bekerja untuk mencari penghasilan, mengatur penghasilan itu, sedemikian rupa sehingga dapat memenuhi kebutuhan keluarga.
- 7) Fungsi Rekreatif. Tugas keluarga dalam fungsi rekreasi ini tidak harus selalu pergi ke tempat rekreasi, tetapi yang penting bagaimana menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga sehingga dapat dilakukan di rumah dengan cara nonton TV bersama, bercerita tentang pengalaman masing-masing, dsb.
- 8) Fungsi Biologis. Tugas keluarga yang utama dalam hal ini

adalah untuk akmeneruskan keturunan sebagai generasi penerus

3. Konsep Beban Keluarga

Beban Keluarga adalah tingkat pengalaman distres keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarga yang dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga, sebagaimana respon keluarga terhadap perawatan anggota keluarga yang menderita skizofrenia dalam waktu yang tidak singkat dalam perawatannya (Fontane, 2009).

a. Jenis-jenis beban keluarga

Jenis beban keluarga ada tiga menurut Fontane (2009):

- 1) Beban subyektif merupakan beban yang berupa distres emosional yang dialami anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat anggota keluarga yang menderita. Yang termasuk kedalam beban subyektif adalah ansietas akan masa depan, sedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal, 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, makan, dan

transportasi.

3) Beban iatrogenik merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitas tidak berjalan sesuai fungsinya, termasuk dalam beban ini, bagaimana sistem rujukan dan program pendidikan kesehatan.

2) *caregiver* adalah seorang Individu yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (pasien) dalam kehidupannya merupakan *caregiver* (Awad dan Voruganti, 2008 : 87). *Caregiver* mempunyai tugas sebagai *emotional support*, merawat pasien (memandikan, memakaikan baju, menyiapkan makan, mempersiapkan obat), mengatur keuangan, membuat keputusan tentang perawatan dan berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan formal (Kung, 2003: 3).

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 mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, sehingga sangat bergantung kepada keluarga yang akan menjadi beban baik subyektif maupun obyektif (Kaplan & Sadock, 200 dalam Nuraenah, 2012).

2) Stigma

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.

3) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan terhadap gangguan jiwa atau skizofrenia. Kemudahan keluarga untuk membawa pasien 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 buruk 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.

c. Pengukuran beban keluarga Yang Digunakan.

Burden Assesment Schedule digunakan untuk menilai / mengukur beban keluarga dalam merawat pasien baik secara objektif ataupun subjektif yang di kembangkan di Negara India dengan jumlah pertanyaan sebanyak 20 soal. Adapun BAS secara khusus hanya mengukur beban keluarga yang menjadi Caregiver / pendamping pasien psikiatrik. (Tharaz Kumar, 1998)

Dari kedua pilihan pengukuran yang ada peneliti lebih memilih menggunakan kuesioner Burden Assesment Schedule (BAS) dengan beberapa pertimbangan yaitu :

- a. BAS lebih mudah dipahami oleh peneliti dan keluarga (responden).
- b. Kuesioner BAS lebih spesifik untuk tingkat pengukuran yang digunakan kepada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan Skizofrenia.
- c. Kuesioner BAS dengan nilai validitas 0,87 dan nilai reliabilitas 0,88 (Djatomoko, 2005).

4. Konsep Sikap Keluarga

- a. Pengertian

Sikap seseorang adalah suatu predisposisi (keadaan mudah dipengaruhi) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsang lingkungan yang dapat membimbing atau memulai tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan pikir yang dipersiapkan untuk memberi tanggapan terhadap objek yang diorganisir melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku (Notoatmodjo, 2011).

Definisi lain sikap menurut Sigit (2010) dalam Perilaku Organisasional sikap adalah tanggapan (respon) yang mengandung komponen-komponen kognitif, afektif, dan konatif yang dilakukan oleh seseorang terhadap sesuatu obyek atau stimulus dari lingkungan. Yang menjadi obyek atau stimulus itu dapat berupa orang, barang, ide, aturan, kejadian atau lainnya.

b. Komponen pokok sikap

Dalam bagian lain (Notoatmodjo, 2011) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Penentuan sikap yang utuh ini,

pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

c. Tingkatan sikap

Tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2011) diantaranya:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti bahwa orang menerima ide tersebut.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap.

4) Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

d. Karakteristik sikap

Dalam perilaku organisasi, karakteristik sikap menurut Notoatmodjo (2011), antara lain:

- 1) Sikap merupakan kecenderungan berpikir, berpersepsi, dan bertindak.
- 2) Sikap mempunyai daya pendorong.
- 3) Sikap relatif lebih menetap dibanding emosi dan pikiran.
- 4) Berstruktur artinya dalam sikap itu ada komponen-komponen yang secara intern terbentuk dengan sendirinya, yaitu komponen kognitif, afektif, dan konatif yang saling menjalin.

e. Ciri-ciri sikap

Ciri-ciri sikap menurut Nurjannah (2012), adalah :

- 1) Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari (*Learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
- 3) Sikap dapat tertuju pada satu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan atau banyak objek..
- 4) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar.

f. Cara menilai sikap

Cara menilai praktik dapat dilakukan melalui check list atau kuesioner. Check list berisi daftar variabel yang akan

dikumpulkan datanya. Peneliti dapat memberikan tanda ya atau tidak sesuai dengan tindakan yang dilakukan sesuai dengan prosedur. Selain menggunakan check list, penilaian sikap juga dapat dilakukan dengan kuesioner. Kuesioner berisi beberapa pertanyaan mengenai praktik yang terkait dan responden diberikan pilihan untuk menjawabnya (Arikunto, 2010).

Penilaian sikap menggunakan kuesioner pertanyaan dengan jumlah 15 soal, yang sebelumnya di uji validitas menggunakan CVI Index (Content Validity Index) yang diestimasi lewat pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui expert judgement (penilaian ahli). Validitas isi atau content validity memastikan bahwa pengukuran memasukkan sekumpulan item yang memadai dan mewakili yang mengungkap konsep. Semakin item skala mencerminkan kawasan atau keseluruhan konsep yang diukur, semakin besar validitas isi. Atau dengan kata lain, validitas isi merupakan fungsi seberapa baik dimensi dan elemen sebuah konsep yang telah digambarkan (Sekaran, 2006).

Validitas isi dilakukan untuk memastikan apakah isi kuesioner sudah sesuai dan relevan dengan tujuan study. Validitas isi menunjukkan isi mencerminkan rangkaian lengkap atribut yang diteliti dan biasanya dilakukan oleh tujuh atau lebih ahli (DeVon

et al 2007). Perkiraan validitas isi dari tes diperoleh dengan menyeluruh dan sistematis dalam memeriksa item tes untuk menentukan sejauh mana mereka mencerminkan dan tidak mencerminkan domain konten (Kowsalya, Venkat Lakshmi, dan Suresh, 2012).

B. PENELITIAN TERKAIT

1. Dari hasil penelitian terkait oleh Suryaningrum (2013), dengan judul “Hubungan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”, dengan jumlah responden 103 orang dan hasil yang didapat adalah Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara beban keluarga dengan kemampuan keluarga merawat pasien perilaku kekerasan. Dengan diperoleh hasil nilai (P Value $<0,05$). Pada hasil penelitian didapatkan bahwa keluarga dengan beban berat memiliki kemampuan tidak baik yaitu 13 orang. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor sosial ekonomi antara lain kesulitan finansial, keluarga tidak bekerja, dan pendidikan yang rendah. Beban tersebut termasuk dalam kategori beban obyektif. Beban keluarga sangat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan. Jika keluarga terbebani

