

SKRIPSI

**HUBUNGAN FAKTOR PENGETAHUAN TERHADAP TUGAS
KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA
DENGAN *SKIZOFRENIA* DI RUANG SEJAHTERA
RSUD Dr SOETOMO SURABAYA**

PENELITIAN ANALISIS DESKRIPTIF

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:
YULISTYORINI
NIM. 131311123018

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2015**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 27 Januari 2015

Yang Menyatakan,



YULISTYORINI
131311123018

SKRIPSI

**“HUBUNGAN FAKTOR PENGETAHUAN TERHADAP TUGAS
KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA
DENGAN SKIZOFRENIA DI RUANG SEJAHTERA
RSUD Dr SOETOMO SURABAYA”**

Oleh
YULISTYORINI
131311123018

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 29 Januari 2015

Oleh

Pembimbing I



Hanik Endang N, S.Kep, Ns, M.Kep
NIK. 139040678

Pembimbing II



RR Dian T, S.Kep, Ns, M.Kep
NIK. 139141915

Mengetahui
a.n Dekan
wakil Dekan I



Mira Trihanini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“HUBUNGAN FAKTOR PENGETAHUAN TERHADAP TUGAS
KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA
DENGAN SKIZOFRENIA DI RUANG SEJAHTERA
RSUD Dr SOETOMO SURABAYA”**

OLEH MAHASISWA :

Nama: Yulistyorini
NIM.131311123018

Telah diuji
Pada tanggal 04 Februari 2015

PANITIA PENGUJI

Ketua : Khoridatul Bahiyah, Ns., M.Kep., Sp.Kep.J.
NIP. 197402122006042001

()

Anggota :

1. Hanik Endang N, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 139040678

()

2. RR Dian T,S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK.139141915

()

Mengetahui:

a n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197904242006042002

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kehadirat ALLAH SWT yang telah memberikan berkatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “ Hubungan faktor pengetahuan terhadap peran keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan *skizofrenia* di ruang sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya”. Skripsi ini ditulis sebagai syarat untuk melakukan penelitian.

Dengan telah terselesainya skripsi ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. Dodo Anondo, MPH direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya, yang telah memberikan izin tempat pelaksanaan penelitian.
2. Khairina, dr., Sp.K.J selaku ketua SMF Kesehatan Jiwa yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan penelitian ini.
3. Muzidhah, S.Kep, Ns selaku kepala keperawatan yang telah memberikan izin dalam pelaksanaan penelitian ini.
4. Purwaningsih, S.Kp, M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan skripsi ini.
5. Hanik Endang N, S.Kep, Ns, M.Kep selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. RR Dian T S, S.Kep, Ns, M.Kep selaku pembimbing II yang telah mengarahkan bimbingan dengan sabar selaku penguji skripsi ini yang telah memberi banyak saran untuk perbaikan skripsi ini

7. Khoiridatul Bahiyah, S.Kep., Ns., M.Kep. SP.KJ selaku penguji yang telah memberi masukan dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Risky Fitryasari PK S.Kep,N.S,M.Kep. selaku penguji yang telah member masukan dalam menyelesaikan proposal
9. Perawat ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang telah membantu dalam penelitian ini.
10. Keluarga tercinta yang senantiasa mendo'akan dan memberikan motivasi, kasih sayang dalam proses penyelesaian skripsi ini.
11. Kepala ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo yang telah membantu dalam proses penelitian ini.
12. Para responden yang telah bersedia berpartisipasi dalam proses pelaksanaan penelitian ini.
13. Teman-temanku, sahabatku B 16 sore dan semua pihak yang telah membantu selama penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih banyak kekurangan, untuk itu kritik dan saran penulis harapkan untuk kesempurnaan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua masyarakat umumnya, bagi perkembangan keperawatan dan bagi penulis khususnya.

Surabaya, 27 Januari 2015

Yulistyorini

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN KNOWLEDGE FACTOR AND FAMILY TASK IN TREATING FAMILY MEMBER WITH SCHIZOPHRENIA

An Analytic Descriptive Study at Ruang Sejahtera,
Dr. Soetomo Hospital, Surabaya

Yulistyorini

Schizophrenic patients often require continuous care for a lifetime. The family plays a role in early detection, healing process and recurrence prevention. A patient with mental disorder is a part of family members. Family is the primary support system that provides direct care to every healthy and ill individuals. This study aimed to analyze the correlation between knowledge of the family care in taking care family members with schizophrenia.

This was an analytic descriptive study using cross-sectional approach. The population was a whole family of schizophrenic patients at Sejahtera ward, Dr. Soetomo Hospital, with total sample of 20 respondents. In this study, the independent variable was family knowledge and the dependent variable was family task in treating the family member with schizophrenia. Data were collected using questionnaire. Data were analyzed with Spearman Rho statistical test with a significance level of $p < 0.05$.

Spearman Rho test revealed $p = 0.000$. This suggests that there was correlation between family knowledge and family task in treating family member with schizophrenia.

Family task in treating family member with schizophrenia is highly correlated with the level of knowledge, since knowledge must be in line with the support system of patients with schizophrenia. Future studies should observe other factors that affect family task in treating family members with schizophrenia.

Keywords: knowledge, family task, schizophrenia

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Dalam.....	i
Lembar Persetujuan Skripsi	ii
Halaman Penetapan Panitia Penguji Skripsi	iii
Ucapan Terimakasih.....	iv
<i>Abstract</i>	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran.....	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan umum	6
1.4.2 Tujuan khusus.....	6
1.5 Manfaat.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Skizofrenia	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Epidemiologi.....	9
2.1.3 Etiologi.....	10
2.1.4 Perjalanan Penyakit.....	10
2.1.5 Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa	11
2.2 Konsep Dasar Keluarga.....	28
2.2.1 Pengertian Keluarga.....	28
2.2.2 Peran Keluarga.....	28
2.2.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan	30
2.2.4 Teori Keluarga (Friedman, 1998).....	32
2.3 Konsep Kekambuhan.....	38
2.3.1 Pengertian Kekambuhan	38
2.3.2 Faktor-faktor Penyebab Kekambuhan	38
2.3.3 Faktor Resiko Untuk Kambuh	39
2.3.4 Strategi yang dapat membantu Keluarga untuk Mencegah Kekambuhan	41
2.4 Konsep Kepatuhan.....	42
2.4.1 Pengertian Kepatuhan.....	42
2.4.2 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan.....	43
2.4.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Ketidapatuhan...	45
2.4.4 Strategi Meningkatkan Kepatuhan atau Ketaatan.....	46
2.5 Konsep Perilaku Kesehatan	47

2.6 Domain Perilaku	50
2.7 Hubungan antar Konsep.....	54
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual.....	56
3.2 Hipotesis Penelitian	57
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	58
4.2 Populasi,Sampel Dan Sampling.....	58
4.2.1 Populasi.....	58
4.2.2 Sampel	59
4.2.3 <i>Sampling</i>	60
4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	60
4.3.1 Variabel independen	60
4.3.2 Variabel dependen	60
4.4 Definisi Operasional	61
4.5 Instrumen penelitian	63
4.6 Lokasi dan waktu	64
4.7 Prosedur pengambilan data.....	64
4.8 Analisa Data	66
4.9 Kerangka kerja.....	67
4.10 Masalah Etika	68
4.10.1 <i>Informed concent</i>	68
4.10.2 <i>Anonimity</i>	68
4.10.3 <i>Confidentiality</i>	68
4.10.4 Keamanan (<i>Safety</i>).....	68
4.10.5 Pembiayaan (<i>Financing</i>).....	69
4.11 Keterbatasan Penelitian	69
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian.....	70
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian	70
5.1.2 Karakteristik responden	71
5.1.3 Pengetahuan keluarga	76
5.1.4 Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	77
5.1.5 Hubungan pengetahuan dan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	78
5.2 Pembahasan	83
5.2.1 Mengidentifikasi faktor pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	83
5.2.2 Mengidentifikasi tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	84
5.2.3 Menganalisis hubunganfaktor pengetahuan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i>	88

BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan.....	95
6.2 Saran	95

DAFTAR PUSTAKA	97
Lampiran	99

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Definisi Operasional	61
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan hubungan keluarga di RuangSejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	71
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan umur di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	72
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan frekuensi mendapat perawatan gangguan jiwa di Ruang Sejahtera RSU Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	72
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan asal suku di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	73
Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	73
Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan agama di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	74
Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan pekerjaannya di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	74
Tabel 5.8 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan penghasilan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	75
Tabel 5.9 Pengetahuan anggota keluarga pasien skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	75
Tabel 5.10 Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	76
Tabel 5.11 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015.....	76

Tabel 5.12	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	76
Tabel 5.13	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	77
Tabel 5.14	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	78
Tabel 5.15	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan Kesehatan jiwa di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	79
Tabel 5.16	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yng sakit di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	80
Tabel 5.17	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	81
Tabel 5.18	Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015	82

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 : Identifikasi Masalah	5
Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual	56
Gambar 4.1 : Kerangka Kerja	67

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Permohonan menjadi responden	99
Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi responden penelitian	100
Lampiran 3 Lembar Kuesioner Pengambilan Data umum	101
Lampiran 4 Kuesioner Pengetahuan keluarga	104
Lampiran 5 Tabulasi Data Demografi Responden	112
Lampiran 6 Tabulasi Data Pengetahuan Keluarga	113
Lampiran 7 Tabulasi Data Kemampuan Keluarga dalam Mengenali Masalah Klien	114
Lampiran 8 Tabulasi Data Kemampuan Keluarga dalam Mengambil Keputusan.....	115
Lampiran 9 Tabulasi Data Kemampuan Keluarga dalam Melakukan Tindakan Yang Tepat Pada Anggota keluarga yang Sakit	116
Lampiran 10 Tabulasi Data Menciptakan Lingkungan Yang Sehat/Kondusif Bagi Klien	117
Lampiran 11 Tabulasi Data Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	118
Lampiran 12 Tabulasi Data Variabel Yang Diukur.....	119
Lampiran 13 Tabulasi Data Demografi Dan Variabel Yang Diukur.....	120
Lampiran 14 Tabulasi Data Demografi Dan Variabel Yang Diukur.....	121
Lampiran 15 Hasil Uji <i>Spearman Rho</i> dengan SPSS	122

DAFTAR SINGKATAN

- APA : *American Psychology Assosiation*
CAMH : *Centre for Addiction and Mental Health*
DSM-IV-TR : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- IV- Text Revised*
RSUD : *Rumah Sakit Umum Daerah*
UK : *United Kingdom*

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwaajaran dalam bertingkah laku. Gangguan jiwa ditemukan apabila adanya gangguan pada fungsi mental, yang meliputi: emosi, pikiran, perilaku, perasaan, motivasi, kemauan, keinginan, daya tilik balik, dan persepsi sehingga mengganggu dalam proses hidup di masyarakat. Beberapa jenis gangguan jiwa yang meliputi skizofrenia, depresi, dan cemas (Nasir, 2011). Salah satu gangguan jiwa yang paling banyak terjadi adalah skizofrenia (Bhugra, 2010). Skizofrenia memiliki angka kekambuhan yang semakin meningkat setiap tahunnya. Faktor yang paling penting berhubungan dengan kekambuhan pada pasien skizofrenia adalah ketidakpatuhan terhadap pengobatan (Bhugra 2010). Menurut Ayuso-Guiterrez (1997) banyak sekali pasien skizofrenia yang mengalami eksaserbasi klinis dan membutuhkan perawatan akibat tidak menuruti penatalaksanaan yang diberikan. Perjalanan penyakit skizofrenia dipengaruhi berbagai faktor diantaranya adalah pengobatan dan faktor psikososial berupa dukungan keluarga serta lingkungan sosial sehari-hari. Keluarga merupakan bagian yang penting dalam proses pengobatan pasien dengan skizofrenia (Lauriello, 2005). Keluarga berperan dalam deteksi dini, proses penyembuhan dan mencegah kekambuhan (Geddes J, 2008; Lauriello, 2005). Pasien skizofrenia seringkali memerlukan perawatan yang berkesinambungan dan kontinu seumur hidup. Ketidakteraturan dalam segi

perawatan maupun medikasi akan memperparah gejala skizofrenia yang pada akhirnya akan menurunkan respon terhadap medikasi yang diberikan (Weiden 2004). Pasien gangguan jiwa merupakan bagian dari anggota keluarga. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberikan perawatan langsung pada setiap keadaan sehat dan sakit. Pada umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawat keluarganya yang sakit. Oleh karena itu asuhan keperawatan jiwa yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi juga bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan peran serta keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan tersebut (Keliat 1996).

Berdasarkan *The National Survey of Psychiatric Morbidity* di UK, prevalensi berdasarkan usia saja ditemukan kasus skizofrenia sebesar 5 per 1000 dalam rentang usia 16 hingga 74 tahun (Singleton *et al.*, 2002). Menurut Nadeem (2004) angka kejadian skizofrenia cukup tinggi di Indonesia karena sekitar tiga perempat penderita skizofrenia mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama dan 70% pada tahun kedua. Pada tahun 2006 sebesar 0,3% sampai 1% per 1.000 dari jumlah penduduk adalah penderita skizofrenia. Sebesar 20%-40% pasien skizofrenia yang diobati 35% menunjukkan kekambuhan setiap tahunnya (Arif, 2006). Nilai prevalensi kekambuhan dikalangan dewasa berkisar antara 1 dan 17 per 1000 populasi, prevalensi dalam satu tahun berada antara 1 dan 7,5 per 1000, dan prevalensi berdasarkan usia berkisar antara 1 dan 18 per 1000 (Warner - Girolamo, 1995).

Berdasarkan pengambilan data awal di ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo yang dilakukan peneliti pada tanggal 25 Oktober 2014, dari 10 pasien

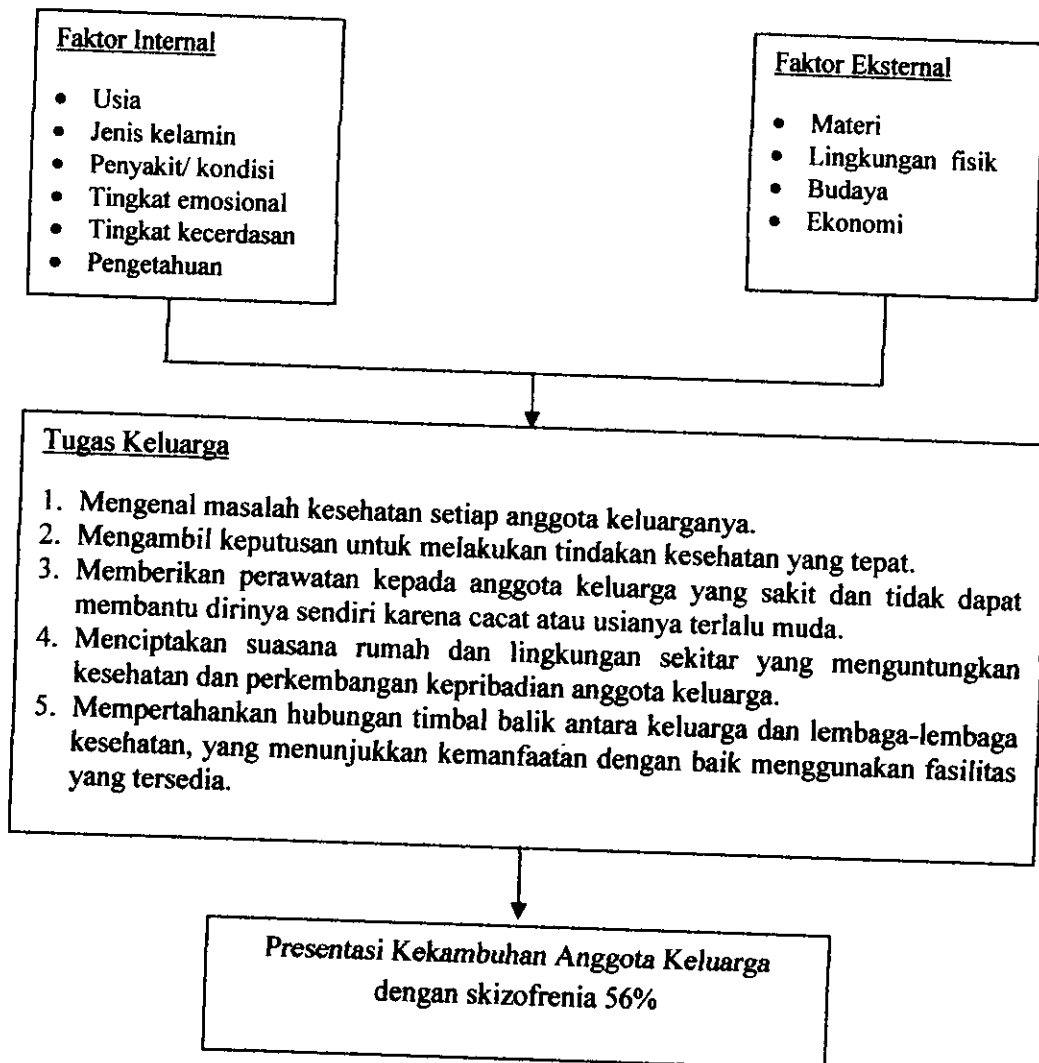
gangguan jiwa yang dirawat, didapatkan 44% merupakan pasien yang baru pertama kali mengalami gangguan jiwa dan 56% merupakan pasien gangguan jiwa yang mengalami kekambuhan berulang 3-5 kali. Data yang diperoleh menunjukkan 78% merupakan pasien gangguan jiwa kronis dan 22% merupakan pasien gangguan jiwa akut. Hasil wawancara dari 10 keluarga, didapatkan 60% keluarga masih sudah mengetahui masalah kesehatan jiwa yang dialami pasien, tetapi keluarga masih belum dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk perawatan pasien gangguan jiwa yang ditandai dengan keluarga jarang memotivasi pasien untuk ikut kegiatan ruangan, serta komunikasi antara pasien dan keluarga masih kurang.

Puspitasari (2009) menyebutkan bahwa kejadian perawatan berulang di rumah sakit tidak lepas hubungannya dengan peran serta keluarga dalam perawatan pasien untuk mengurangi angka kekambuhan. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Dinosestro (2008) dalam Puspitasari (2009) menyatakan bahwa keluarga memiliki fungsi strategis dalam menurunkan angka kekambuhan, meningkatkan kemandirian dan taraf hidup serta pasien dapat beradaptasi kembali pada masyarakat dan kehidupan sosialnya. Data base *American Psychology Assosiation* (APA, 2006) mencatat bahwa lingkungan keluarga memegang peranan penting dalam perkembangan, pertahanan dan mekanisme coping individu. Menurut Nurdiana (2007) salah satu faktor yang menyebabkan kekambuhan klien skizofrenia adalah tugas keluarga dalam perawatan klien masih kurang optimal. Tugas keluarga dalam perawatan klien skizofrenia meliputi kemampuan keluarga mengenali masalah, membuat keputusan dalam menyelesaikan masalah klien, melakukan tindakan yang tepat

dalam perawatan klien, menciptakan lingkungan yang kondusif bagi penderita dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa (Suprajitno, 2004). Jika tugas keluarga tidak dilakukan secara optimal maka kepercayaan diri klien akan berkurang dan kerja sama antara keluarga dan klien dalam proses penyembuhan kurang maksimal. Menurut Rivai (1996), kepercayaan diri yang kurang serta interaksi antara klien dan keluarga yang kurang maksimal merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan risiko kekambuhan pada klien skizofrenia. Namun demikian hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia belum bisa dijelaskan.

Pihak manajemen ruang Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas keperawatan pada pasien skizofrenia agar mengurangi angka kekambuhan dengan melakukan penyuluhan kesehatan pada keluarga pasien tetapi masih belum dapat menurunkan angka kekambuhan. Fenomena angka kekambuhan yang masih tinggi ini memunculkan gagasan penulis melakukan penelitian "Analisis hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia".