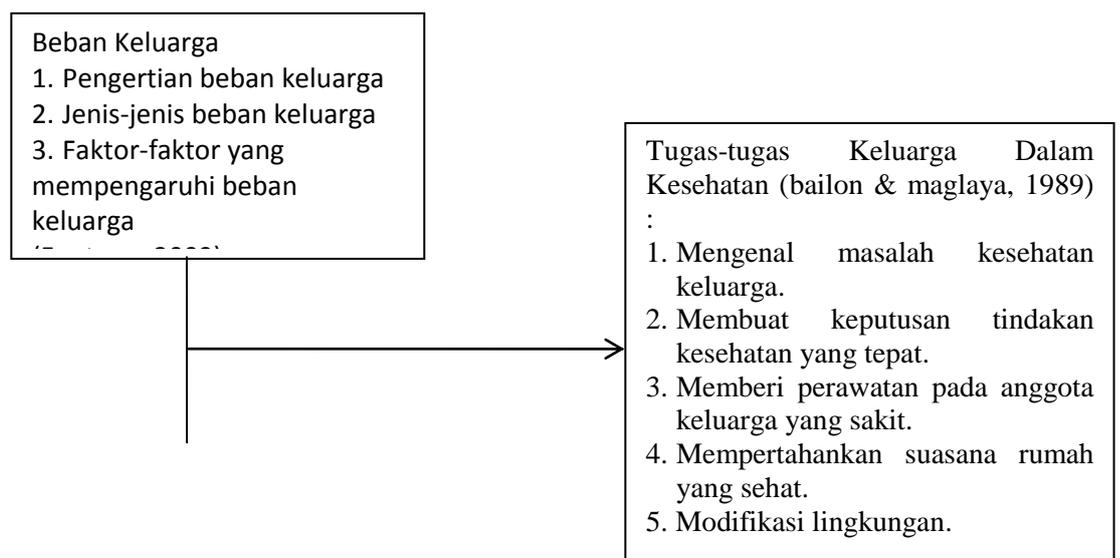
maka keluarga tidak mampu merawat pasien perilaku kekerasan secara baik.

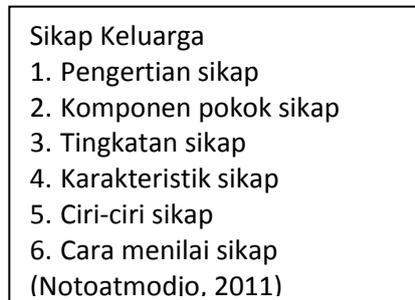
2. Dari hasil penelitian terkait oleh Nuraenah (2012), dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku Kekerasan Di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012”, dengan jumlah responden 50 orang dan hasil yang didapat adalah Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga ($p < 0,05$). Dapat disimpulkan dari hasil uji statistik dukungan kinformasi, emosional, instrumental, penilaian dan dukungan keluarga terhadap beban keluarga menunjukkan hubungan arah ke negatif pada tingkat hubungan keeratan sedang dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan, dengan nilai dukungan informasi ($r = -0,342$), semakin meningkat dukungan informasi semakin menurun beban keluarga. Dukungan emosional dengan nilai ($r = -0,343$) semakin meningkat dukungan emosional semakin menurun beban keluarga. Dukungan instrumental dengan nilai ($r = -0,367$) semakin meningkat dukungan instrumental semakin menurun beban keluarga, sedangkan dukungan penilaian dengan nilai ($r = -0,322$) semakin meningkat dukungan penilaian semakin menurun beban keluarga. Dapat disimpulkan setiap naik satu tingkat dukungan akan diikuti satu tingkat penurunan tingkat beban keluarga.

3. Dari hasil penelitian terkait oleh Lestari (2014), dengan judul “Kecendrungan Atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus Di RSJ Amino Gondho Hutomo Semarang)”, dengan jumlah responden 80 orang dan hasil yang didapat adalah sebanyak 40 responden atau 50 % sikap keluarga terhadap tindakan pasung sebagian besar kurang mendukung.

C. KERANGKA TEORI PENELITIAN

Menurut Sugiyono (2010) teori adalah alur logika atau penalaran yang merupakan seperangkat konsep, definisi dan proporsi yang disusun secara sistematis..

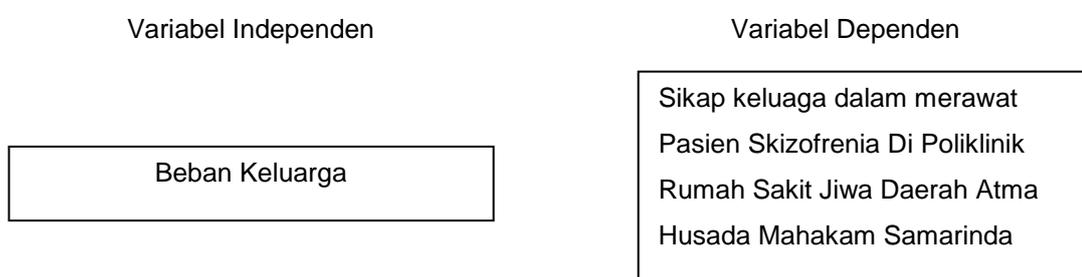




Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

D. KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Menurut Notoatmodjo dalam Wasis (2008), kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. Konsep merupakan abstraksi yang terbentuk oleh generalisasi dari hal-hal yang khusus. Oleh karena konsep merupakan abstraksi, maka konsep tidak dapat langsung diamati atau diukur. Konsep hanya dapat diukur atau diamati melalui konstruk atau yang lebih dikenal dengan nama variabel. Jadi, variabel adalah simbol atau lambang yang menunjukkan nilai atau bilangan dari konsep (Sugiyono, 2010).





Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

E. HIPOTESIS

Hipotesis berasal dari kata *hypo* dan *thesis*. *Hypo* berarti dibawah atau lemah, sedangkan *thesis* berarti pernyataan atau dugaan. Jadi, hipotesis adalah pernyataan atau dugaan yang masih lemah (Wasis, 2008).

Hipotesis merupakan jawaban sementara atau kesimpulan sementara dari apa yang menjadi permasalahan, kebenarannya akan dibuktikan dengan fakta empiris dari hasil penelitian yang dilakukan (Imron, 2010).

Hipotesis dibedakan menjadi :

1. Hipotesa Aktif atau disebut juga Hipotesa kerja (H_a)

Hipotesa dengan hubungan sebab akibat (kausalitas). Hipotesa ini menggambarkan secara jelas adanya hubungan tentang suatu peristiwa yang terjadi apabila adanya suatu gejala yang timbul.

2. Hipotesa pasif atau juga Hipotesa nihil (H_0)

Adanya suatu kesamaan atau tidak adanya perbedaan yang bermakna, antara dua kondisi yang dipermasalahkan.

Ha : Terdapat hubungan beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien Skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

H0 : Tidak terdapat hubungan beban keluarga dengan sikap keluarga dalam merawat pasien Skizofrenia di poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	41
B. Populasi dan Sampel.....	42
C. Waktu dan Tempat Penelitian	46
D. Definisi Operasional.....	47
E. Instrumen Penelitian.....	48
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	49
G. Teknik Pengumpulan Data.....	50
H. Teknik Analisis Data	52
I. Jalannya Penelitian.....	55
J. Etika Penelitian.....	56
K. Jadwal Penelitian.....	59

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	60
B. Pembahasan.....	63
C. Keterbatasan Penelitian.....	69

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS

MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

BAB V

PENUTUP

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

A. Kesimpulan

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

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 $0,00 < 0,01$

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda

Bagi pihak agar bisa memberikan program pendidikan kesehatan dan Integrasi (*Home Visite*) bagi keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami Skizofrenia pada saat berkunjung ke Poli Jiwa Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda yang mana saat ini sudah di lakukan secara rutin.