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Analisis hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian tersebut dapat dirumuskan masalahnya adalah

“Apakah ada hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya?”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia
2. Mengidentifikasi tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia
3. Menganalisis hubungan pengetahuan dan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan di bidang ilmu keperawatan jiwa mengenai hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Sebagai bahan informasi tentang hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

2. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk menambah pengetahuan tentang hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Memberikan masukan kepada profesi keperawatan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya dalam mengidentifikasi hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

4. Bagi Peneliti

Mengetahui hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock, 2010).

Skizofrenia adalah suatu sindroma klinis yang bervariasi, dan sangat mengganggu. Manifestasi yang terlibat bervariasi pada setiap individu dan berlangsung sepanjang waktu. Pengaruh dari penyakit skizofrenia ini selalu berat dan biasanya dalam jangka panjang (Durand, 2007).

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder- IV- Text Revised* (DSM-IV-TR) definisi skizofrenia menekankan pada kronisitasnya dengan memasukkan kriteria, gejala psikosis berlangsung selama jangka waktu minimum satu bulan dan kemunduran fungsi berlangsung minimum selama enam bulan. (Sadock, 2010)

Skizofrenia berdasarkan kriteria diagnosis dari DSM-IV-TR, merupakan suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan adanya: (Sadock, 2010).

- a. Dua atau lebih gejala, karakteristik masing-masing ada secara bermakna dalam periode satu bulan, berupa waham, halusinasi, bicara terdisorganisasi atau gejala negatif.

- b. Adanya disfungsi sosial atau pekerjaan.
- c. Durasi sekurangnya enam bulan.
- d. Bukan disebabkan oleh gangguan mood atau skizoafektif.
- e. Bukan disebabkan oleh gangguan zat atau kondisi medis umum.
- f. Tidak ada pengaruh dengan gangguan pervasif

Gejala skizofrenia secara garis besar dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, gaduh gelisah dan perilaku aneh atau bermusuhan. Gejala negatif adalah alam perasaan (afek) tumpul atau mendatar, menarik diri atau isolasi diri dari pergaulan, 'miskin' kontak emosional, (pendiam, sulit diajak bicara), pasif, apatis atau acuh tak acuh, sulit berfikir abstrak, dan kehilangan dorongan kehendak atau inisiatif (Buchanan, 2005).

2.1.2 Epidemiologi

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 mudayaitu 15-25 tahun, sedangkan pada perempuan lebih lambat yaitu sekitar 25-35 tahun. Insiden skizofrenia lebih tinggi lakui-laki dari pada perempuan dan lebih besar di daerah urban dibandingkan daerah rural (Sadock, 2010).

Pasien skizofrenia berisiko meningkatkan risiko penyalahgunaan zat, terutama ketergantungan nikotin. Hampir 90% pasien mengalami ketergantungan nikotin. Pasien skizofrenia juga berisiko untuk bunuh diri dan perilaku

menyerang. Bunuh diri merupakan penyebab kematian pasien skizofrenia yang terbanyak, hampir 10% dari pasien skizofrenia yang melakukan bunuh diri (Kazadi, 2008).

2.1.3 Etiologi

Penyebab pasti skizofrenia sampai saat ini belum diketahui. Ada beberapa faktor yang berperan dalam terjadinya skizofrenia. Bukti kuat dari penelitian pada kembar identik menyimpulkan bahwa faktor genetik memberikan kontribusi yang besar pada etiologi skizofrenia. Walaupun demikian sampai saat ini belum diketahui secara pasti gen yang terlibat pada skizofrenia dan juga belum diketahui bentuk kontribusinya (Tattan *et.al*, 2001).

Faktor lingkungan dinyatakan berhubungan dengan timbulnya gangguan skizofrenia serta dapat menjadi pencetus pada suatu predisposisi genetik (Sena, 2003).

2.1.4 Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit skizofrenia sangat bervariasi pada tiap-tiap individu. Perjalanan klinis skizofrenia berlangsung secara perlahan-lahan, meliputi beberapa fase yang dimulai dari keadaan premorbid, prodromal, fase aktif dan keadaan residual (Sadock, 2003; Buchanan, 2005).

Pola gejala premorbid merupakan tanda pertama penyakit skizofrenia, walaupun gejala yang ada dikenali hanya secara retrospektif. Karakteristik gejala skizofrenia yang dimulai pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa akan diikuti dengan perkembangan gejala prodromal yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa bulan. Tanda dan gejala prodromal skizofrenia dapat berupa cemas, gundah (gelisah), merasa diteror atau depresi. Penelitian retrospektif

terhadap pasien dengan skizofrenia menyatakan bahwa sebagian pasien mengeluh gejala somatik seperti nyeri kepala, nyeri punggung dan otot, kelemahan dan masalah pencernaan (Sadock, 2010).

Fase aktif skizofrenia ditandai dengan gangguan jiwa yang nyata secara klinis, yaitu adanya kekacauan dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Penilaian pasien skizofrenia terhadap realita terganggu dan pemahaman diri (tilikan) buruk sampai tidak ada. Fase residual ditandai dengan menghilangnya beberapa gejala klinis skizofrenia. Yang tinggal hanya satu atau dua gejala sisa yang tidak terlalu nyata secara klinis, yaitu dapat berupa penarikan diri (*withdrawal*) dan perilaku aneh (Buchanan, 2005).

2.1.5. Tanda dan gejala gangguan jiwa

Menurut Yosep (2010) tanda dan gejala gangguan jiwa meliputi :

1. Gangguan kognisi

Kognisi adalah suatu proses mental yang dengannya seseorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungannya baik lingkungan dalam maupun lingkungan luarnya (fungsi mengenal).

Bagian-bagian dari proses kognisi bukan merupakan kekuatan yang terpisah-pisah, tetapi sebenarnya merupakan cara dari seorang individu untuk berfungsi dalam hubungannya dengan lingkungannya.

Proses kognisi meliputi, sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran, kesadaran. Beberapa gangguan yang dapat ditemukan antara lain:

a. Gangguan sensasi dan persepsi.

Sensasi atau penginderaan adalah pengetahuan atau kesadaran akan suatu rangsang. Terdapat 6 macam sensasi yaitu: rasa kecap, rasa raba, rasa cium, penglihatan, pendengaran, dan kesehatan. Untuk setiap sensasi harus ada rangsang yang dapat diartikan sebagai setiap perubahan energi luar yang dapat menimbulkan suatu jawaban.

b. Persepsi atau pencerapan

adalah kesadaran akan suatu rangsang yang dimengerti. Jadi persepsi adalah sensasi ditambah dengan pengertian, yang didapat dari proses interaksi dan asosiasi macam-macam rangsang yang masuk atau dengan perkataan lain dapat disebutkan sebagai pengalaman tentang benda-benda kejadian-kejadian yang ada pada saat itu.

Macam-macam gangguan sensasi dan persepsi.

- 1) Gangguan sensasi
 - a) *Hiperestesia* adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan abnormal dari kepekaan dalam proses penginderaan, baik terasa panas, dingin, nyeri ataupun raba.
 - b) *Anestesia* adalah suatu keadaan dimana tidak didapatkan sama sekali perasaan pada penginderaan. Sifatnya dapat menyeluruh, setempat atau sebagian saja. Dibedakan pada anestesi fungsional daerah anestesia yang terkena tidak sesuai dengan persyaratan yang biasanya menimbulkan anestesi.
 - c) *Parestesia* adalah keadaan dimana terjadi perubahan pada perasaan yang normal (biasanya rasa raba, misalnya kesemutan).

Parestesia dapat berupa: *Acroparestesia* adalah keadaan dimana terjadi perasaan “menebal” pada ujung-ujung ekstremitas (baal). *Aestereognosis* adalah keadaan dimana terjadi kegagalan mengenal bentuk suatu benda dengan rasa raba.

- d) *Sinestesia* adalah suatu keadaan dimana rangsang yang sesuai dengan alat indera tertentu, ditanggapi oleh indera yang lain.
- e) *Hiperosmia* adalah suatu keadaan dimana terjadi peningkatan kepekaan berlebihan indera penciuman (fungsi membau).
- f) *Anosmia* adalah suatu keadaan dimana terjadi kegagalan/kehilangan daya penciuman baik sebagian maupun seluruh.
- g) *Hiperkinestesia* adalah keadaan dimana terjadi peningkatan kepekaan yang berlebihan terhadap perasaan gerak tubuh.
- h) *Hipokinestesia* adalah keadaan dimana terjadi penurunan kepekaan terhadap gerak perasaan tubuh.

2) Gangguan persepsi

- a) *Ilusi* adalah suatu persepsi yang salah/palsu, dimana ada atau pernah ada rangsang dari luar. Ilusi sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari, seorang dapat mengekspresikan emosi atau motivasi yang sangat kuat dengan melakukan interpretasi yang salah terhadap gambaran penginderaan. Keadaan tersebut biasanya secara sadar direpresi dan nantinya secara dinamis akan diinterpretasikan sebagai ilusi.
- b) *Halusinasi* adalah suatu persepsi yang salah tanpa dijumpai adanya rangsang dari luar. Walaupun tampak sesuatu yang “khayal”, halusinasi sebenarnya merupakan bagian dari kehidupan mental penderita yang “terepresi”.

Halusinasi dapat terjadi karena dasar-dasar organik fungsional, psikotik maupun histerik.

Jenis-jenis halusinasi

(1) Halusinasi pendengaran (auditif, akustik):

Paling sering dijumpai dapat berupa bunyi mendenging atau suara bising yang tidak mempunyai arti, tetapi lebih sering terdengar sebagai sebuah kata atau kalimat yang bermakna. Biasanya suara tersebut ditujukan pada penderita sering tidak jarang penderita bertengkar dan berdebat dengan suara-suara tersebut.

Suara tersebut dapat dirasakan berasal dari jauh atau dekat, bahkan mungkin datang dari tiap bagian tubuhnya sendiri. Suara bisa menyenangkan, menyuruh berbuat baik, tetapi dapat pula berubah menjadi ancaman, mengejek, memaki, atau bahkan yang menakutkan dan kadang-kadang mendesak/memerintah untuk berbuat sesuatu seperti membunuh dan merusak.

(2) Halusinasi penglihatan (visual, optik)

Lebih sering terjadi pada keadaan delirium (penyakit organik). Biasanya sering muncul bersamaan dengan penurunan kesadaran, menimbulkan rasa takut akibat gambaran-gambaran yang mengerikan

(3) Halusinasi penciuman (*olfaktorik*)

Halusinasi ini biasanya berupa mencium sesuatu bau tertentu dan dirasakan tidak enak, melambangkan rasa bersalah pada penderita. Bau dilambangkan sebagai pengalaman yang dianggap penderita sebagai suatu kombinasi moral.

(4) Halusinasi pengecapan (gustatorik)

Walaupun jarang terjadi, biasanya bersama halusinasi penciuman, penderita merasa mengecap sesuatu. Halusinasi gustatorik lebih jarang dari halusinasi gustatorik.

(5) Halusinasi raba (taktil)

Merasa diraba, disentuh, dintip atau seperti ada ulat yang bergerak di bawah kulit. Terutama pada kelainan keadaan delirium toksis dan skizofrenia.

(6) Halusinasi seksual, ini termasuk halusinasi raba:

Penderita merasa diraba dan diperkosa, sering pada skizofrenia dengan waham kebesaran terutama mengenai organ-organ.

(7) Halusinasi kinestetik.

Penderita merasa badannya bergerak-gerak, misalnya "*phantom phenomenon*" atau tungkai yang diamputasi selalu bergerak-gerak (*phantom limb*). Sering pada skizofrenia dalam keadaan toksik tertentu akibat pemakaian obat tertentu.

(8) Halusinasi viseral.

Timbulnya perasaan tertentu di dalam tubuhnya.

c) *Depersonalisasi* adalah perasaan aneh pada dirinya bahwa pribadinya tidak seperti biasanya lagi serta tidak sesuai dengan kenyataan yang ada. Sering pada skizofrenia dan sindrom lobus parietalis. Misalnya merasa dirinya terpecah menjadi dua.

d) *Derealisasi* adalah suatu perasaan aneh tentang lingkungannya yang tidak sesuai dengan kenyataan, misalnya perasaan bahwa segala sesuatu yang dialaminya seperti dalam impian.

2. Gangguan perhatian.

Perhatian pemusatan dan konsentrasi energi menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsang. Agar supaya suatu perhatian dapat memperoleh hasil, harus ada 3 syarat yang dipenuhi yaitu: inhibisi, di sini semua rangsang yang tidak termasuk objek perhatian harus disingkirkan, persepsi, yang dikemukakan hanya hal yang berhubungan erat dengan objek perhatian, adaptasi alat-alat yang digunakan harus berfungsi baik karena diperlukan untuk penyesuaian terhadap objek pekerjaan.

Beberapa bentuk gangguan perhatian:

- a. *Distraktibility* adalah perhatian yang mudah dialihkan oleh rangsang yang tidak berarti, misalnya: suara nyamuk, suara kapal, orang lewat, dan sebagainya.
- b. *Aproseksia* adalah suatu keadaan dimana terdapat ketidakmampuan untuk memperhatikan secara tekun terhadap situasi/keadaan tanpa memandang pentingnya masalah tersebut.
- c. *Hiperproseksia* adalah suatu keadaan dimana terjadinya pemusatan/konsentrasi perhatian yang berlebihan, sehingga mempersempit persepsi yang ada.

3. Gangguan ingatan

Ingatan (kenangan, memori) adalah kemampuan untuk mencatat, menyimpan, memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran. Jadi proses ingatan terdiri dari 3 unsur yaitu: pencatatan (mencamkan, *reception and registrasion*), penyimpanan (menahan, *retention, preservation*), pemanggilan kembali (*recalling*).

Gangguan ingatan terjadi bila terdapat gangguan pada satu/lebih dari 3 unsur tersebut, faktor yang mempengaruhi adalah keadaan jasmaniah (kelelahan, sakit kegelisahan), dan umur. Sesudah usia 50 tahun fungsi ingatan akan berkurang secara bertahap. Berikut beberapa bentuk gangguan ingatan :

a. *Amnesia*

Ketidakmampuan mengingat kembali pengalaman yang ada, dapat bersifat sebagian atau total retrograd/antegrad dan dapat ditimbulkan oleh faktor organik/*psikogen*. Sebab organik, kerusakan pada unsur pencatatan dan penyimpanan, sedangkan sebab psikogen karena proses pemanggilan kembali terhalang oleh faktor psikologis. Pada amnesia psikogen: tidak ada gangguan kesadaran, tidak ada kerusakan fungsi intelektual, bersifat selektif terhadap kejadian yang tidak menyenangkan, dapat terjadi penyembuhan tiba-tiba dan sempurna.

b. *Hipernemisia*

Suatu keadaan dimana pemanggilan kembali yang berlebihan sehingga seseorang dapat menggambarkan kejadian-kejadian yang lalu dengan sangat teliti sampai kepada hal-hal yang sekecil-kecilnya. Sering pada keadaan mania, paranoia, dan katatonik.

c. *Paramnesia (pemalsuan/pemulihan ingatan)*

Adalah gangguan dimana terjadi penyimpangan/pemulihan terhadap ingatan-ingatan lama yang dikenal dengan baik. Hal ini terjadi akibat distorsi proses pemanggilan paramnesia berguna sebagai perlindungan terhadap rasa takut.

4. Gangguan asosiasi

Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung untuk menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon/konsep lain, yang memang sebelumnya berkaitan dengannya.

Dalam kehidupan mental normal, proses asosiasi terjadi secara terus-menerus dengan pola-pola tertentu. Faktor-faktor yang menentukan pola-pola dalam proses asosiasi antara lain:

- a. Keadaan lingkungan pada saat itu.
- b. Kejadian-kejadian yang baru terjadi.
- c. Pelajaran dan pengalaman sebelumnya.
- d. Harapan-harapan dan kebiasaan seseorang.
- e. Kebutuhan dan riwayat emosionalnya.

5. Gangguan pertimbangan

Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas. Membandingkan disini meliputi istilah tentang “besar kepentingan”, “kebenarannya”, “kebaikannya”, “kecantikkannya”, dan sebagainya. Tiga hal yang mendukung berfungsinya pertimbangan yaitu: Aparat sensoris yang mampu dan mempunyai persepsi diskriminasi yang teliti. Ingatan yang penuh dengan data-data dasar untuk membandingkan. Aparat motoris yang mempunyai keterampilan atau kemampuan untuk memutuskan serta adanya mekanisme inhibisi untuk aktivitas yang berlebihan dalam beberapa buku, masalah

pertimbangan ini dibahas dalam gangguan proses berfikir (isi pikiran) beberapa bentuk waham.

6. Gangguan pikiran

Pikiran umum adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang. Berfikir merupakan suatu proses dalam mempersatukan atau menghubungkan ide-ide dengan membayangkan, membentuk pengertian untuk menarik kesimpulan, serta proses-proses yang lain untuk membentuk ide-ide baru jadi dalam proses berfikir meliputi proses pertimbangan pemahaman, ingatan serta penalaran.

Proses berfikir yang normal mengandung arus ide, simbol, dan asosiasi yang terarah pada tujuan dan yang dibangkitkan oleh suatu masalah atau tugas yang dapat menghantar pada suatu penyelesaian yang berorientasi pada kenyataan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses berfikir, yaitu:

- a. Faktor somatik (gangguan otak dan kelahan).
- b. Faktor psikologik (gangguan emosi dan psikosa).
- c. Faktor sosial (kegaduhan dan keadaan sosial tertentu).

Beberapa bentuk gangguan proses berfikir:

- a. Gangguan bentuk pikiran (produksi) termasuk semua penyimpangan dari pemikiran rasional, logik dan terarah pada satu tujuan:

1) Pikiran deristik

Adalah bentuk pikiran dimana tidak ada hubungan antara proses mental dengan pengalamannya yang sedang berjalan. Di sini proses mental tidak sesuai atau tidak mengikuti kenyataan, logika atau pengalaman.

2) Pikiran autistik

Gangguan dalam proses berfikir dimana terjadi kegagalan dalam membedakan batas antara kenyataan dan fantasi. Dengan berfikir autistik seseorang dapat memuaskan keinginannya secara khayalan (imajinatif) dengan mengabaikan usaha-usaha untuk memuaskan secara realistik.

3) Pikiran non-realistik

Bentuk pikiran yang sama sekali tidak berdasarkan kenyataan. Merupakan gejala yang menonjol pada skizofrenia hebefrenik di samping tingkah laku yang kekanak-kanakan. Ketiga bentuk pikiran tersebut bisa dibedakan, tapi kadang-kadang dijadikan satu dengan memakai salah satu istilah saja.

4) Pikiran obsesif

Gangguan pikiran dimana satu ide selalu datang berulang-ulang, irasional dan secara sadar tak diinginkan, tapi tidak dapat dihilangkan.

5) Konfabulasi

Gangguan pikiran dimana seorang mempersatukan hal-hal atau kejadian yang tidak berkaitan, dalam suatu usaha untuk mengisi kekosongan pikiran yang timbul karena kehilangan ingatan.

b. Gangguan arus atau jalan pikiran meliputi cara dan laju proses asosiasi dalam pemikiran:

- (1) *Flight of ideas* (lari cita, pikiran melompat-lompat melayang) adalah keadaan dimana terjadi perubahan yang mendadak, cepat dalam pembicaraan, sehingga suatu ide belum selesai sudah disusul oleh ide yang lain. Dikatakan yang berasal dari dalam maupun luar. Suatu kata yang sama bunyinya, tetapi berlainan artinya akan menimbulkan suatu pikiran baru "*clang association*".