2. Bagi Perawat Rumah Sakit

Bagi perawat di divisi rawat inap atau rawat jalan secara konsisten memberikan asuhan keperawatan keluarga pasien baik saat akan pulang dari perawatan rawat inap rumah sakit dan jadwal kontrol selanjutnya saat berkunjung berobat di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda

3. Bagi Keluarga pasien

Dapat mengatasi beban keluarga yang berimbas pada sikap keluarga dalam merawat pasien skizofreniat di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Menjadi bahan referensi oleh peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang perawatan dan pengobatan yang di dasarkan oleh hasil-hasil yang didapat dalam penelitian ini seperti tingkat pendidikan dan Usia juga keterkaitan erat antara beban dan sikap anggota keluarga yang

merawat anggota keluarga dengan Skizofrenia dan menjadi tolak ukur dalam melakukan suatu kegiatan perawatan berdasarkan referensi yang di hasilkan oleh penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Yogyakarta: Rineka Cipta.

Depkes RI (2010). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2007*. Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI.

_____ (2015). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Nasional 2013*. Jakarta:Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI.

Direja, Ade Herman Surya. 2011. *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika, Yogyakarta.

Durand VM, Barlow DH. (2007). *Essentials of Abnormal Psychology*.Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Friedman, Marilyn M., Bowden, V.R., & Jones, E.G.(2010). *Buku Ajar KeperawatanKeluargaRiset, Teori Dan Praktik*.Alih Bahasa, AchirYani S. Hamid, dkk; Editor Edisi Bahasa Indonesia, EstuTiar. – Ed.5th Jakarta: EGC.

Fontaine, K. L. (2009). *Mental Health Nursing*. New Jersey: Pearson Education. Inc

Gunawan, Ary H., (2010). *Sosiologi Pendidikan, Suatu Analisis Sosiologi Tentang Pelbagai Problem Pendidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Hawari, D. (2010). *Peran Keluarga dalam Gangguan Jiwa*. Edisi 21. *Jurnal Psikologi Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat*. Bandung.

Hidayat, A. Aziz A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Joys. (2011). *Deskripsi Perubahan Kemampuan Mengontrol Halusinasi Pada Klien Dengan Terapi Individu di Ruang MPKP RSJ Magelang*. (diakses 12 Juli 2017), <http://www.skripsistikes.com>

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

Keliat, B.A. dkk.(2011). *Keperawatan kesehatan jiwa komunitas CMHN (basic course)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Keliat, Budi Anna. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. EGC, Jakarta.

Laily, N. K. (2009). *Efektifitas terapi anti psikotik pada pasien skizofrenia rawat inap di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Klaten*. Yogyakarta: Fakultas Ilmu Matematika Dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.

Monks,F.J., Knoers,A.M.P & Hadinoto S.R. (2001). *Psikologi Perkembangan: Pengantar dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Notoatmodjo, S. (2011). *Ilmu kesehatan masyarakat (Prinsip – prinsip Dasar)*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Nuraenah. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga Keluarga Dan Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Dengan Riwayat Perilaku kekerasan Di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, ISSN 41-50, vol.2 No.1. <http://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2014/09/6.pdf>. Di akses pada tanggal 9 juli 2017.

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

Prabowo. (2010). *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*. Jakarta: Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

RS. Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda, 2017. Laporan Rekam Medis, RS. Jiwa Atma Husada Mahakam Samarinda, Tidak dipublikasikan.

Salvari Gusti ADP, Salvari, 2013. *Asuhan Keperawatan Keluarga*, TIM, Jakarta.

Suryaningrum, Sri. (2013). *Hubungan Antara Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. <http://download.portalgaruda.org/137409/5090.pdf>.Di akses pada tanggal 9 Juli 2017.

Sugiyono. (2011). *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & B*. Bandung : CV. Alfabeta

WHO. (2008). *Nations For Mental Health, Schizophrenia and Public Health*, World Health Organization.

Sri, Wulansih. (2008). *Hubungan Antara Tingkatan Pengetahuan dan Sikap Keluarga Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta*. Berita Ilmu Keperawatan, ISSN 1979-2697, vol.1 No.4. <http://eprints.ums.ac.id/1130/1/4f.pdf>. Di akses pada tanggal 10 juli 2017.

Yosep. I. (2009). *Keperawatan Jiwa*. Rafika Aditama. Bandung

Yulia. (2011). *Pengertian Individu dan Keluarga*. <http://wartawarga.gunadarma.ac.id>. Diakses tanggal 2 desember 2013.