- (2) *Retardasi* (perlambatan) yaitu keadaan dimana terjadi perlambatan dalam jalan pikiran seseorang, sering dijumpai pada penderita skizofrenia dan psikosa efektif fase depresi.
- (3) *Perseverasi*, yaitu suatu keadaan dimana seseorang secara berulang memberitahukan suatu ide, pikiran atau thema secara berlebihan.
- (4) *Circumstantiality* (pikiran berbelit-belit, pikiran berputar-putar) yaitu suatu keadaan dimana untuk menuju secara tidak langsung kepada ide pokok dengan menambahkan banyak hal yang remeh-remeh yang menjemukan dan tidak relevan.
- (5) *Inkoherensi*, yaitu suatu keadaan dimana terdapat gangguan dalam bentuk bicara, pembicaraannya sukar atau tidak dapat ditangkap maksudnya. Inkoherensi ada "gado-gado kata".
- (6) *Logorea*, yaitu banyak bicara dimana kata-kata baru yang tidak dipahami secara umum.
- (7) *Neologisme*, yaitu membentuk kata-kata baru yang tidak dipahami secara umum.
- (8) *Irelevansi*, yaitu suatu keadaan dimana isi pikiran atau ucapan tidak ada hubungannya dengan pertanyaan atau dengan hal yang sedang dibicarakan.
- (9) *Aphasia*, yaitu suatu keadaan dimana seseorang tidak atau sukar mengerti pembicaraan orang lain (sensorik) dan atau tidak dapat atau sukar berbicara (motorik). Sering terjadi pada kerusakan otak.

c. Gangguan isi pikiran (meliputi isi pikiran yang non verbal atau isi pikiran yang diceritakan).

1) Waham

Suatu kepercayaan yang terpaku dan tidak dapat dikoreksi atas dasar fakta dan kenyataan. Tetapi harus dipertahankan, bersifat patologis dan tidak terkait dengan kebudayaan setempat. Adanya waham menunjukkan suatu gangguan jiwa yang berat, isi waham dapat menerangkan pemahaman terhadap faktor-faktor dinamis penyebab gangguan jiwa. Terbentuknya kepercayaan yang bersifat waham adalah sebagai perlindungan diri terhadap rasa takut dan untuk pemuasan kebutuhan.

Waham ada yang sistematis dan tidak sistematis, diklasifikasikan menurut isinya dan isi waham biasanya mempunyai kecenderungan untuk menguasai/menonjol.

a) Waham kebesaran (waham ekspansif)

Suatu kepercayaan palsu dimana seseorang memperluas atau memperbesar kepentingan dirinya, baik mengenai kualitas tindakan kejadian/orang di sekeliling, dalam bentuk tidak realistik. Waham ini timbul akibat perasaan yang tidak wajar, tidak aman, dan rasa rendah diri yang secara sadar dihalangi oleh komponen ideal dan efektif dari waham itu sendiri. Isi dari waham kebesaran sering menunjukkan kekecewaan, kegagalan, dan perasaan tidak aman.

b) Waham depresif (menyalahkan diri sendiri)

Kepercayaan yang tidak berdasar. Menyalahkan diri sendiri akibat perbuatan-perbuatan yang melanggar kesusilaan atau kejahatan lain. Waham depresif

sering dirasakan sebagai: waham bersalah (perasaan bersalah, kehilangan harga diri), waham sakit (gangguan perasaan tubuh yang berasal dari viseral yang dipengaruhi oleh keadaan emosi), waham miskin (kehidupan perasaan nilai sosial).

c) Waham *somatis* (waham *hipokondria*)

Kecenderungan yang menyimpang dan bersifat dungu (*bizarre*) mengenai fungsi dan keadaan tubuhnya, misalnya penderita merasa tubuhnya membusuk atau mengeluarkan bau busuk.

d) Waham nihilistik

Suatu kenyataan bahwa dirinya atau orang lain sudah meninggal atau didunia ini sudah hancur.

e) Waham kejar

Penderita yakin bahwa ada orang yang sedang mengganggunya, menipunya, memata-matai atau menjelekkkan dirinya.

f) Waham hubungan

Keyakinan bahwa ada hubungan langsung antara interpretasi yang salah dari pembicaraan, gerakan atau digunjingkan.

g) Waham pengaruh

Keyakinan yang palsu bahwa dia adalah merupakan subjek pengaruh dari orang lain atau tenaga gaib yang tak terlibat.

2) Fobia

Adalah rasa takut yang irasional terhadap suatu benda atau keadaan yang tidak dapat dihilangkan atau ditekan oleh penderita walau disadari bahwa hal

tersebut irasional. Fobi dapat mengakibatkan kompulsi, bentuk fobi bervariasi dan banyak mengenai benda serta keadaan.

3) *Ideas of referece* (pikiran hubungan)

Suatu keadaan yang mana pembicaraan orang, benda atau kejadian dihubungkan dengan dirinya sendiri. Penderita mungkin menyadari pikirannya tidak masuk akal, misal bunyi burung dikira sebuah berita bagi dirinya.

4) Pre-okupasi

Adalah pikiran yang terpaku hanya pada sebuah ide saja, yang biasanya berhubungan dengan keadaan emosional yang kuat.

5) *Thought insertion* (sisip pikiran)

Adalah suatu perasaan bahwa ada pikiran dari luar yang disisipkan dan dimasukkan kedalam otaknya.

6) *Thought broad cast* (siar pikir)

Adalah suatu perasaan bahwa pikirannya telah disirkan melalui radio, televisi, kawat liat listrik, dan lampu.

7. Gangguan kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan seseorang untuk mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya sendiri melalui panca indera dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinya sendiri. Bila kesadaran itu baik, maka terjadi orientasi (waktu tempat dan orang) dan pengertian yang baik pula serta informasi akan digunakan secara efektif (melalui ingatan dan pertimbangan).

Bentuk-bentuk gangguan kesadaran:

a. Kesadaran kuantitatif

- 1) Kesadaran yang menurun: suatu kesadaran dengan kemampuan persepsi, perhatian dan pemikiran yang berkurang secara keseluruhan.
 - a) *Apatis* (kesadaran seperti orang mengantuk).
 - b) *Somolen* (kesadaran seperti orang mengantuk benar, memberi jawaban bila dirangsang).
 - c) *Sopor* (hanya bereaksi dengan rangsang yang kuat, ingatan, orientasi dan pertimbangan sudah hilang).
 - d) *Subkoma* dan koma (tidak didapatkan reaksi terhadap rangsang apapun).
- 2) Kesadaran yang meninggi: keadaan reaksi yang meningkat terhadap suatu rangsang, disebabkan oleh zat toksik yang merangsang otak atau oleh faktor psikologik.

b. Kesadaran kualitatif

Terjadi perubahan dalam kualitas kesadaran, dapat ditimbulkan oleh keadaan toksik, organik, dan psikogen.

- 1) Stupor karena faktor psikogen didapatkan pada keadaan katatonia, depresi, epilepsi, ketakutan, dan reaksi disosiasi.
- 2) *Twilight state* (keadaan dini, senja, senjakala): kehilangan ingatan atas dasar psikologik yang mana kesadaran terganggu dan dalam beberapa keadaan sangat mengaburkan, sehingga penderita tidak mengenali lingkungannya. Dapat disertai halusinasi dengar, sehingga dapat melakukan tindakan selama senja dan seolah-olah dalam mimpi, berlangsung beberapa menit sampai beberapa hari.

3) *Fuge* suatu periode penurunan kesadaran dengan pelarian menimbulkan banyak stress, tapi dapat mempertahankan kebiasaan dan keterampilan.

4) *Confusion* (bingung) gangguan dimana keadaan kerana rusaknya aparat sensoris dimana didapatkan kesulitan pengertian, mengacau, disorientasi disertai gangguan fungsi asosiasi.

5) *Tranco* (trans) keadaan dimana tanpa reaksi yang jelas terhadap lingkungan yang biasanya mulai secara mendadak roman muka tampak seperti bengong, kehilangan akal atau melamun. Dapat ditimbulkan oleh hipnosa atau upacara kepercayaan.

c. Gangguan orientasi

Orientasi adalah kemampuan seseorang untuk mengenal lingkungannya serta hubungan dengan waktu, ruang, dan terhadap dirinya serta orang lain. Disorientasi atau gangguan orientasi dapat timbul sebagai gangguan dari kesadaran, mengenai waktu mengenal tempat dan mengenai orang. Disorientasi dapat terjadi pada setiap gangguan jiwa yang mana ada kerusakan yang hebat dari ingatan, persepsi, dan perhatian.

8. Gangguan kemauan

Kemauan adalah suatu proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan untuk kemudian diputuskan untuk dilaksanakan sampai mencapai tujuan. Proses kemauan sebagai berikut:

- a. Saat terlihat (terdiri dari tanggapan tegangan yang cukup kuat).
- b. Saat obyektif (sudah ada yang diinginkan, walau hanya dalam niat saja, tapi benda yang menjadi tujuannya sudah ada)

- c. Saat aktual (timbul kesadaran akan keinginan dan menghendaki, tindakan sudah dikhayalkan dan dialami).
- d. Saat subjektif (berupa tindakan kemauan itu sendiri, dengan kesadaran penuh dan menggunakan segala daya dan tenaga).

Kemauan dapat dirusak oleh gangguan emosional, gangguan-gangguan kognitif, kerusakan otak organik, dalam keadaan tidak terlatih atau bahkan terlalu banyak latihan.

Bentuk-bentuk gangguan kemauan:

- 1) *Abulia* (kemauan yang melemah) suatu keadaan dimana inaktivitas sebagai akibat ketidaksanggupan membuat keputusan atau mulai suatu tingkah laku.
- 2) *Negativisme*: ketidaksanggupan dalam bertindak atas sugesti dan tidak jarang terjadi melaksanakan sesuatu yang bertentangan dengan yang disugestikan.
- 3) Kekakuan (*rigiditas*): ketidakmampuan memiliki keleluasaan dalam memutuskan untuk merubah suatu tingkah laku, misal *stereotype* yang merupakan sikap atau gerakan mekanis yang dilakukan berulang-ulang.
- 4) *Kompulsi*: suatu keadaan dimana seorang merasa didorong untuk melakukan suatu tindakan, yang disadari sebagai suatu irasional atau tidak ada gunanya.
 - a) *Kleptomania* (mencuri kompulsif), yaitu sering mencuri barang yang mempunyai arti simbolis dan biasanya tidak bernilai.
 - b) *Pyromania* (membakar kompulsif), dipandang sebagai suatu bentuk simbolis pemuasan seksual.
 - c) Mencuci tangan berulang-ulang dengan tidak dapat dicegah atau dikuasai.

9. Gangguan emosi dan afek

Emosi adalah suatu pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas tubuh dan menghasilkan sensasi organis dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologik.

Dikaitkan dengan pengertian afek, maka emosi merupakan manifestasi afek keluar disertai oleh banyak komponen fisiologik, biasanya berlangsung relatif singkat.

10. Gangguan psikomotor

Psikomotor adalah gerakan badan yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa, sehingga merupakan afek bersama yang mengenai badan dan jiwa. Juga meliputi kondisi, perilaku motorik atau aspek motorik dari suatu perilaku.

2.2 Konsep Dasar Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988) dalam Effendy, (1998).

2.2.2 Peranan Keluarga

Menurut Effendy (1998), berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga adalah sebagai berikut :

1. Peran Ayah

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

2. Peran Ibu

Ibu sebagai istri dari suami dan ibu bagi anak-anaknya. Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya. Di samping itu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarganya.

3. Peran Anak

Anak-anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan baik fisik, mental, sosial, dan spiritual.

4. Peran keluarga meliputi:

a. Pembinaan agama/religius

Mendorong dan membantu meningkatkan ketaqwaan kehidupan beragama melalui kegiatan pengajian, penyediaan sarana dan media

b. Pembinaan fisik

Memberitahu dan menyediakan makanan yang bergizi dan sesuai dengan kebutuhan anggota keluarga. Memotivasi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk tetap melakukan aktivitas yang baik dan tidak merugikan orang lain. Merawat anggota keluarga yang mengalami

gangguan jiwa atau menderita penyakit atau mengalami gangguan kesehatan.

c. Membina mental/jiwa

Apabila anggota keluarga tidak dapat menerima atau menyesuaikan dengan adanya perubahan tersebut, dapat menimbulkan kecemasan, kekecewaan, mudah tersinggung. Oleh karena itu diharapkan keluarga dan anggota keluarga dapat saling membantu dalam menghadapi permasalahan.

d. Pembinaan sosial ekonomi

- 1) Keluarga diharapkan dapat menciptakan suasana yang menyenangkan bagi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dimana mereka masih perlu diperhatikan dan dibutuhkan oleh keluarganya.
- 2) Motivasi untuk mengembangkan hobi atau melakukan pekerjaan ringan sebagai pengisi waktu agar anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tetap aktif
- 3) Keluarga diharapkan dapat membantu, sehingga anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat terpenuhi kebutuhannya dan tidak perlu merasa cemas akan kepastian hidup.

2.2.3 Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas pemeliharaan terhadap para anggotanya dan saling memelihara. Menurut Friedman (1998), ada lima tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga itu, yaitu :

1. Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota keluarganya.

Mengetahui masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan yang dialami oleh anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/ keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan kesehatan yang tepat.

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga. Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit dan tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya terlalu muda.

Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.

4. Menciptakan suasana rumah dan lingkungan sekitar yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan, yang menunjukkan kemanfaatan dengan baik menggunakan fasilitas yang tersedia.

2.2.4 Teori Keluarga (Friedman, 1998)

1. Teori sistem keluarga

Menurut Wong (1995), teori ini dikembangkan ber dasarkan pada teori sistem secara umum, yang dicirikan dengan adanya interaksi antar komponen dan antar sistem dengan lingkungannya melalui suatu mekanisme umpan balik. Satu komponen bergantung pada komponen lain dan mempengaruhi komponen yang lainnya. Dengan demikian, apabila terjadi perubahan pada salah satu komponen, hal ini akan mempengaruhi komponen yang lain.

Keadaan sakit pada salah satu anggota keluarga akan berdampak pada anggota keluarga yang lain, baik secara fisik, psikososial, maupun ekonomi. Berdasarkan teori ini, kedaan sakit pada salah satu anggota keluarga bukan semata-mata disebabkan oleh individu itu sendiri, tetapi akibat interaksi antar anggota keluarga.

2. Teori stres keluarga

Teori ini didasari oleh asumsi bahwa keluarga selalu berhadapan dengan stresor atau kejadian yang menyebabkan stres dalam kehidupan, baik yang tidak dapat diduga maupun yang dapat diduga. Apapun bentuknya penyebab stres tersebut apabila terjadi terus-menerus, menumpuk, dan melibatkan berbagai

komponen dalam keluarga, pada akhirnya akan membuat keluarga tidak mampu menghadapinya dengan konstruktif dan menempatkan keluarga dalam keadaan berisiko untuk terjadi perpecahan dan/atau dihadapkan pada masalah kesehatan fisik ataupun psikologis.

3. Teori perkembangan keluarga

Teori ini dikembangkan oleh Duvall (1977), yang mengemukakan delapan tahapan perkembangan keluarga sepanjang rentang kehidupan. Perkembangan keluarga membawa keluarga pada perubahan siklus kehidupannya. Anak pertama menjadi ukuran untuk tahapan perkembangan keluarga. Jadi, kedatangan anak pertama dan perkembangannya menandai tahapan perkembangan tersebut. Apabila sebuah keluarga belum mempunyai anak dan baru saja menikah, tahapan perkembangan keluarga tersebut adalah sebagai keluarga dengan pasangan baru. Adanya anak pertama usia bayi menempatkan keluarga tersebut pada tahapan perkembangan keluarga dengan usia bayi. Selanjutnya demikian, anak pertama berusia prasekolah, usia sekolah, usia remaja, usia dewasa muda, dan dewasa. Setiap tahapan keluarga mempunyai tugas perkembangan masing-masing.

Menurut Wong (1995), dengan memahami kondisi keluarga memfasilitasi untuk mengoptimalkan peran tersebut sekalipun selama anak berada dalam perawatan di rumah sakit. Kelebihan teori ini adalah menguraikan keluarga secara dinamis, perubahan-perubahan pada keluarga, dan sistem sosialnya serta mengantisipasi potensi terjadinya stress dalam tiap tahap perkembangannya, sedangkan kelemahannya adalah hanya menjelaskan keluarga inti dan batasan menggunakan anak pertama sebagai tahapan keluarga dapat menimbulkan

masalah bagi orang tua tanpa pasangan atau dengan keluarga yang mempunyai ayah tiri atau ibu tiri.

4. Teori struktur dan fungsi keluarga

Teori ini lebih berfokus pada hubungan, ketergantungan, dan kesatuan antar anggota keluarga dan semua aspek yang berhubungan melalui struktur dan fungsi keluarga yang dijelaskan secara sistematis. Friedman (1998), membagi empat struktur keluarga menjadi struktur komunikasi, struktur nilai dan norma, struktur kekuatan, dan struktur peran. Berikut ini akan dijelaskan satu per satu.

1) Struktur komunikasi

Struktur komunikasi menunjukkan bagaimana pola anggota keluarga dalam berkomunikasi satu dengan yang lain. Beberapa keluarga menunjukkan komunikasi yang berfungsi dan beberapa keluarga menunjukkan komunikasi yang tidak berfungsi. Komunikasi yang berfungsi ditunjukkan dengan keterbukaan, kejujuran, melibatkan perasaan, dapat menyelesaikan konflik dan ada hirarki kekuatan. Komunikasi yang tidak berfungsi sebaliknya, yaitu tertutup, tidak berfokus pada satu masalah, cenderung menunjukkan pemikiran yang negatif, dan selalu mengulang masalah dan pendapat sendiri.

2) Struktur nilai dan norma keluarga

Nilai keluarga adalah sistem ide, sikap, dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dan dijalankan keluarga dalam budaya tertentu, sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu sesuai dengan nilai yang diyakininya.

Beberapa nilai yang dapat dimiliki, yaitu nilai sosial, nilai teoritik, nilai religi, dan nilai ekonomis. Setiap individu mempunyai nilai-nilai tersebut, tetapi hanya ada satu atau beberapa nilai yang lebih menonjol dibandingkan nilai yang lainnya. Misalnya, apabila nilai sosial yang lebih menonjol, perilaku yang tampak pada orang tersebut adalah lebih toleransi dan perhatian terhadap kesuksesan orang lain, selalu ingin menolong orang lain. Apabila nilai ekonomi yang lebih menonjol, ia akan selalu mempunyai perhitungan yang matang dalam efisiensi bekerja, dan bagaimana dengan upaya yang minimal dapat mendatangkan hasil yang maksimal. Apabila nilai teoritik yang menonjol, biasanya segala perilaku dan pengambilan keputusan dikaitkan dengan konsep dan teori yang matang, sedangkan jika nilai religi yang menonjol, segala perilaku dan pengambilan keputusan selalu didasarkan pada kaidah agama.

3) Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan pada seseorang sesuai dengan posisi sosial yang diberikan baik secara formal maupun informal, sedangkan posisi adalah keberadaan seseorang dalam sistem sosial. Peran juga diartikan sebagai kemampuan individu untuk mengontrol atau mempengaruhi atau mengubah perilaku orang lain.

Peran anggota keluarga dijalankan untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga, yang dijalankan melalui peran formal maupun informal. Peran formal yang dijalankan keluarga menentukan tercapainya keseimbangan dalam keluarga, diantaranya Nye dan Gecas (1976), mengemukakan bahwa beberapa peran dasar dari laki-laki sebagai ayah dan wanita sebagai ibu yang mempunyai posisi sosial

sebagai pemberi layanan, yaitu peran penjaga rumah, pemelihara anak, peran sosialisasi anak, peran rekreasi, mempertahankan hubungan dengan keluarga wanita atau laki-laki, pemenuhan kebutuhan pasangan, dan seksual. Sedangkan peran informal dari keluarga bisa menentukan keseimbangan keluarga dan bisa juga tidak, tetapi lebih bersifat adaptif dan mempertahankan kesejahteraan keluarga. Peran informal adalah peran sebagai pemberi dorongan, peran mempertahankan keharmonisan, peran untuk kompromi, peran untuk memulai atau berkontribusi dalam menghadapi masalah, peran untuk pelopor, koordinator, dan peran informal lainnya.

4) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga menunjukkan kemampuan system keluarga untuk mengubah perilaku anggota keluarga. Pengaruh tersebut dipersepsikan sebagai kekuatan yang dimiliki dan ditunjukkan dengan kemampuan dalam mengambil keputusan. Untuk dapat mempunyai kemampuan tersebut, anggota keluarga meyakini adanya otoritas sebagai satu kekuatan keluarga. Misalnya, otoritas orang tua dalam mengambil keputusan untuk keluarga. Walaupun demikian, antara kekuatan dan otoritas tidak selalu selaras karena otoritas memberi kesan sebagai suatu kekuatan yang dominan dan tanpa kompromi. Kekuatan keluarga dapat dinilai dari bagaimana keluarga tersebut berproses dalam mengambil keputusan, memecahkan masalah, dan menyelesaikan konflik. Untuk memiliki kekuatan tersebut, keluarga membutuhkan sumber-sumber seperti informasi dan keterampilan berfikir.

Menurut Friedman (1998), ada sepuluh jenis kekuatan keluarga, yaitu *legitimate power*, *helpless power*, *referent power*, *resource power*, *expert power*, *reward power*, *coercive power*, *informational power*, *affective power*, dan *tension management power*. *Legitimate power* berhubungan dengan kekuatan dari anggota keluarga lain (misalnya, adanya otoritas orang tua dalam mengontrol anaknya). *Helpless power* adalah suatu bentuk dari *legitimate power* yang diperlukan saat anggota keluarga merasa tidak berdaya. *Referent power* adalah kekuatan yang dimiliki individu karena identifikasi yang positif (misalnya, anak meniru perilaku orang tua yang positif). *Expert power* berkaitan dengan kekuatan seseorang karena kemampuan atau keahliannya. Orang lain menghargai dan mengikuti perilaku individu karena ia dinilai ahli dalam bidang tertentu. *Reward power* dimiliki individu karena berperilaku sesuai dengan harapan orang lain, mengerjakan sesuatu yang positif sebagai respons terhadap keinginan orang lain. *Coercive power* adalah kekuatan yang digunakan didasarkan pada adanya pemaksaan atau ancaman pada orang lain. *Informational power* sedikit mirip dengan *expert power*, tetapi lebih sederhana dan terbatas pada pemberian informasi baik langsung maupun tidak langsung. *Affective power* adalah kekuatan yang dimiliki didasarkan pada kasih sayang dan perhatian pada orang lain, misalnya kekuatan ibu terhadap anaknya. *Tension management power* berkaitan dengan kekuatan yang dimiliki keluarga dalam mengelola tekanan dan konflik dalam keluarga.

Fungsi keluarga menurut teori ini adalah memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga (fungsi afektif), sosialisasi di antara anggota keluarga, meneruskan keturunan, menyediakan kebutuhan ekonomi bagi anggota keluarga

dan menjaga kesehatan anggota keluarga dengan memenuhi kebutuhan makanan, pakaian, dan kebutuhan lainnya untuk kesejahteraan keluarga.

2.3 Konsep Kekambuhan

2.3.1 Pengertian Kekambuhan

Kekambuhan adalah peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart dan Laraia, 2001). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1990) kambuh adalah suatu kondisi jatuh sakit lagi dan biasanya lebih parah dari sebelumnya.

Menurut E. Bleuler (1911) yang dikutip oleh Maramis (2010) skizofrenia adalah penyakit tanpa kausa dengan angka kekambuhan yang tinggi, dalam penyelidikannya \pm 60% klien skizofrenia dapat disembuhkan secara sempurna bila diobati secara dini dan \pm 20-30% dari yang mengalami sembuh tadi akan mengalami kekambuhan atau eksaserbasi, 40% lainnya menjurus ke cacat mental.

Sedangkan menurut Sullinger (1988) yang dikutip oleh Keliat (1995) menyatakan klien dengan diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua, dan Carson dan Ross (1987) dalam keliat (1995) menyatakan klien skizofrenia akan mengalami kambuh 100% pada tahun kelima.

2.3.2 Faktor-faktor Penyebab Kekambuhan

Keliat (1996) mengidentifikasi 5 faktor penyebab kekambuhan dan klien perlu kembali dirawat di rumah sakit yaitu:

1. Klien

Klien yang gagal minum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh, khususnya klien skizofrenia sukar mengikuti aturan minum

obat karena adanya gangguan realitas dan ketidakmampuan mengambil keputusan.

2. Dokter

Minum obat teratur dapat mengurangi kekambuhan, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat

3. Perawat

Perawat sebagai penanggung jawab kasus mempunyai kesempatan lebih banyak untuk bertemu dengan klien sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini dan mengambil tindakan.

4. Keluarga

Tidaktahuan keluarga dalam menangani perilaku dan merawat klien di rumah sehingga dapat menjadi kambuh. Umumnya perilaku keluarga tidak melakukan kegiatan apapun untuk mengatasi masalah kesehatan, karena belum mengganggu aktivitasnya, atau melakukan pengobatan sendiri secara tradisional atau melalui cara adat.

5. Lingkungan sekitar

Lingkungan sekitar tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan. Misanya masyarakat menganggap klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

2.3.3 Faktor Resiko Untuk Kambuh

Menurut Moller, Md (1993), faktor resiko untuk kambuh dalam Videbeck, 2008 adalah:

1. Faktor resiko kesehatan
 - a. Gangguan sebab dan akibat berpikir.
 - b. Gangguan proses informasi.
 - c. Gizi buruk.
 - d. Kurang tidur.
 - e. Kurang olahraga.
 - f. Keletihan.
 - g. Efek samping pengobatan yang tidak dapat ditoleransi.
2. Faktor resiko lingkungan
 - a. Kesulitan keuangan.
 - b. Kesulitan tempat tinggal.
 - c. Perubahan yang menimbulkan stress dalam peristiwa kehidupan
 - d. Keterampilan kerja yang buruk, ketidakmampuan mempertahankan pekerjaan
 - e. Tidak memiliki transportasi/sumber-sumber.
 - f. Keterampilan sosial yang buruk, isolasi sosial, kesepian
 - g. Kesulitan interpersonal
3. Faktor resiko perilaku dan emosional
 - a. Tidak ada kontrol, perilaku agresif, atau perilaku kekerasan.
 - b. Perubahan mood.
 - c. Pengobatan dan penatalaksanaan gejala yang buruk.
 - d. Konsep diri rendah.
 - e. Penampilan dan tindakan berbeda
 - f. Perasaan putus asa.

g. Kehilangan motivasi

2.3.4 Strategi yang dapat membantu Keluarga untuk Mencegah Kekambuhan

1. Mengenali tanda kambuh
2. Menjalani pengobatan yang sesuai
3. Menghindari situasi yang mungkin memicu timbulnya gejala, seperti film-film atau program di televisi, pengalaman baru.
4. Mempelajari tentang keadaan sakit yang diderita anggota keluarga.
5. Melaksanakan latihan teknik manajemen stres. Contoh meditasi, berfikir positif, dan nafas dalam.
6. Melaksanakan aktivitas secara teratur (CAMH, 2009)

Seseorang yang menderita gangguan jiwa harus diberi semangat dan nasehat untuk mengatur keadaan dirinya dan untuk menghindari kekambuhan. Tim kesehatan menyatakan bahwa klien menyimpan catatan harian mengenai perasaan dan perilakunya sehingga mereka secara signifikan dapat mengalami perubahan dan peringatan tanda akan kekambuhannya. Banyak klien yang mempelajari dan mengenali pribadi mereka dengan adanya catatan tersebut.

Memelihara pola hidup juga penting untuk setiap orang khususnya klien gangguan jiwa. Mengambil dosis obat yang benar pada waktu yang sama setiap hari sangat diperlukan. Membantu mengingatkan klien dalam meminum obat dengan menggunakan pil box untuk setiap dosis harian. Hal tersebut dapat menolong mereka bila mereka harus mengambil dosis pengobatan.

Dalam sebuah riset menyatakan bahwa tidur yang cukup dapat mempengaruhi pikirannya dan dapat mencegah kekambuhan. Jika intensitas

tidurnya terlalu banyak, dapat diidentifikasi jika hal tersebut adalah tanda dari depresi. Namun, sebaliknya, jika intensitas tidurnya kurang mungkin menandakan jika klien merasa khawatir (Veague, 2009).

Memelihara pola hidup sehat, memonitor dan memeriksakan anggota yang mengalami kekambuhan gangguan jiwa dapat membantu mencegah kekambuhan yang dialaminya.

2.4 Konsep Kepatuhan

2.4.1 Pengertian kepatuhan

Kepatuhan sebagai tingkat perilaku seseorang yang sesuai dengan rekomendasi dari petugas kesehatan. Dalam catatan mereka, definisi kepatuhan sangat luas tergantung pada situasinya (Rau, 2005). Safarino (1990) dalam smeth (1994), mendefinisikan kepatuhan (atau ketaatan) (*compliance or adherence*) sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya dan oleh yang lain.

Kepatuhan adalah tingkat perilaku seseorang yang berhubungan dengan rekomendasi dari dokter atau petugas kesehatan lainnya. Tingkat perilaku seseorang sesuai dengan persetujuan rekomendasi dari pemberian penjelasan dalam hal ini petugas kesehatan. Seseorang baik pasien atau keluarganya berhak untuk memutuskan patuh pada rekomendasi petugas kesehatan (Gillisen, 2007).

Menurut Feldman (2003), kepatuhan mempunyai arti perubahan perilaku yang ditunjukkan dalam merespon perintah seseorang. Patuh dapat didefinisikan sebagai suatu perilaku seseorang untuk mengikuti saran medis ataupun kesehatan. Selain itu kepatuhan juga dapat didefinisikan bahwa seseorang itu mengerti

bagaimana menggunakan pengobatan sehingga dapat termotivasi untuk melakukan saran dari tenaga kesehatan (Genaro, 2000).

Jadi definisi kepatuhan adalah sejauh mana seseorang mengikuti intruksi seperti mengadopsi tingkah laku tertentu yang berkaitan dengan apa yang disarankan oleh dokter atau penyedia layanan kesehatan lainnya.

Ketidakpatuhan dapat mendatangkan beberapa konsekuensi yang harus ditanggung oleh pasien. Beberapa mungkin tidak menyakitkan, tetapi beberapa yang lain dapat mendatangkan masalah yang serius. Menurut Rau (2005), ketidakpatuhan terhadap suatu saran dari petugas kesehatan pada dasarnya terbagi menjadi beberapa bentuk, yaitu 1) *Unintentional* (seseorang atau keluarga tidak paham atau tidak tahu) 2) *Intentional* (seseorang atau keluarga paham atau tahu tetapi tidak mengikuti). Terdapat perbedaan pendapat mengenai kriteria kepatuhan. Ketika seseorang tidak patuh (*nonadherence*), mereka tidak meminum obatnya dengan benar, melupakan atau menolak untuk mengikuti diet yang dianjurkan, tidak mengikuti olahraga (*exercise*) yang dianjurkan, membatalkan atau tidak datang pada kunjungan yang telah dijadwalkan, dan tetap menjalankan gaya hidup yang dapat membahayakan kesehatan mereka atau keluarga mereka (Mohler and Townsend, 2006).

2.4.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Feuerstein (1986) yang dikutip oleh Niaven (2002) terdapat lima faktor yang mendukung kepatuhan pasien yaitu :

1. Pendidikan

Pendidikan pasien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut aktif seperti penggunaan buku-buku dan kaset oleh pasien secara mandiri.

2. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman.

3. Perubahan model terapi

Program-program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin, dan pasien terlihat aktif dalam pembuatan program tersebut.

4. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien

Hal ini penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis

5. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami cirikepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Sebagai contoh, pasien yang lebih mandiri harus dapat merasakan bahwa ia dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan, sementara pasien yang lebih mengalami ansietas dalam menghadapi sesuatu harus diturunkan dahulu tingkat ansietasnya dengan cara meyakinkan dia dengan teknik-teknik lain sehingga ia termotivasi untuk mengikuti ajaran pengobatan.

Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Brunner & Suddart (2002) adalah:

1. Variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, status sosio ekonomi dan pendidikan.

2. Variabel penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
3. Variabel program terapeutik seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
4. Variabel psikososial seperti intelegensia, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti regimen hal tersebut diatas ditemukan oleh Bart Smeth dalam psikologi kesehatan.

2.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian menurut Niven (2002) antara lain:

1. Pemahaman tentang instruksi
Pemahaman seorangpun dapat memahami instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Ley dan Spelman (1967) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti instruksi yang diberikan kepada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap. Penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh pasien.
2. Kualitas interaksi
Riset tentang faktor-faktor interpersonal yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan menunjukkan pentingnya sensitifitas dokter terhadap komunikasi verbal dan nonverbal pasien dan empati terhadap perasaan

hal yang tidak penting untuk semua aspek pada seorang anak khususnya pada kesuksesan suatu tindakan, pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Menurut Benyamin Bloom (1908) yang dikutip Notoatmodjo (2007) membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 (tiga) *domain*, ranah atau kawasan yakni: a) kognitif (*cognitive*), b) afektif (*affectife*), c) psikomotor (*psychomotor*). Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi suatu proses, yakni: (1) *Awareness* (kesadaran), orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu, (2) *Interest* (tertarik), orang mulai tertarik kepada stimulus, (3) *Evaluasi* (menimbang), orang menimbang-nimbang baik tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi, (5) *Adoption* (penerimaan), orang tersebut telah menerima atau berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran terhadap stimulus.

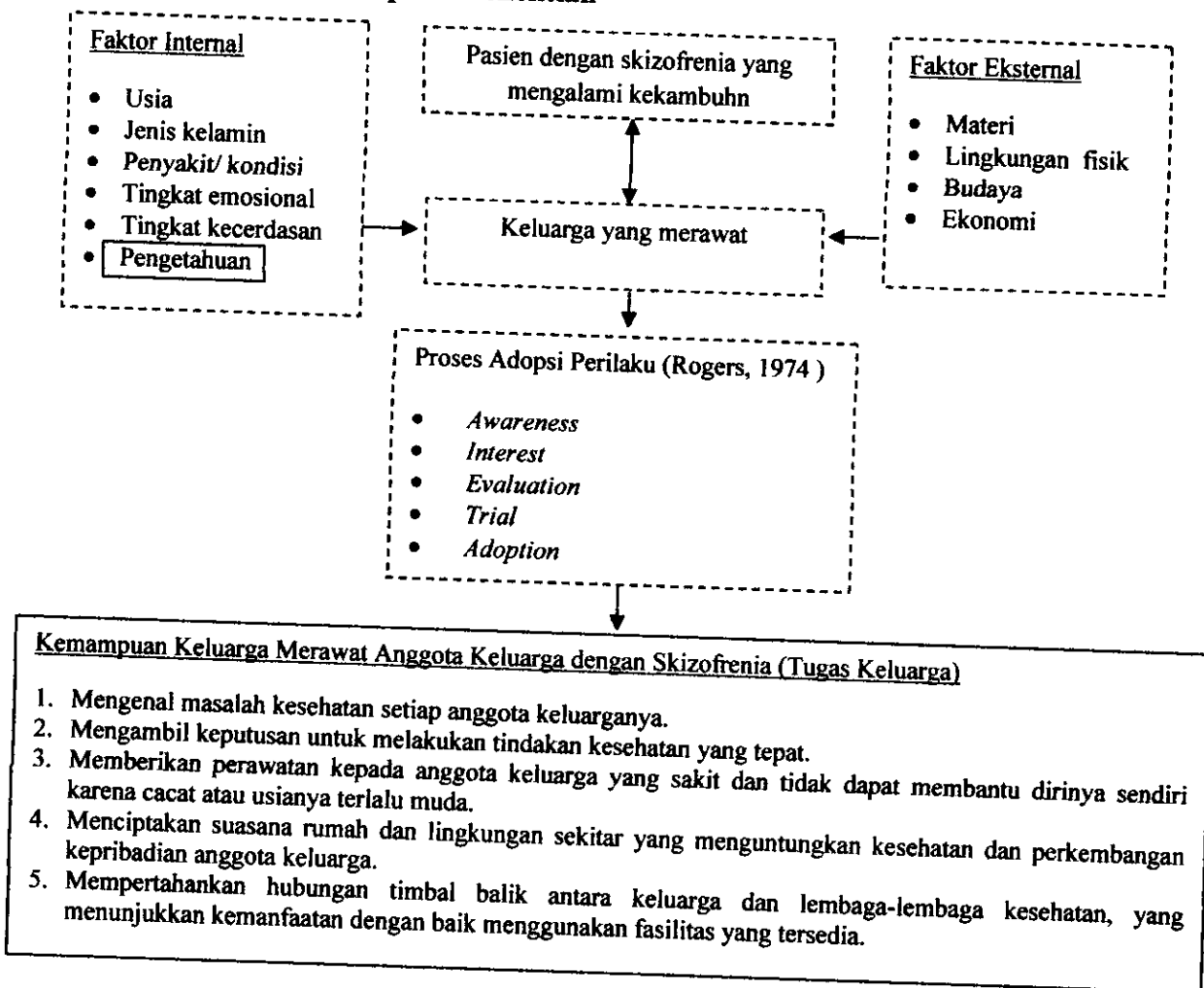
Pendekatan perorangan yaitu dengan bimbingan dan penyuluhan akan dapat membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi keluarga pasien, yang akhirnya dengan suka rela dan berdasarkan kesadaran, dan penuh pengertian akan menerima perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2007).

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan :

: diukur

: tidak diukur

Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya.

Kerangka konseptual penelitian “Hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya”, dapat dijelaskan bahwa keluarga mempunyai tugas pemeliharaan terhadap para anggotanya. Di dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, tugas keluarga itu dipengaruhi oleh beberapa faktor internal yaitu faktor yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: umur, jenis kelamin, tingkat kecerdasan, tingkat emosional, pengetahuan. Faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik.

Menurut Roger, 1974 yang dikutip Notoatmodjo (2003), di dalam individu terjadi proses adopsi yang berurutan yaitu *awareness* yaitu keadaan seseorang yang sadar terhadap arti, mengetahui stimulus terlebih dahulu; *interest* yaitu seseorang mulai tertarik pada stimulus; *evaluation* yaitu seseorang mulai mempertimbangkan nilai baik dan buruk dari stimulus; *trial* yaitu seseorang yang telah mulai mencoba menerapkan pada tindakan; *adoption* yaitu seseorang yang telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulus. Melalui proses adopsi perilaku akan meningkatkan ketrampilan keluarga melalui tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia, sehingga risiko kekambuhan pada pasien skizofrenia menurun.

3.2 Hipotesis Penelitian

H₁ : Ada hubungan antara faktor pengetahuan keluarga terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara untuk menjawab suatu permasalahan dengan menggunakan metode ilmiah. Pada bab ini akan dibahas mengenai: 1) Rancangan Penelitian, 2) Populasi, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel, 3) Variabel Penelitian dan Definisi Operasional 4) Alat dan Bahan Penelitian, 5) Instrumen Penelitian, 6) Lokasi dan Waktu Penelitian, 7) Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data, 8) Analisis Data, 9) Kerangka Operasional/ Kerja, 10) Masalah Etik, 11) Keterbatasan

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian jenis analisis deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* yaitu pengukuran data variabel independen dan dependen pada suatu saat tertentu dalam waktu bersamaan (Nursalam, 2013).

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku, atau sesuatu lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam, 2003). Populasi dalam penelitian adalah seluruh keluarga pasien Skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo yaitu sebanyak 21 orang.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti dan dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Arikunto, 2010).

Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{Nz^2.p.q}{d^2(N-1) + z^2.p.q}$$

$$n = \frac{21(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(21-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{21(3.8416)0.25}{0.0025(20) + (3.8416)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{21.09604}{0.05 + 0.9604}$$

$$n = \frac{20,1684}{1,0104}$$

$$= 19,96 \text{ responden} = 20 \text{ responden}$$

Keterangan :

- n : Perkiraan besar sampel
- N : Perkiraan besar populasi
- z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0.05$ (1.96)
- p : Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50 %
- q : $1 - p$ (100 %)
- d : Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0.05$)

Sampel penelitian adalah keluarga pasien Skizofrenia yang mengalami kekambuhan pada Januari 2015 yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 20 pasien. Peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi antara lain:
 - a. Keluarga pasien Skizofrenia yang mengalami kekambuhan dalam kurun waktu Januari 2015.
 - b. Bisa membaca dan menulis.
2. Kriteria eksklusi antara lain:
 - a. Keluarga pasien Skizofrenia baru

4.2.3 Sampling

Pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*. Peneliti mengambil sampling sesuai dengan yang dikehendaki oleh peneliti secara acak (tujuan dan masalah dalam penelitian) (Nursalam, 2010).

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel independen (Variabel bebas)

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2003). Dalam penelitian ini variabel independen adalah pengetahuan keluarga.

4.3.2 Variabel Dependen (variabel tergantung)

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2011). Yang menjadi variabel dependen pada penelitian ini adalah tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di R Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Faktor Pengetahuan terhadap Tugas Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia di R. Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Variabel	Definisi operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Independen Pengetahuan keluarga	Tingkat pemahaman keluarga tentang penyakit yang dialami anggota keluarganya	Dapat dinilai dari 1. Pengertian Skizofrenia 2. Penyebab skizofrenia 3. Tanda dan gejalanya 4. Upaya pencegahan kekambuhan 5. Pengobatan dan perawatan	Kuesioner	Ordinal	Klasifikasi: (jawaban benar) Baik : 76 – 100 % Cukup : 56 – 75 % Kurang : < 56 % (Arikunto, 2006)
Dependen Tugas Keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia	Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan (skizofrenia)	1. Kemampuan keluarga dalam mengenal masalah pasien 2. Kemampuan keluarga dalam membuat keputusan 3. Kemampuan keluarga melakukan tindakan benar se-suai keputusan 4. Kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pasien 5. Kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan	Kuesioner Kuesioner Observasi Observasi Observasi	Ordinal	1. Skor kuesioner no.1 maksimal:3 1 option:1 2 option:2 3 option:3 2. Skor kuesioner no.2 Unfavorabel Ya: 0 kadang : 1 Tidak : 2 Favorabel Ya : 2 Kadang : 1 Tidak : 0 3. Skor observasi no 3, 4, 5

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya atau hal-hal yang dia ketahui (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner dan lembar observasi.

1. Kuesioner kemampuan keluarga dalam mengenali masalah

Kuesioner yang digunakan kuesioner *closed ended question* (Arikunto, 2000). Responden menjawab pertanyaan dengan memilih pilihan yang telah disediakan penelitian, jawaban boleh lebih dari satu, jika 1 *option* skor 1, 2 *option* skor 2, dan 3 *option* skor 3. Pertanyaan no 1: penyebab gangguan jiwa; no 2: gejala-gejala gangguan jiwa; no 3: fase-fase kekambuhan; no 4: pemicu gejala kekambuhan gangguan jiwa; no 5; manfaat obat-obat gangguan jiwa; no 6: efek samping obat-obatan gangguan jiwa; no 7: masalah yang sering terjadi pada penderita gangguan jiwa.

2. Kuesioner kemampuan keluarga membuat keputusan

Kuesioner yang digunakan kuesioner *closed ended question*. Pertanyaan negatif: 1, 2, 3 dan 7, jika responden menjawab ya maka skor : 0, kadang skor: 1 dan jika responden menjawab tidak maka skor : 2

Pertanyaan positif 4, 5 dan 6 jika responden menjawab ya maka skor :2, kadang maka skor: 1 dan jika responden menjawab tidak maka skor: 0

3. Observasi: Tugas keluarga tentang kemampuan keluarga melakukan tindakan tepat dalam perawatan penderita gangguan jiwa, kemampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif, dan kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas, sarana dan prasarana pelayanan kesehatan jiwa. Jika

sering dilakukan maka skor : 2, jika kadang dilakukan maka skor : 1, dan jika tidak pernah dilakukan maka skor : 0.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengumpulan data ini dilaksanakan pada tanggal Desember 2014 - Januari 2015 di R. Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

4.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan langkah-langkah yang pertama mengajukan rekomendasi dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga kemudian mengajukan permohonan ijin kepada direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Selanjutnya peneliti mengajukan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di Ruang Jiwa Sejahtera ke kepala Instalasi Rawat Inap Jiwa. Setelah peneliti mendapat ijin untuk melakukan penelitian, peneliti kemudian memulai kegiatan penelitian dengan menyeleksi calon responden dengan berpedoman pada kriteria inklusi. Berikutnya peneliti meminta persetujuan dari responden penelitian dengan memberikan *informed consent* dan meminta tanda tangan untuk bersedia diteliti. Sebelumnya responden diberi penjelasan terlebih dahulu lalu memberikan kuesioner kepada keluarga pasien dengan Skizofrenia yang dirawat di Ruang Sejahtera. Peneliti mengisi data demografi responden pada lembar cek *list* untuk setiap responden serta peneliti mengisi data pada kuesioner untuk setiap responden. Kuesioner diisi oleh responden dengan dipandu oleh peneliti.

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan hambatan antara lain sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan SMA ke bawah sehingga

kurang memahami ketika mengisi kuesioner, sebagian responden kurang konsentrasi ketika mengisi kuesioner karena memikirkan anggota keluarga yang sakit, kondisi ruangan yang kurang mendukung (penerangan kurang) sehingga kesulitan dalam mengisi kuesioner. Untuk mengatasi segala hambatan tersebut, peneliti membimbing responden dan menjelaskan pada reaponden hal-hal yang kurang dipahami responden sehingga responden paham dengan isi kuesioner yang diberikan oleh peneliti. Peneliti memberikan waktu lebih pada responden yang kurang konsentrasi karena memikirkan anggota keluarga yang sakit, peneliti memberikan dukungan pada responden tersebut dengan memegang pundak responden agar tenang dan memberikan dorongan yang positif.

Variabel data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data dan observasi yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut :

1. *Editing*

Upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. *Coding*

Mengklasifikasi jawaban-jawaban dari para responden dalam kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban.

3. *Entry Data*

Kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam *master table* atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bias juga dengan membuat table kontingensi.

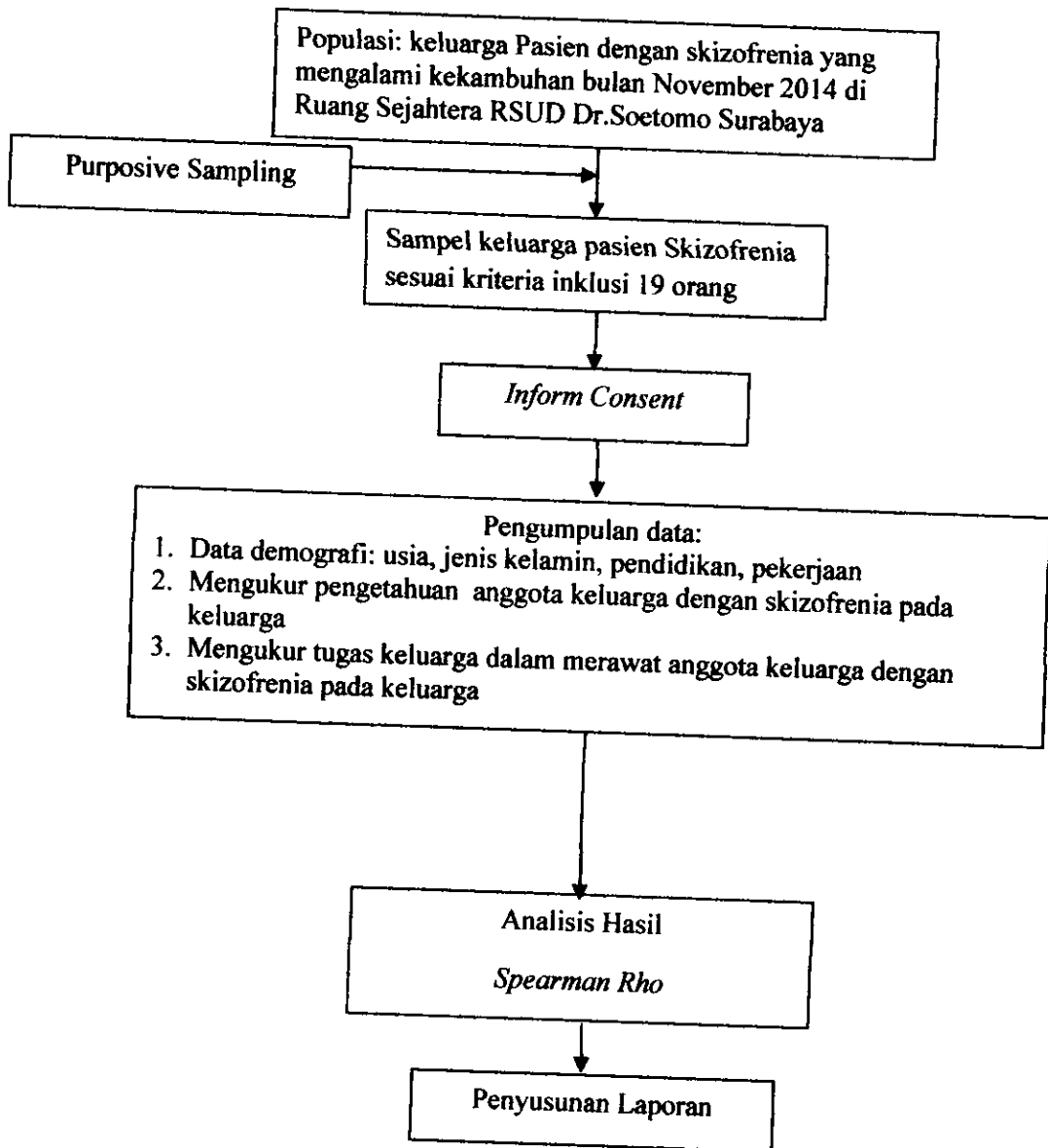
4. *Cleaning*

Pembersihan data, lihat variabel apakah sudah bersih terhadap faktor perancu atau tidak.

4.8 Analisis Data

Setelah semua data terkumpul dan telah didapatkan hasil, langkah selanjutnya dengan melakukan analisa data yang dimulai dengan tabulasi yang selanjutnya dianalisa data dengan menggunakan teknik statistik *Spearman Rho* dengan taraf signifikansi $p < 0,05$ berarti H_0 ditolak dan H_1 diterima berarti ada hubungan antara dua variabel yang diukur (Kontour, 2005). Derajat kekuatan hubungan (koefisien korelasi) ada lima tingkatan yaitu: jika koefisien korelasi 0,8–1 maka derajat hubungan sangat kuat, jika 0,6–0,799 maka drajat hubungan adalah kuat, jika 0,4–0,599 maka derajat hubungan adalah sedang, jika 0,2–0,399 maka derajat hubungan adalah rendah dan jika 0,0–0,199 maka derajat hubungan antara variabel independen dan dependen adalah sangat rendah atau tidak ada hubungan (Arikunto, 2003)

4.9 Kerangka Operasional / Kerja



Gambar 4.1: Kerangka Penelitian hubungan faktor pengetahuan keluarga terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya

4.11 Masalah Etik

Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang berbagai hal terkait dengan penelitian yang akan dilakukan. Hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

4.11.1 Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Subyek penelitian terlebih dahulu diberikan penjelasan tentang tujuan serta manfaat intervensi sebelum dilaksanakan penelitian. Lembar persetujuan (*informed consent*) diberikan kepada responden yaitu keluarga pasien *Skizoprenia* sesuai dengan kriteria inklusi. Responden yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka harus menandatangani lembar persetujuan dan responden yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti dilarang memaksa responden dengan tetap menghormati haknya.

4.11.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

Nama responden tidak akan dicantumkan dalam lembar pengumpulan data, hal ini bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden. Untuk mengetahui keikutsertaan responden, peneliti cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.11.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dalam penelitian dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

4.11.4 Keamanan (*Safety*)

Pada penelitian ini memiliki efek samping yang kecil terhadap subyek penelitian, untuk itu tidak dilakukan monitor keamanan khusus pada subyek

penelitian, tetapi tetap dilakukan monitor standar pada anggota keluarga yang sedang dirawat inap.

4.11.5 Pembiayaan (*Financing*)

Pada penelitian ini tidak memerlukan biaya khusus, untuk itu subyek penelitian tidak dibebankan biaya terkait penelitian ini. Segala biaya pada penelitian ini dibebankan pada peneliti.

4.12 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Keterbatasan waktu menyebabkan penelitian ini kurang maksimal.
2. Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan SMA ke bawah sehingga kurang memahami ketika mengisi kuesioner.
3. Sebagian responden kurang konsentrasi ketika mengisi kuesioner karena memikirkan anggota keluarga yang sakit.
4. Kondisi ruangan yang kurang mendukung (penerangan kurang) sehingga kesulitan dalam mengisi kuesioner.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian tentang hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Penyajian data berupa gambaran lokasi penelitian, karakteristik demografi responden yang meliputi hubungan dengan keluarga, usia keluarga, frekuensi klien mendapatkan perawatan gangguan jiwa, suku, pendidikan terakhir, agama, pekerjaan, dan penghasilan. Data khusus meliputi variabel yang diukur terdiri dari pengetahuan dan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Variabel tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia meliputi sub-sub variabel: kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien, kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan, kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat/kondusif bagi klien, dan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya adalah rumah sakit pendidikan tipe A yang terletak di Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6-8 Surabaya. RSUD Dr. Soetomo terdiri dari beberapa instalasi. Lokasi penelitian ini adalah di

Ruang Sejahtera Instalasi Rawat Inap (IRNA) Jiwa yang terdiri dari 2 ruang rawat inap yaitu ruang rawat inap Holistik dan ruang rawat inap Sejahtera.

Ruang Sejahtera sebagai tempat pengambilan sampel penelitian terdiri dari 4 kamar utama 4, 2 kamar kelas 1, 2 kamar kelas 2 yang masing-masing kamar terdiri dari 4 tempat tidur, 4 kamar kelas 3, masing-masing terdapat 4 tempat tidur dan 1 kamar isolasi terdapat 3 tempat tidur. Di dalamnya terdapat ruang Depo Farmasi, kasir IRNA, ruang dokter supervisor, dokter PPDS dan dokter muda, serta didukung oleh tenaga perawat, rekam medik, dan farmasi.

Sumber daya manusia di ruang Sejahtera sebanyak 22 orang terdiri dari 14 tenaga keperawatan, 5 orang pekarya kesehatan, 2 orang tenaga PRT, 1 orang tenaga rekam medik. Adapun tenaga perawat yang dinas pagi 6 orang, 2 tenaga perawat dinas siang, dan 2 tenaga perawat dinas malam.

Pasien yang mendapat pelayanan di Ruang Sejahtera berasal dari Poliklinik Jiwa dan IGD. Ruang Sejahtera dengan kapasitas tempat tidur 33, setiap hari rerata BOR 45-50% atau sekitar 12-16 pasien rawat inap. Setiap pasien yang dirawat di Ruang Sejahtera wajib dijaga keluarga maksimal 2 orang.

5.1.2 Karakteristik Responden

1. Hubungan Dengan Keluarga

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan hubungan keluarga di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Hubungan dengan keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Suami	4	20
Istri	2	10
Ayah	3	15
Ibu	8	40
Lain-lain	3	15
Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel 5.1 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yaitu 8 orang (40%) adalah ibu dari penderita skizofrenia yang dirawat di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Sedangkan yang paling sedikit adalah merupakan istri dari penderita skizofrenia yaitu 2 orang (10%). Hubungan keluarga dengan klien yang lain adalah hubungan kakak atau adik.

2. Umur

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan umur di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
20-30 tahun	4	20
31-40 tahun	3	15
41-50 tahun	5	25
> 50 tahun	8	40
Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yaitu 8 orang (40%) berusia > 50 tahun, sedangkan yang paling sedikit adalah responden keluarga pasien yang berusia 31-40 tahun yaitu 3 orang (15%).

3. Frekuensi Mendapat Perawatan Gangguan Jiwa

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan frekuensi mendapat perawatan gangguan jiwa di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Frekuensi Mendapat Perawatan Gangguan Jiwa	Frekuensi	Persentase (%)
1 kali	6	30
2 kali	5	25
3 kali	6	30
4 kali	3	15
Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa mayoritas responden yaitu masing-masing 6 orang (30%), keluarganya pernah mendapat perawatan gangguan jiwa sebanyak 1 kali dan 3 kali. Kemudian yang keluarganya pernah

mendapat perawatan gangguan jiwa sebanyak 5 kali terdapat 5 orang (25%) sedangkan yang pernah 4 kali terdapat 3 orang (15%).

4. Suku

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan asal suku di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Asal Suku	Frekuensi	Persentase (%)
Bali	1	5
Jawa	19	95
Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel 5.4 tampak bahwa hampir seluruh responden yaitu 19 orang (95%) adalah berasal dari suku Jawa, sedangkan yang dari luar suku Jawa hanya 1 orang (5%) yaitu dari Bali.

5. Pendidikan

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan tingkat pendidikan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sekolah	1	5
SD/SR	7	35
SLTP	8	40
SLTA	3	15
Perguruan Tinggi	1	5
Jumlah	20	100

Dari tabel 5.5 tampak bahwa mayoritas responden adalah berpendidikan SLTP yaitu sebanyak 8 orang (40%), sedangkan yang paling sedikit adalah yang tidak sekolah dan berpendidikan perguruan tinggi yaitu masing-masing 1 orang (5%).

6. Agama

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan agama di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Agama	Frekuensi	Persentase (%)
Islam	18	90
Kristen	-	-
Katolik	1	5
Hindu	1	5
Budha	-	-
Lain-lain	-	-
Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel 5.6 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden adalah beragama Islam yaitu sebanyak 18 orang (90%), sedangkan yang beragama Katolik dan Hindu masing-masing ada 1 orang (5%).

7. Pekerjaan

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan pekerjaannya di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Pedagang	7	35
Petani	2	10
Karyawan	7	35
Lain-lain	4	20
Jumlah	20	100

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan mayoritas adalah keluarga pasien skizofrenia yang bekerja sebagai pedagang dan karyawan yaitu masing-masing 7 orang atau 35%. Sedangkan yang bekerja lain-lain ada 4 orang (20%) dan yang bekerja sebagai petani didapatkan 2 orang (10%). Pekerjaan lain-lain ini adalah untuk anggota keluarga yang tidak bekerja.

8. Penghasilan

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan penghasilan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Penghasilan	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Tetap	10	50
Rp 500.000 - 1.000.000	3	15
Rp 1.000.000 - 2.000.000	4	20
> 2.000.000	3	15
Jumlah	20	100

Dari tabel 5.8 didapatkan separuhnya yaitu 10 orang (50%) adalah keluarga pasien skizofrenia yang berpenghasilan tidak tetap. Kemudian yang berpenghasilan antara Rp 500.000 – 1.000.000 didapatkan 3 orang (15%), lalu masing-masing 3 orang (15%) adalah yang berpenghasilan Rp 500.000 – 1.000.000 dan > Rp 2.000.000.

9. Fasilitas Jaminan Kesehatan

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan fasilitas jaminan kesehatan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Fasilitas Jaminan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
BPJS	20	100
Umum	-	-
Askes	-	-
Jumlah	20	100

Dari tabel 5.9 didapatkan seluruh responden yaitu 20 orang (100%) menggunakan fasilitas kesehatan BPJS.

10. Konsumsi Obat

Tabel 5.10 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan konsumsi obat di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Fasilitas Jaminan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Terjadwal	15	75
Tidak Pernah Minum Obat	-	-
Tidak Teratur	5	25
Jumlah	20	100

Dari tabel 5.10 didapatkan sebagian besar responden yaitu 15 orang (75%) mengkonsumsi obat secara terjadwal dan sebagian kecil responden (25%) tidak teratur dalam mengkonsumsi obat.

11. Kontrol ke Pelayanan Kesehatan

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi responden keluarga pasien skizofrenia berdasarkan kontrol ke pelayanan kesehatan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Kontrol ke Pelayanan Kesehatan	Frekuensi	Persentase (%)
Teratur	20	100
Tidak Teratur	-	-
Tidak Pernah	-	-
Jumlah	20	100

Dari tabel 5.11 didapatkan seluruh responden yaitu 20 orang (100%) kontrol ke pelayanan kesehatan secara teratur.

5.1.3 Pengetahuan Keluarga

Tabel 5.12 Pengetahuan anggota keluarga pasien skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	10	50
Cukup	4	20
Kurang	6	30
Jumlah	20	100

Berdasarkan 5.12 didapatkan separuh responden yaitu 10 orang atau 50% memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya. Kemudian 6 orang (30%) memiliki pengetahuan yang kurang dan 4 orang (20%) memiliki pengetahuan yang cukup.

5.1.4 Tugas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia

Tabel 5.13 Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Tugas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia	Kategori			Total
	Baik	Cuku	Kurang	
Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien	4 (20%)	14 (70%)	2 (10%)	20 (100%)
Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan	2 (10%)	13 (65%)	5 (25%)	20 (100%)
Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit	12 (60%)	2 (10%)	6 (30%)	20 (100%)
Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien	11 (55%)	4 (20%)	5 (25%)	20 (100%)
Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	7 (35%)	7 (35%)	6 (30%)	20 (100%)

Dari tabel 5.13 tampak bahwa untuk kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien sebagian besar yaitu 14 orang (70%) termasuk kategori cukup. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan sebagian besar yaitu 13 orang (65%) berkategori cukup. Kemudian kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit sebagian besar yaitu 12 orang (60%) termasuk dalam kategori baik. Kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif bagi klien sebagian besar juga baik yaitu pada 11 orang (55%). Untuk kemampuan

keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa masing-masing yaitu 7 orang (35%) memiliki kategori yang baik dan cukup.

5.1.5. Hubungan Pengetahuan dan Tugas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia

1) Hubungan Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien

Tabel 5.14 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien			Total
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	4 (20%)	6 (30%)	0 (0%)	10 (60%)
Cukup	0 (0%)	4 (20%)	0 (0%)	4 (20%)
Kurang	0 (0%)	4 (20%)	2 (10%)	6 (30%)
Total	4 (20%)	14 (70%)	2 (10%)	20 (100%)

Spearman's rho : $p = 0,003$; koefisien korelasi (r) = 0,622

Berdasarkan tabel 5.14 tampak bahwa mayoritas responden yaitu 6 orang atau 30% memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang cukup dalam mengenali masalah pasien. Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,003$ yang lebih kecil dari 0,05 sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Nilai koefisien korelasi (r) = 0,622 menunjukkan adanya derajat hubungan yang kuat. Nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien.

2) Hubungan Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan

Tabel 5.15 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan			Total
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	2 (10%)	7 (35%)	1 (5%)	10 (10%)
Cukup	0 (0%)	3 (15%)	1 (5%)	4 (20%)
Kurang	0 (0%)	3 (15%)	3 (15%)	5 (30%)
Total	2 (10%)	13 (65%)	5 (25%)	20 (100%)

Spearman's rho : $p = 0,029$; koefisien korelasi (r) = 0,487

Berdasarkan tabel 5.15 tampak bahwa mayoritas responden yaitu 7 orang (35%) memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang cukup dalam mengambil keputusan. Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,029$ ($<0,05$) sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Nilai koefisien korelasi (r) = 0,487 menunjukkan adanya derajat hubungan yang sedang. Nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan.

3) Hubungan Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit

Tabel 5.16 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit			Total
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	10 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (50%)
Cukup	2 (10%)	2 (10%)	0 (0%)	4 (20%)
Kurang	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	6 (30%)
Total	12 (60%)	2 (10%)	6 (30%)	20 (100%)

Spearman's rho : $p = 0,000$; koefisien korelasi (r) = 0,738

Berdasarkan tabel 5.16 tampak bahwa separuh responden yaitu 10 orang (50%) memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang baik dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit. Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($<0,05$) sehingga dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Nilai koefisien korelasi (r) = 0,738 menunjukkan adanya derajat hubungan yang kuat. Nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit.

4) Hubungan Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat atau Kondusif

Tabel 5.17 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat atau Kondusif			Total
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	8 (40%)	2 (10%)	0 (0%)	10 (50%)
Cukup	3 (15%)	1 (5%)	0 (0%)	4 (20%)
Kurang	0 (0%)	1 (5%)	5 (25%)	6 (30%)
Total	11 (55%)	4 (20%)	5 (25%)	20 (100%)

Spearman's rho : $p = 0,003$; koefisien korelasi (r) = 0,626

Berdasarkan tabel 5.17 tampak bahwa mayoritas responden yaitu 8 orang (40%) memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang baik dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan kondusif. Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,003$ ($<0,05$), jadi dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Nilai koefisien korelasi (r) = 0,626 menunjukkan adanya derajat hubungan yang kuat. Nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif.

5) **Hubungan Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa**

Tabel 5.18 Tabulasi silang hubungan pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya, Januari 2015

Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa			Total
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	7 (35%)	3 (15%)	0 (0%)	10 (50%)
Cukup	0 (0%)	3 (15%)	1 (5%)	4 (20%)
Kurang	0 (0%)	1 (5%)	5 (25%)	6 (30%)
Total	7 (35%)	7 (35%)	6 (30%)	20 (100%)

Spearman's rho : $p = 0,000$; koefisien korelasi (r) = 0,778

Berdasarkan tabel 5.18 tampak bahwa mayoritas responden yaitu 7 orang (35%) memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang baik dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa. Hasil uji *Spearman's rho* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($<0,05$), jadi dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Nilai koefisien korelasi (r) = 0,778 menunjukkan adanya derajat hubungan yang kuat. Nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Mengidentifikasi faktor pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

Hasil penelitian didapatkan bahwa separuh responden (50%) memiliki pengetahuan yang baik tentang *skizofrenia*. Sebagian besar responden yang berpengetahuan baik memiliki tingkat pendidikan minimal SLTP. Berdasarkan teori Notoadmodjo (2007), pengetahuan berhubungan dengan pendidikan formal yang didapat oleh seseorang, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin luas pengetahuannya dan pemahamannya tentang informasi juga lebih baik. Menurut Meliono (2007), pengetahuan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pendidikan, media dan keterpaparan informasi. Berdasarkan tingkat pengetahuan responden, didapati bahwa responden berpengetahuan baik adalah sama jumlahnya antara perempuan maupun laki-laki. Hal ini berarti tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pengetahuan keluarga pasien dengan skizofrenia. Hampir sebagian besar responden yang berpengetahuan baik memiliki keluarga sakit yang telah mendapatkan perawatan lebih dari 2 kali. Hal ini juga dapat mempengaruhi anggota keluarga dalam keterpaparan informasi tentang skizofrenia, dimana keterpaparan informasi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

Hasil penelitian ini didapatkan 6 orang (30%) yang masih memiliki pengetahuan yang kurang. Dalam penelitian ini masih adanya responden yang berpengetahuan kurang dapat disebabkan karena rendahnya tingkat pendidikan. Hal ini dapat dilihat dari tabel 5.5 yang tampak bahwa masih banyak responden yang hanya berpendidikan SD. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang, maka makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi.

Dengan pendidikan tinggi, maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain, maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya.

5.2.2 Mengidentifikasi tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

1. Kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien

Kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien sebagian besar sudah termasuk kategori cukup yaitu 40 % memiliki kemampuan mengenali masalah dalam kategori baik dan 60% dalam kategori cukup. Hampir sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik. hal ini berarti pengetahuan berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan. Menurut Green (1980) dalam Notoadmodjo (2003), pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Mengenal masalah kesehatan merupakan kegiatan mengkaji lebih lanjut mengenai semua hal yang berkaitan dengan penyakit yang diderita anggota keluarga. Informasi tersebut terdiri dari pengertian, tanda gejala, penyebab, serta cara merawat (Friedman,1998). Kemampuan mengenal masalah erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan keluarga. Kemampuan tersebut merupakan pengembangan upaya responden dalam mencari tahu informasi mengenai permasalahan kesehatan yang dialami anggota keluarganya sehingga menjadi dasar terbentuknya tindakan keluarga selanjutnya.

2. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan

Untuk kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan, hanya didapatkan 2 orang saja (10%) yang kemampuannya baik, 13 orang cukup (65%), sedangkan 5 orang masih kurang (25%). Responden yang memiliki kemampuan dalam pengambilan keputusan yang baik semuanya memiliki pengetahuan dalam kategori yang baik. hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki hubungan yang bermakna dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan. Keluarga merupakan tempat terpenting dalam penyelesaian masalah bersama, salah satunya membuat keputusan tentang masalah kesehatan keluarga. Dasar dalam pengambilan keputusan bagi anggota keluarga yang sakit adalah hak dan tanggung jawab bersama yang pada akhirnya menentukan pelayanan yang akan digunakan (Effendy, 1998). Pengambilan keputusan oleh keluarga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendidikan dan pendapatan yang dimiliki oleh keluarga tersebut. Banyak faktor lain juga yang mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit seperti pendidikan, pengetahuan, usia, penghasilan dan jarak ke tempat pelayanan kesehatan, pengaruh lingkungan, faktor penyelenggara pelayanan kesehatan, biaya pelayanan (Khudhori, 2012).

3. Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit

Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit sebagian besar yaitu 12 orang (60%) sudah termasuk dalam kategori baik. Setiap anggota keluarga memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang lain ketika sakit (Effendy, 1998). Hal tersebut merupakan tugas pokok keluarga dimana keluarga memiliki tugas untuk

memenuhi kebutuhan serta pemeliharaan dan perawatannya (Friedman, 1998). Anggota keluarga yang menderita skizofrenia memerlukan perawatan seperti pemenuhan kebutuhan sehari-hari, masalah *activity daily living*, serta pemberian pengobatan. Keluarga mempunyai peran besar dalam merawat pasien skizofrenia karena penderita skizofrenia mengalami kemunduran secara kognitif (Felicia, 2011). Sejalan dengan Notoadmodjo (2003) aplikasi dari suatu tindakan perawatan merupakan hasil dari tahu dan paham. Sehingga, sebelum domain pengetahuan dalam diri seseorang sampai pada tahap tingkat aplikasi, ini memungkinkan seseorang yang sudah pada domain kognitif tahu dan paham, namun belum mampu mengaplikasikan ilmu tersebut. Keluarga merupakan pemberi perawatan utama bagi pasien skizofrenia di rumah. Pasca perawatan di rumah sakit, keluarga merupakan penanggungjawab utama yang mengelola pasien agar tetap stabil dan tidak jatuh pada kondisi kekambuhan. Keberhasilan perawatan di rumah sakit tidak akan berarti apabila tidak dilanjutkan dengan kemampuan perawatan yang baik dari keluarga, mengingat pasien skizofrenia tidak hanya membutuhkan terapi medis saja untuk sembuh melainkan membutuhkan perhatian dan juga semangat secara emosi dari keluarga (Felicia, 2011).

4. Kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat/kondusif bagi klien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif bagi anggota keluarga dengan skizofrenia sebagian besar yaitu 11 orang (55%) termasuk dalam kategori baik. Kemampuan ini dilatarbelakangi oleh lamanya pasien menderita skizofrenia. Menurut Wong (1995), teori system keluarga secara umum, yang dicirikan dengan adanya interaksi antar

komponen dan antar sistem dengan lingkungannya melalui suatu mekanisme umpan balik. Satu komponen bergantung pada komponen lain dan mempengaruhi komponen yang lainnya. Dengan demikian, apabila terjadi perubahan pada salah satu komponen, hal ini akan mempengaruhi komponen yang lain. Keadaan sakit pada salah satu anggota keluarga akan berdampak pada anggota keluarga yang lain, baik secara fisik, psikososial, maupun ekonomi. Berdasarkan teori ini, keadaan sakit pada salah satu anggota keluarga bukan semata-mata disebabkan oleh individu itu sendiri, tetapi akibat interaksi antar anggota keluarga.

5. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan jiwa

Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan jiwa masih didapatkan 7 orang (40%) memiliki kemampuan baik. Kemampuan keluarga tersebut didukung dengan adanya program pengobatan gratis yaitu dengan BPJS yang telah disediakan oleh pemerintah pada masyarakat. sehingga keluarga tidak merasa terbebani dalam memanfaatkan fasilitas yang telah disediakan. Disisi lain masih ada keluarga yang memiliki kemampuan yang kurang khususnya dalam membawa pasien ke pelayanan kesehatan jika ada masalah kesehatan.

Keluarga memiliki peran utama dalam perawatan pasien skizofrenia di rumah. Salah satu tugasnya yaitu membawa pasien skizofrenia ke pelayanan kesehatan terdekat untuk mendapatkan pengobatan serta penanganan yang sesuai dengan standar kesehatan (Friedman, 1998). Pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebijakan pemerintah di bidang kesehatan untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat. Selama ini pemerintah telah berusaha keras untuk menyediakan pelayanan yang prima untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Depkes, 2012). Saat ini masyarakat sudah banyak yang memanfaatkan pelayanan

kesehatan terutama dengan menggunakan dan memanfaatkan BPJS yang juga melatarbelakangi perilaku masyarakat untuk membawa anggota keluarganya yang sakit untuk mendapatkan perawatan. Sehingga masalah kesehatan dapat ditangani secepatnya.

5.2.3 Menganalisis hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

1. Kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang cukup dalam mengenali masalah pasien. Hasil uji *Spearman's rho* menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam mengenali masalah pasien.

Hal ini bermakna responden sekedar mengetahui saja namun tidak mengerti langkah selanjutnya yang akan diambil. Bila dilihat dari data demografi responden, dapat diketahui bahwa responden dengan pengetahuan cukup ini mayoritas berpendidikan Sekolah Dasar. Rendahnya pendidikan yang dimiliki oleh responden menyebabkan pengembangan wawasan dari informasi yang diperoleh juga kurang. Dengan tingkat kemampuan dalam mengenal masalah yang cukup, keluarga sebagai pemberi dukungan utama menjadi kurang maksimal dalam menjalankan tugasnya dalam memberikan perawatan. Selain itu pengetahuan keluarga merupakan dasar yang akan menentukan tindakan keluarga selanjutnya. Akibat kemampuan yang

hanya pada taraf cukup akhirnya keluarga memiliki persepsi yang salah mengenai skizofrenia.

Sebagian besar responden yang memiliki kemampuan mengenali masalah anggota keluarga yang baik memiliki anggota keluarga dengan frekuensi perawatan lebih dari 2 kali. Pengalaman dalam merawat anggota keluarga yang sakit juga akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit.

2. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang cukup dalam mengambil keputusan. Hasil uji *Spearman's rho* menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan.

Memutuskan tindakan kesehatan merupakan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan setelah mengetahui anggota keluarganya menderita skizofrenia. Tindakan tersebut dilatarbelakangi oleh tingkat pengetahuan keluarga, biaya, tenaga, serta waktu yang dimiliki dalam menangani permasalahan (Friedman, 1998). Pengetahuan keluarga yang mayoritas dalam tingkat cukup menyebabkan keluarga kurang tanggap terhadap permasalahan yang terjadi pada anggota keluarganya yang menderita skizofrenia, sehingga tidak semua masalah terselesaikan dengan baik. Keluarga hanya memutuskan tindakan yang diketahuinya saja.

Pemilihan alternatif pengobatan di dukun atau paranormal dihubungkan dengan budaya yang berkembang di masyarakat dan tingkat pendidikan yang dimiliki responden. Dari data demografi menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan Sekolah Dasar selain itu semua responden merupakan suku Jawa. Dengan pendidikan tersebut, seseorang lebih mudah percaya kepada sesuatu yang berkembang di masyarakat. Beberapa masyarakat menganggap bahwa skizofrenia diakibatkan dari gangguan makhluk halus atau hal mistis. Sehingga mereka merasa perlu untuk pergi ke dukun atau paranormal untuk menghilangkan gejala-gejala skizofrenia. Saat menjalani terapi nonfarmakologis ini terkadang keluarga lupa memberikan obat karena fokus dengan pengobatan dari dukun atau paranormal. Karena hal inilah, kemudian kekambuhan terjadi. Keluarga merupakan penentu keputusan utama bagi pasien skizofrenia, mengingat pasien mengalami penurunan fungsi kognitif sehingga tidak mengetahui apa yang terbaik untuk perkembangan status kesehatannya. Perilaku ini didukung oleh budaya yang berkembang di beberapa masyarakat setempat yang percaya ada kekuatan mistis yang menyebabkan pasien menderita skizofrenia. Kemampuan yang cukup akan menimbulkan penyelesaian masalah yang tidak tuntas. Ketidaktuntasan tersebut berarti juga masih ada masalah yang belum terselesaikan dan menyebabkan munculnya kembali gejala-gejala skizofrenia karena skizofrenia merupakan penyakit yang memerlukan perawatan yang terus menerus.

3. Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setengah responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang baik dalam melakukan tindakan yang tepat

pada anggota keluarga yang sakit. Hasil uji *Spearman's rho* menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit.

Kemampuan keluarga dalam merawat masih berada pada domain tahu dan paham sehingga belum mampu mengaplikasikan perawatan yang maksimal pada anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Hal ini didukung dengan data demografi responden yang mayoritas bekerja sebagai pedagang, sehingga keluarga lebih banyak menghabiskan waktunya untuk bekerja dibandingkan mencari informasi untuk perawatan keluarganya yang sakit.

Menurut Friedman (1998), sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Berdasarkan penelitian Barrowclough dan Tarrier (1990) dalam Ambari (2010) dijelaskan bahwa pasien *skizofrenia* pasca perawatan yang tinggal bersama keluarga dengan *expressed emotion* yang tinggi menunjukkan keberfungsian sosial yang rendah, sebaliknya pasien *skizofrenia* pasca perawatan tinggal bersama keluarga dengan *expressed emotion* yang rendah menunjukkan keberfungsian sosial yang tinggi. dalam meningkatkan dan mengembalikan

keberfungsian sosial pasien *skizofrenia* paska perawatan diperlukan sikap keluarga yang turut terlibat langsung dalam penanganan pasien.

4. Kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat/kondusif bagi klien

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang baik dalam menciptakan lingkungan yang sehat dan kondusif. Hasil uji *Spearman's rho* menyatakan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit *skizofrenia* yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang sehat atau kondusif.

Data demografi menunjukkan bahwa mayoritas pasien menderita *skizofrenia* lebih dari 2 kali perawatan. Pengalaman merawat anggota keluarga yang sakit berkaitan dengan lingkungan yang baik yang diberikan pada anggota keluarga dengan *skizofrenia*. Hal ini dilakukan keluarga misalnya dengan menyediakan perlengkapan yang dibutuhkan seperti sabun, odol, baju, dan lain-lain. Selain itu keluarga sudah bisa memotivasi anggota keluarga yang sakit untuk selalu percaya diri dan berusaha untuk selalu membuat anggota keluarga yang sakit senang.

5. Kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan jiwa

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan baik dan kemampuan yang baik dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa. Hasil uji *Spearman's rho* menyatakan terdapat hubungan

antara pengetahuan dengan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan nilai koefisien korelasi yang bertanda positif (+) menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan keluarga tentang penyakit skizofrenia yang dialami anggota keluarganya maka semakin baik pula kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

Dalam penelitian ini, mayoritas masyarakat memiliki kemampuan yang baik dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang berada di sekitar masyarakat. Mayoritas keluarga mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik namun mayoritas tingkat kekambuhan skizofrenia adalah <1 bulan. Setelah mendapat penanganan dari petugas puskesmas setempat, keluarga adalah yang kemudian bertanggungjawab terhadap perawatan pasien. Keluarga sering menghentikan pengobatan karena berbagai alasan. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan tidak serta merta mempengaruhi kesadaran keluarga dalam melakukan perawatan yang baik dan benar.

Kemampuan yang ditunjukkan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Tujuan asuhan kesehatan keluarga dapat dicapai dengan memaksimalkan tugas kesehatan yang berlaku dalam keluarga tersebut. Menurut Friedman (1998) tugas tersebut merupakan upaya dalam pemeliharaan antara satu anggota dengan yang lain. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan pemeliharaan tersebut dapat dilihat dari kemampuan keluarga melakukan tugas kesehatan keluarga. Jika tugas kesehatan keluarga tersebut dilakukan dengan baik berarti keluarga sanggup menyelesaikan masalah kesehatannya. Penyelesaian masalah kesehatan keluarga dipengaruhi oleh beberapa

faktor, antara lain budaya, pengetahuan, tindakan untuk mengatasi masalah, sumberdaya (fisik, ekonomi, tenaga, waktu), sumberdaya perawatan di masyarakat. memiliki pendidikan Sekolah Dasar. Hal ini mempengaruhi seseorang dalam mengenal, memutuskan, merawat, dan menciptakan lingkungan yang menunjang bagi pasien skizofrenia. Faktor lain yang turut mempengaruhi adalah sumberdaya (waktu, ekonomi, fisik, tenaga) dan sumber daya perawatan yang berada di masyarakat. Dari data demografi dapat dilihat bahwa responden mayoritas bekerja sebagai petani, sehingga sebagian besar waktunya digunakan untuk menggarap sawah. Oleh karena itu, mayoritas keluarga menjadi tidak maksimal dalam melaksanakan tugas kesehatannya. Walaupun sumber daya perawatan sudah tersedia dan dimanfaatkan oleh masyarakat, namun faktor-faktor yang lain lebih kuat mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga.

Pengetahuan keluarga berhubungan dengan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Dalam penelitian ini pengetahuan responden sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan karena pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut memperoleh informasi. Informasi yang didapatkan akan diterima sebagai stimulus yang akan mempengaruhi perilaku responden. Selain itu juga dipengaruhi oleh suku. Asal suku mempengaruhi peran responden dalam merawat anggota keluarga yang sakit.

BAB 6
SIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

1. Sebagian besar anggota keluarga yang merawat pasien skizofrenia memiliki pengetahuan yang cukup tentang penyakit skizofrenia.
2. Kemampuan keluarga dalam menjalankan lima tugas dalam rentang cukup sampai dengan baik.
3. Pengetahuan keluarga klien dengan *skizofrenia* tentang penyakit *skizofrenia* berhubungan dengan kemampuan keluarga klien dengan *skizofrenia* dalam merawat anggota keluarga dengan *skizofrenia*.

6.2 Saran

1. Bagi Keluarga Pasien Skizofrenia
Hendaknya keluarga pasien untuk meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit skizofrenia, dengan demikian akan dapat lebih mengenali masalah-masalah yang terjadi pada anggota keluarganya yang mengidap skizofrenia. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan melalui mencari informasi dari *leaflet*, mengikuti penyuluhan kesehatan, atau bertanya kepada tenaga kesehatan jiwa baik itu dokter jiwa ataupun perawat.
2. Bagi Perawat
Perawat hendaknya meningkatkan kemampuan dalam rangka penatalaksanaan pasien skizofrenia. Selain itu perawat hendaknya juga mampu memberikan motivasi sebaiknya mengembangkan teknik pemberian motivasi pada keluarga

pasien dengan skizofrenia sehingga proses perawatan terhadap pasien skizofrenia dapat dilakukan dengan lebih optimal

3. Bagi Tempat Penelitian

Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya hendaknya memberikan pelayanan dengan lebih baik lagi kepada pasien skizofrenia dan keluarganya. Hal yang dapat dilakukan antara lain dengan penggalian informasi terkait tingkat pengetahuan keluarga tentang skizofrenia

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Setelah dilakukan penelitian ini diharapkan selanjutnya untuk dilakukan penelitian lain yang lebih luas terkait metode penelitian serta faktor-faktor lain yang berpengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan *skizofrenia*.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Iman Setiadi 2006. *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika Aditama
- Arikunto, S. 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 137-138
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 150-157
- Ayuso-Guiterrez, 1997. *Factor Influencing Relapse In The Long-Term Course of Schizophrenia*. Del Rio Vega JM.
- Azwar, A. 2003. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal 23-24
- Depdikbud, 1990. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta : Balai Pustaka
- Effendy, Nasrul. 1998. *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta : EGC.
- Keliat, Budi Anna, Panjaitan. R.U dan Helena. 2010. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC, hal. 81-82
- Lawrence and Marshall. 1991. *Health Promotion Planning An Educational and Enviromental Appoarch*. 2th edition. USA: Mayfield Publishing Company
- Mansjoer, A., dkk. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapicus, hal 196
- Maramis. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Cetakan 9. Surabaya: Airlangga University Press, hal 215-226
- Maslim, R., dkk. *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ III*. Cetakan I. Jakarta: Nuh Jaya, hal 48-51
- Nasir, Abdul, dan Muhith, Abdul. 2011. *Dasar-dasar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Nevid, J.S., Rathus, S.A dan Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal*. Edisi 5. Jakarta: Erlangga, hal 108-136
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan I. Jakarta: Rineka Cipta, hal 12-14, 26-27, 65
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 80-99
- Nursalam, dan Pariani. 2001. *Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta: CV Info media, hal 41-44, 64-66

- Saddock, Kaplan dan Grebb. 2010. *Sinopsis Psikiatri*. Edisi 7. Jakarta: Binarupa Aksara, hal 726
- Sena, A. 2004. *Hubungan Antara Keluarga Dengan Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta*. Solo: UMS.
- Setiawan. 2003. "Bersahabat dengan Skizofrenia", (online), (<http://www2.kompas.com/ver1/kesehatan/0611/12/085830.htm>, diakses 12 Maret 2008)
- Stuart, G.W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC, hal 240-250
- Stuart and Sudden. 1995. *Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. 5th Edition. St Louis Missouri: Mosby, page 787
- Suliswati., dkk. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC, hal 143-145
- Videbeck, S. 2011. *Foundation Psychiatric Mental Health Nursing*, Fifth Edition, Philadelphia USA : Lippincott Williams & Wilkins
- Yosep, Iyus. 2010. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Saudara/Saudari yang terhormat,

Nama Saya Yulistyorini (131311123018), Mahasiswa Program Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, Saya akan melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan pengetahuan faktor terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia Di Ruang Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya”**. Hasil penelitian ini akan digunakan sebagai referensi untuk memperbaiki peran keluarga dalam merawat pasien dengan skizofrenia.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan pengetahuan faktor terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia

Saya berharap kepada Saudara/Saudari untuk bersedia menjadi responden. Informasi yang didapatkan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya akan dipergunakan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan.

Sebagai bukti kesediaan menjadi responden dalam penelitian ini, Saya mohon kesediaan Saudara/Saudari untuk menandatangani persetujuan yang telah Saya sediakan pada lembar selanjutnya.

Surabaya,.....
Hormat Saya,

Yulistyorini
NIM. 131311123018

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia/tidak bersedia*) untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya atas nama :

Nama : Yulistyorini

NIM : 131311123018

Yang berjudul **“Hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia Di Ruang Sejahtera RSUD Dr Soetomo Surabaya”**.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “ Hubungan faktor pengetahuan terhadap tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia Di Ruang SejahteraRSUD Dr Soetomo Surabaya”. Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini.

Keterangan:

*)coret yang tidak perlu

Tanggal	
No. Responden	
Nama Terang & Tanda Tangan	

LEMBAR KUESIONER

**HUBUNGAN FAKTOR PENGETAHUAN TERHADAP TUGAS KELUARGA
DALAM MERAHWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN SKIZOFRENIA DI
RUANG SEJAHTERA RSUD DR SOETOMO SURABAYA**

Nomor Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk pengisian

1. Saudara tidak perlu menuliskan nama.
2. Berikan jawaban sejujurnya, karena kejujuran anda akan sangat penting dalam penelitian ini.
3. Berilah tanda cek (v) dalam sesuai pilihan anda.
4. Dalam penilaian ini tidak ada yang salah atau benar.
5. Usahakan tidak ada pertanyaan yang terlewatkan
6. Setelah semua di isi mohon diserahkan kembali

A. DATA DEMOGRAFI

1. Hubungan dengan keluarga :
 suami
 istri
 ayah
 ibu
 tidak ada
2. Usia Keluarga :Tahun
3. Berapa kali klien rawat inapKali
4. Suku keluarga :

5. Pendidikan terakhir :

- Tidaksekolah
- SD/SR
- SLTP
- SLTA
- Pendidikan Tinggi Negeri

6. Berapa lama sakit jiwa? tahun

7. Agama :

- Islam
- Kristen protestan
- Kristen katolik
- Hindu
- Budha
- Lain-lain

8. Pekerjaan :

- Pedagang
- Petani
- Karyawan
- Lain-lain

9. Penghasilan :

- Tidak tetap
- < Rp. 500.000 - 1.000.000
- Rp. 1.000.000 - 2.000.000
- > Rp. 2.000.000

10. Fasilitas jaminan kesehatan yang digunakan :

- BPJS
- Umum
- ASKES

11. Bagaimana klien mengkonsumsi obat :

Terjadwal

Tidak Pernah Minum Obat

Tidak Teratur

12. Kontrol ke pelayanan kesehatan :

Teratur

Tidak Teratur

Tidak Pernah

Lampiran 4

LEMBAR KUESIONER

HUBUNGAN FAKTOR PENGETAHUAN TERHADAP TUGAS KELUARGA DALAM MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN SKIZOFRENIA DI RUANG SEJAHTERA RSUD DR SOETOMO SURABAYA

A. LEMBAR KUESIONER PENGETAHUAN KELUARGA

Nomor Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk pengisian

- a. Lembar diisi oleh responden.
 - b. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan memberi tanda (x).
 - c. Apabila kurang jelas saudara berhak bertanya kepada peneliti.
 - d. Mohon diteliti ulang, agar jangan sampai ada pertanyaan yang terlewatkan untuk dijawab.
1. Menurut anda penyebab gangguan jiwa adalah...
 - a. Faktor keturunan
 - b. Lingkungan keluarga yang kasar dan suka mengejek
 - c. Kehidupan yang penuh stres
 2. Menurut anda gejala gangguan jiwa adalah....
 - a. Klien merasa melihat/ mendengar/ mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada
 - b. Klien mudah lupa
 - c. Klien tidak suka bergaul atau suka menyendiri

3. Manfaat obat-obatan gangguan jiwa adalah
 - a. Mengendalikan perilaku klien yang menyimpang
 - b. Mengurangi perawatan rumah sakit jangka panjang
 - c. Klien tidak suka bergaul atau suka menyendiri
4. Efek samping obat-obat gangguan jiwa adalah
 - a. Kekakuan anggota tubuh
 - b. Tangan gemetar
 - c. Selalu ingin bergerak, tidak mampu duduk diam
5. Tindakan yang kurang tepat jika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
 - a. Dibawa ke orang pintar
 - b. Membawa ke RS
 - c. Memberikan dukungan kepada klien untuk sembuh
6. Jika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa saya akan:
 - a. Membawa ke RS
 - b. Dikurung dalam rumah
 - c. Dibiarkan saja
7. Menurut anda tindakan yang salah jika dilakukan oleh orang gangguan jiwa adalah
 - a. Orang gangguan jiwa tidak bergaul dengan teman-temannya
 - b. Orang gangguan jiwa tetap bergaul dengan teman-temannya
 - c. Keluarga membantu orang gangguan jiwa untuk rutin minum obat
8. Jika terjadi kekambuhan sebagai keluarga yang anda lakukan adalah
 - a. Menganjurkan anggota keluarga yang sakit untuk mengungkapkan perasaan
 - b. Membantu anggota keluarga yang sakit untuk disiplin minum obat
 - c. Segera membawa klien ke puskesmas atau rumah sakit

9. Tindakan yang harus dilakukan keluarga dalam hal kepatuhan minum obat klien adalah
- Keluarga harus mampu mengawasi klien minum obat
 - Keluarga tidak mempedulikan terhadap klien
 - Keluarga melarang klien untuk minum obat
10. Bagaimana peran keluarga dalam kegiatan kontrol anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa
- Keluarga mendukung klien untuk kontrol rutin
 - Keluarga melarang klien untuk kontrol
 - Menghindari klien
11. Tindakan keluarga yang sesuai dalam hal merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa adalah
- Keluarga mampu merawat klien ketika kambuh
 - Keluarga mengurung klien
 - Menghindari klien
12. Tindakan yang dilakukan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan klien adalah
- Keluarga mampu memenuhi kebutuhan klien
 - Keluarga tidak memenuhi kebutuhan klien
 - Keluarga menghindari klien
13. Suasana rumah dan lingkungan yang baik untuk orang gangguan jiwa adalah
- Suasana yang tenang
 - Suasana yang gaduh
 - Suasana yang ramai

14. Hal apa yang tidak seharusnya dilakukan oleh anggota keluarga dalam memberikan dukungan kepada orang gangguan jiwa
- Mengucilkan klien
 - Memberikan dukungan kepada klien
 - Merawat klien
15. Suasana lingkungan yang kurang mendukung untuk pasien gangguan jiwa adalah
- Teman/tetangga mengejek klien
 - Teman/tetangga memberikan dukungan kepada klien
 - Suasana lingkungan yang tenang
16. Apa yang perlu dilakukan keluarga untuk menciptakan suasana lingkungan yang tenang bagi klien
- Bantu klien mengungkapkan perasaannya
 - Meninggalkan klien
 - Mengabaikan klien
17. Hal yang seharusnya dilakukan keluarga ketika mengontrolkan pasien ke Rumah Sakit/Puskesmas adalah
- Menanyakan perkembangan klien
 - Kurang berinteraksi dengan petugas kesehatan
 - Acuh terhadap kesehatan klien
18. Hal-hal yang perlu ditanyakan oleh keluarga kepada petugas kesehatan berhubungan dengan gangguan jiwa adalah
- Cara merawat pasien gangguan jiwa di rumah
 - Alamat rumah
 - Tidak peduli terhadap klien

19. Salah satu tujuan dari kontrol klien adalah
- a. Diam saja
 - b. Konsultasi dengan petugas kesehatan terkait dengan kondisi klien
 - c. Tidak peduli terhadap klien
20. Manfaat dari memeriksakan orang gangguan jiwa ke Puskesmas/Rumah Sakit adalah
- a. Keluarga mampu mendiskusikan kesulitan-kesulitan perawatan anggota keluarga yang sakit dengan petugas kesehatan (perawat).
 - b. Mengajak klien jalan-jalan
 - c. Tidak ada manfaatnya

B. LEMBAR KUESIONER

Tanggal penelitian :

No. Kode Responden :

Peneliti :

Petunjuk : Berilah tanda cek (v) pada jawaban yang anda anggap benar, jawaban boleh lebih dari satu

1. KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENGENALI MASALAH KESEHATAN KLIEN

No.	Pernyataan	Ya	Tidak	Skor
2.	Penyebab gangguan jiwa			
	(1) Faktor keturunan			
	(2) Lingkungan keluarga yang kasar dan suka mengejek			
	(3) Kehidupan yang penuh stres			
2.	Gejala gangguan jiwa adalah			
	(1) Klien merasa melihat/ mendengar/ mencium sesuatu yang sebenarnya tidak ada			
	(2) Klien mudah lupa			
	(3) Klien tidak suka bergaul atau suka menyendiri			
3.	Manfaat obat-obatan gangguan jiwa			
	(1) Mengendalikan perilaku klien yang menyimpang			
	(2) Mengurangi perawatan rumah sakit jangka panjang			
	(3) Memberi dorongan dilepaskannya klien kembali ke komunitas			
4.	Efek samping obat-obat gangguan jiwa			
	(1) Kekakuan anggota tubuh			
	(2) Tangan gemetar			
	(3) Selalu ingin bergerak, tidak mampu duduk diam			

2. KEMAMPUAN KELUARGA DALAM MENGAMBIL KEPUTUSAN

NO	PERNYATAAN	Sering	Kadang	Tidak	Skor
1	Keluarga membawa klien gangguan jiwa ke orang pintar				
2	Klien gangguan jiwa sebaiknya di kurung dalam rumah				
3	Klien gangguan jiwa sebaiknya tidak bergaul dengan teman temanya				
4	Keluarga segera membawa klien ke puskesmas atau rumah sakit , jika klien mulai menunjukkan perilaku aneh atau tidak wajar				

3. MEMBERIKAN PERAWATAN KEPADA ANGGOTA KELUARGA

NO	PERNYATAAN	Sering	Kadang	Tidak	Skor
1	Keluarga mampu mengawasikepatuhan klien dalam minum obat				
2	Keluarga mampu mendukung klien untuk kontrol rutin				
3	Keluarga mampu merawat klien saat kambuh				
4	Keluarga mampu memenuhi kebutuhan klien				

4. KELUARGA MENCIPTAKAN SUASANA RUMAH DAN LINGKUNGAN SEKITAR

No	Pernyataan	Sering	Kadang	Tidak	Skor
1	Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang tenang				
2	Lingkungan sekitar mengucilkan klien				
3	Teman/tetangga mengejek klien				
4	Keluarga mendorong klien untuk mengungkapkan pikiran dan perasaannya				

**5. KELUARGA MEMPERTAHANKAN HUBUNGAN TIMBAL 1
ANTARA KELUARGA DAN LEMBAGA KESEHATAN**

No	Pernyataan	Sering	Kadang	Tidak	Skor
1	Keluarga mampu aktif menanyakan perkembangan kesehatan klien				
2	Keluarga paham tentang hal-hal yang berhubungan dengan perawatan anggota keluarga yang sakit				
3	Keluarga mampu berkonsultasi dengan petugas kesehatan berhubungan dengan perkembangan kesehatan jiwa anggota keluarga yang sakit				
4	Keluarga mampu mendiskusikan kesulitan-kesulitan perawatan anggota keluarga yang sakit dengan petugas kesehatan (perawat).				

TABULASI DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

No. Responden	Hubungan Keluarga	Umur	Frekuensi Anggota keluarga yang Mendapat Perawatan Gangguan Jiwa	Suku	Pendidikan	Agama	Pekerjaan	Penghasilan	Fasilitas Jaminan Kesehatan	Konsumsi Obat	Kontrol ke Pelayanan Kesehatan
1	Ibu	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	> Rp 2.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
2	Ibu	31-40 tahun	4 kali	Jawa	Tidak Sekolah	Islam	Lain-lain	Tidak Tetap	BPJS	Tidak teratur	Teratur
3	Ibu	20-30 tahun	3 kali	Jawa	SLTA	Islam	Karyawan	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
4	Suami	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SD	Islam	Petani	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
5	Ayah	31-40 tahun	2 kali	Jawa	SD	Islam	Lain-lain	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
6	Ayah	41-50 tahun	1 kali	Jawa	SD	Islam	Petani	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
7	Suami	41-50 tahun	2 kali	Jawa	SLTP	Katolik	Karyawan	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
8	Lain-lain	20-30 tahun	4 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	Tidak Tetap	BPJS	Tidak teratur	Teratur
9	Ibu	> 50 tahun	1 kali	Jawa	SD	Islam	Pedagang	Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
10	Suami	41-50 tahun	1 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000	BPJS	Tidak teratur	Teratur
11	Istri	31-40 tahun	2 kali	Jawa	SD	Islam	Lain-lain	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
12	Lain-lain	20-30 tahun	1 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	BPJS	Tidak teratur	Teratur
13	Lain-lain	> 50 tahun	2 kali	Bali	Perguruan Tinggi	Hindu	Pedagang	Tidak Tetap	BPJS	Tidak teratur	Teratur
14	Ibu	> 50 tahun	4 kali	Jawa	SLTP	Islam	Pedagang	Tidak Tetap	BPJS	Terjadwal	Teratur
15	Ibu	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SLTA	Islam	Lain-lain	> Rp 2.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
16	Istri	> 50 tahun	1 kali	Jawa	SD	Islam	Pedagang	Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
17	Ayah	41-50 tahun	1 kali	Jawa	SLTP	Islam	Pedagang	Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
18	Ibu	41-50 tahun	3 kali	Jawa	SLTP	Islam	Pedagang	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
19	Ibu	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SD	Islam	Pedagang	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	BPJS	Terjadwal	Teratur
20	Suami	20-30 tahun	2 kali	Jawa	SLTA	Islam	Karyawan	> Rp 2.000.000	BPJS	Tidak teratur	Teratur

Lampiran 6

TABULASI DATA PENGETAHUAN KELUARGA

Nomor Responden	Nomor Pertanyaan dan Skor Jawaban yang Didapat										Total Skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Baik
2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	5	50	Kurang
3	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	7	70	Cukup
4	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	5	50	Kurang
5	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	50	Kurang
6	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	7	70	Cukup
7	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	90	Baik
8	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	90	Baik
9	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	7	70	Cukup
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	90	Baik
11	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	50	Kurang
12	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	5	50	Kurang
13	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	80	Baik
14	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	8	80	Baik
15	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	80	Baik
16	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	7	70	Cukup
17	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	80	Baik
18	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Baik
19	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	5	50	Kurang
20	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9	90	Baik

Keterangan Skor Jawaban :

1 = Jawaban Benar

0 = Jawaban Salah

Lampiran 7

**TABULASI DATA KEMAMPUAN KELUARGA
DALAM MENGENALI MASALAH KLIEN**

No. Responden	Nomor Jawaban dan Skor yang didapat							Total Skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7			
1	2	2	1	2	2	1	2	12	85,71	Baik
2	1	2	1	1	2	1	1	9	64,29	Cukup
3	1	1	2	1	1	2	2	10	71,43	Cukup
4	1	1	1	1	1	1	1	7	50,00	Kurang
5	2	1	1	1	1	1	1	8	57,14	Cukup
6	1	1	2	2	1	2	1	10	71,43	Cukup
7	2	2	1	1	1	1	2	10	71,43	Cukup
8	2	2	1	2	1	2	2	12	85,71	Baik
9	1	1	2	1	2	1	1	9	64,29	Cukup
10	2	2	1	1	2	2	2	12	85,71	Baik
11	2	1	1	2	1	2	1	10	71,43	Cukup
12	1	1	2	1	1	1	2	9	64,29	Cukup
13	2	2	1	1	1	1	1	9	64,29	Cukup
14	2	2	2	2	2	2	1	13	92,86	Baik
15	2	2	1	1	1	2	2	11	78,57	Cukup
16	2	1	1	1	2	1	2	10	71,43	Cukup
17	1	2	1	2	1	1	1	9	64,29	Cukup
18	1	1	2	1	1	2	1	9	64,29	Cukup
19	1	1	1	1	1	1	1	7	50,00	Kurang
20	2	2	1	1	2	1	1	10	71,43	Cukup

Keterangan Skor Jawaban :

1 = Jawaban Benar

0 = Jawaban Salah

Lampiran 8

**TABULASI DATA KEMAMPUAN KELUARGA
DALAM MENGAMBIL KEPUTUSAN**

No. Responden	Nomor Jawaban dan Skor yang didapat							Total Skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7			
1	1	1	1	2	2	2	1	10	71,43	Cukup
2	1	1	1	1	2	2	1	9	64,29	Cukup
3	1	1	2	1	1	1	2	9	64,29	Cukup
4	2	2	2	1	0	1	1	9	64,29	Cukup
5	2	1	2	2	2	1	0	10	71,43	Cukup
6	1	1	1	1	2	2	1	9	64,29	Cukup
7	2	1	2	1	2	2	2	12	85,71	Baik
8	1	2	0	2	2	2	1	10	71,43	Cukup
9	1	0	0	1	2	2	1	7	50,00	Kurang
10	1	1	2	2	2	2	0	10	71,43	Cukup
11	1	1	1	1	1	1	1	7	50,00	Kurang
12	1	1	1	1	1	1	1	7	50,00	Kurang
13	1	1	1	2	2	2	1	10	71,43	Cukup
14	1	1	1	2	2	2	1	10	71,43	Cukup
15	2	2	1	2	2	2	1	12	85,71	Baik
16	2	1	1	1	2	2	1	10	71,43	Cukup
17	1	1	2	1	2	1	1	9	64,29	Cukup
18	1	0	0	2	2	2	0	7	50,00	Kurang
19	1	0	1	1	1	1	1	6	42,86	Kurang
20	1	1	0	2	2	2	1	9	64,29	Cukup

Keterangan Skor Jawaban :

2 = Sering

1 = Kadang-kadang

0 = Tidak Pernah

Lampiran 9

**TABULASI DATA KEMAMPUAN KELUARGA DALAM
MELAKUKAN TINDAKAN YANG TEPAT PADA ANGGOTA
KELUARGA YANG SAKIT**

No. Responden	Nomor Jawaban dan Skor yang didapat							Total Skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7			
1	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
2	1	0	0	1	1	1	1	5	35,71	Kurang
3	1	2	1	2	0	2	1	9	64,29	Cukup
4	1	1	1	1	1	1	1	7	50,00	Kurang
5	1	1	0	1	0	1	1	5	35,71	Kurang
6	2	2	2	2	2	1	2	13	92,86	Baik
7	1	1	2	2	2	2	2	12	85,71	Baik
8	1	2	2	2	2	2	2	13	92,86	Baik
9	2	2	2	2	2	0	0	10	71,43	Cukup
10	2	2	2	2	2	1	1	12	85,71	Baik
11	1	1	1	2	1	2	0	8	57,14	Kurang
12	1	1	1	2	1	2	0	8	57,14	Kurang
13	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
14	2	2	2	1	2	1	1	11	78,57	Baik
15	1	2	2	2	2	2	2	13	92,86	Baik
16	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
17	2	2	2	2	2	0	2	12	85,71	Baik
18	2	2	2	2	2	0	2	12	85,71	Baik
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	Kurang
20	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik

Keterangan Skor Jawaban :

- 2 = Sering
- 1 = Kadang-kadang
- 0 = Tidak Pernah

Lampiran 10

**TABULASI DATA MENCIPTAKAN LINGKUNGAN YANG SEHAT/
KONDUSIF BAGI KLIEN**

No. Responden	Nomor Jawaban dan Skor yang didapat							Total Skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7			
1	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
2	2	1	2	2	1	1	1	10	71,43	Cukup
3	2	1	1	1	1	1	1	8	57,14	Cukup
4	2	1	1	1	0	1	1	7	50,00	Kurang
5	0	1	1	1	0	2	1	6	42,86	Kurang
6	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
7	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
8	0	1	2	2	2	1	2	10	71,43	Cukup
9	1	2	2	2	2	2	2	13	92,86	Baik
10	1	2	1	2	2	2	2	12	85,71	Baik
11	0	1	1	0	1	2	1	6	42,86	Kurang
12	0	1	1	0	1	2	1	6	42,86	Kurang
13	0	2	2	2	2	1	2	11	78,57	Baik
14	1	2	1	2	2	2	2	12	85,71	Baik
15	0	1	0	2	2	2	2	9	64,29	Cukup
16	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
17	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
18	1	2	2	2	2	2	2	13	92,86	Baik
19	1	1	0	0	1	1	1	5	35,71	Kurang
20	0	2	2	2	2	2	2	12	85,71	Baik

Keterangan Skor Jawaban :

- 2 = Sering
- 1 = Kadang-kadang
- 0 = Tidak Pernah

Lampiran 11

**TABULASI DATA MEMANFAATKAN FASILITAS
PELAYANAN KESEHATAN JIWA**

No. Responden	Nomor Jawaban dan Skor yang didapat							Total Skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7			
1	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
2	1	1	1	1	1	1	1	7	50,00	Kurang
3	2	2	1	1	1	1	1	9	64,29	Cukup
4	2	1	1	2	2	1	1	10	71,43	Cukup
5	1	0	0	1	1	1	1	5	35,71	Kurang
6	1	1	2	1	1	2	1	9	64,29	Cukup
7	2	2	1	2	1	2	2	12	85,71	Baik
8	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
9	1	1	1	0	1	1	1	6	42,86	Kurang
10	1	0	2	1	1	2	2	9	64,29	Cukup
11	0	1	0	1	1	1	1	5	35,71	Kurang
12	0	1	0	1	1	1	1	5	35,71	Kurang
13	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik
14	1	0	2	1	1	2	2	9	64,29	Cukup
15	2	1	2	2	2	1	2	12	85,71	Baik
16	1	2	1	2	1	1	1	9	64,29	Cukup
17	1	2	2	2	2	2	2	13	92,86	Baik
18	1	1	2	1	2	1	2	10	71,43	Cukup
19	1	0	1	0	1	0	1	4	28,57	Kurang
20	2	2	2	2	2	2	2	14	100,00	Baik

Keterangan Skor Jawaban :

- 2 = Sering
- 1 = Kadang-kadang
- 0 = Tidak Pernah

TABULASI DATA VARIABEL YANG DIUKUR

No. Res	Pengetahuan		Mengenal Masalah Pasien		Mengambil Keputusan		Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit		Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien		Memfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	
	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori
1	9	Baik	12	Baik	10	Cukup	14	Baik	14	Baik	14	Baik
2	5	Kurang	9	Cukup	9	Cukup	5	Kurang	10	Cukup	7	Kurang
3	7	Cukup	10	Cukup	9	Cukup	9	Cukup	8	Cukup	9	Cukup
4	5	Kurang	7	Kurang	9	Cukup	7	Kurang	7	Kurang	10	Cukup
5	5	Kurang	8	Cukup	10	Cukup	5	Kurang	6	Kurang	5	Kurang
6	7	Cukup	10	Cukup	9	Cukup	13	Baik	14	Baik	9	Cukup
7	9	Baik	10	Cukup	12	Baik	12	Baik	14	Baik	12	Baik
8	9	Baik	12	Baik	10	Cukup	13	Baik	10	Cukup	14	Baik
9	7	Cukup	9	Cukup	7	Kurang	10	Cukup	13	Baik	6	Kurang
10	9	Baik	12	Baik	10	Cukup	12	Baik	12	Baik	9	Cukup
11	5	Kurang	10	Cukup	7	Kurang	8	Kurang	6	Kurang	5	Kurang
12	5	Kurang	9	Cukup	7	Kurang	8	Kurang	6	Kurang	5	Kurang
13	8	Baik	9	Cukup	10	Cukup	14	Baik	11	Baik	14	Baik
14	8	Baik	13	Baik	10	Cukup	11	Baik	12	Baik	9	Cukup
15	8	Baik	11	Cukup	12	Baik	13	Baik	9	Cukup	12	Baik
16	7	Cukup	10	Cukup	10	Cukup	14	Baik	14	Baik	9	Cukup
17	8	Baik	9	Cukup	9	Cukup	12	Baik	14	Baik	13	Baik
18	9	Baik	9	Cukup	7	Kurang	12	Baik	13	Baik	10	Cukup
19	5	Kurang	7	Kurang	6	Kurang	0	Kurang	5	Kurang	4	Kurang
20	9	Baik	10	Cukup	9	Cukup	14	Baik	12	Baik	14	Baik

TABULASI DATA DEMOGRAFI dan VARIABEL YANG DIUKUR

No. Res	Hub Kel	Umur Keluarga	Frek Perawatan	Suku	Pendidikan	Agama	Pekerjaan	Penghasilan	Pengetahuan		Mengenal Masalah Pasien		Mengambil Keputusan		Melakukan Tindakan yang Tepat		Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien		Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa		
									Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor	Kategori	Skor
1	Ibu	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	> Rp 1.000.000	9	Baik	12	Baik	10	Cukup	14	Baik	14	Baik	14	Baik	
2	Ibu	31-40 tahun	4 kali	Jawa	Tidak Sekolah	Islam	Lain-lain	Tidak Tetap	5	Kurang	9	Cukup	9	Cukup	5	Kurang	10	Cukup	10	Cukup	
3	Ibu	20-30 tahun	3 kali	Jawa	SLTA	Islam	Karyawan	Tidak Tetap	7	Cukup	10	Cukup	9	Cukup	9	Cukup	8	Cukup	9	Cukup	
4	Suami	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SD	Islam	Petani	Tidak Tetap	5	Kurang	7	Kurang	9	Cukup	7	Kurang	7	Kurang	10	Cukup	
5	Ayah	31-40 tahun	2 kali	Jawa	SD	Islam	Lain-lain	Tidak Tetap	5	Kurang	8	Cukup	10	Cukup	5	Kurang	6	Kurang	5	Kurang	
6	Ayah	41-50 tahun	1 kali	Jawa	SD	Islam	Petani	Tidak Tetap	7	Cukup	10	Cukup	9	Cukup	13	Baik	14	Baik	9	Cukup	
7	Suami	41-50 tahun	2 kali	Jawa	SLTP	Katolik	Karyawan	Tidak Tetap	9	Baik	10	Cukup	12	Baik	12	Baik	14	Baik	9	Cukup	
8	Lain-lain	20-30 tahun	4 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	Tidak Tetap	9	Baik	12	Baik	10	Cukup	13	Baik	10	Cukup	14	Baik	
9	Ibu	> 50 tahun	1 kali	Jawa	SD	Islam	Pedagang	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	7	Cukup	9	Cukup	7	Kurang	10	Cukup	13	Baik	6	Kurang	
10	Suami	41-50 tahun	1 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	9	Baik	12	Baik	10	Cukup	12	Baik	12	Baik	9	Cukup	
11	Istri	31-40 tahun	2 kali	Jawa	SD	Islam	Lain-lain	Tidak Tetap	5	Kurang	10	Cukup	7	Kurang	8	Kurang	6	Kurang	5	Kurang	
12	Lain-lain	20-30 tahun	1 kali	Jawa	SLTP	Islam	Karyawan	Rp 200.000 - Rp 500.000	5	Kurang	9	Cukup	7	Kurang	8	Kurang	8	Kurang	5	Kurang	
13	Lain-lain	> 50 tahun	2 kali	Bali	Perguruan Tinggi	Hindu	Pedagang	Tidak Tetap	8	Baik	9	Cukup	10	Cukup	14	Baik	11	Baik	5	Kurang	
14	Ibu	> 50 tahun	4 kali	Jawa	SLTP	Islam	Pedagang	Tidak Tetap	8	Baik	13	Baik	10	Cukup	11	Baik	12	Baik	14	Baik	
15	Ibu	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SLTA	Islam	Lain-lain	> Rp 1.000.000	8	Baik	11	Cukup	12	Baik	13	Baik	9	Cukup	9	Cukup	
16	Istri	> 50 tahun	1 kali	Jawa	SD	Islam	Pedagang	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	7	Cukup	10	Cukup	10	Cukup	14	Baik	14	Baik	12	Baik	
17	Ayah	41-50 tahun	1 kali	Jawa	SLTP	Islam	Pedagang	Rp 500.000 - Rp 1.000.000	8	Baik	9	Cukup	9	Cukup	12	Baik	14	Baik	9	Cukup	
18	Ibu	41-50 tahun	3 kali	Jawa	SLTP	Islam	Pedagang	Rp 200.000 - Rp 500.000	9	Baik	9	Cukup	7	Kurang	12	Baik	14	Baik	13	Baik	
19	Ibu	> 50 tahun	3 kali	Jawa	SD	Islam	Pedagang	Rp 200.000 - Rp 500.000	5	Kurang	7	Kurang	6	Kurang	0	Kurang	5	Kurang	10	Cukup	
20	Suami	20-30 tahun	2 kali	Jawa	SLTA	Islam	Karyawan	> Rp 1.000.000	9	Baik	10	Cukup	9	Cukup	14	Baik	12	Baik	4	Kurang	

Lampiran 15

HASIL UJI SPEARMAN RHO DENGAN SPSS

Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

Crosstabulation

			Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count	4	6		10
		% of Total	20,0%	30,0%		50,0%
	Cukup	Count		4		4
		% of Total		20,0%		20,0%
	Kurang	Count		4	2	6
		% of Total		20,0%	10,0%	30,0%
Total		Count	4	14	2	20
		% of Total	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,622**
		Sig. (2-tailed)	.	,003
		N	20	20
	Kemampuan Keluarga Dalam Mengenali Masalah Pasien	Correlation Coefficient	,622**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	.
		N	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

			Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count	2	7	1	10
		% of Total	10,0%	35,0%	5,0%	50,0%
	Cukup	Count		3	1	4
		% of Total		15,0%	5,0%	20,0%
	Kurang	Count		3	3	6
		% of Total		15,0%	15,0%	30,0%
Total	Count	2	13	5	20	
	% of Total	10,0%	65,0%	25,0%	100,0%	

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,487*
		Sig. (2-tailed)	.	,029
		N	20	20
	Kemampuan Keluarga Dalam Mengambil Keputusan	Correlation Coefficient	,487*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,029	.
		N	20	20

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

			Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count	10			10
		% of Total	50,0%			50,0%
	Cukup	Count	2	2		4
		% of Total	10,0%	10,0%		20,0%
	Kurang	Count			6	6
		% of Total			30,0%	30,0%
Total	Count	12	2	6	20	
	% of Total	60,0%	10,0%	30,0%	100,0%	

Nonparametric

Correlations

Correlations

			Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,738**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000
		N	20	20
	Kemampuan Keluarga Dalam Melakukan Tindakan yang Tepat pada Anggota Keluarga yang Sakit	Correlation Coefficient	,738**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000
		N	20	20

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

			Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count	8	2		10
		% of Total	40,0%	10,0%		50,0%
	Cukup	Count	3	1		4
		% of Total	15,0%	5,0%		20,0%
	Kurang	Count		1	5	6
		% of Total		5,0%	25,0%	30,0%
Total	Count	11	4	5	20	
	% of Total	55,0%	20,0%	25,0%	100,0%	

Nonparametric Correlations

Correlations

				Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient		1,000	,626**
		Sig. (2-tailed)		,	,003
	N		20	20	
	Kemampuan Keluarga Dalam Menciptakan Lingkungan yang Sehat/Kondusif bagi Klien		Correlation Coefficient		,626**
Sig. (2-tailed)				,003	,
N			20	20	

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

			Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pengetahuan	Baik	Count	7	3		10
		% of Total	35,0%	15,0%		50,0%
	Cukup	Count		3	1	4
		% of Total		15,0%	5,0%	20,0%
	Kurang	Count		1	5	6
		% of Total		5,0%	25,0%	30,0%
Total	Count	7	7	6	20	
	% of Total	35,0%	35,0%	30,0%	100,0%	

Nonparametric Correlations

Correlations

			Pengetahuan	Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1,000	,778**
		Sig. (2-tailed)	,	,000
		N	20	20
	Kemampuan Keluarga Dalam Memanfaatkan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Jiwa	Correlation Coefficient	,778**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,
		N	20	20

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).



UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website <http://ners.unair.ac.id> | email : dekan@fkp.unair.ac.id

Nomor : 3822/UN3.1.12/PPd/2014
Lampiran : 1 berkas
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

15 Desember 2014

Kepada Yth.
Direktur RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi.

Nama : Yulistyorini
NIM : 131311123018
Judul Skripsi : Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Peran Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I,

Mira Triharini, S.Kp.,M.Kep
NIP. 197904242006042002

Tembusan:

1. Ka. Litbang RSUD Dr. Soetomo
2. Ka. SMF Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo
3. Karu. Sejahtera RSUD Dr. Soetomo



PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
JL. Mayjend Prof Dr Moestopo 6-8 TLP.5501072 – 5501164 FAX. 5501164
SURABAYA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/ *246* /301.4.2/Litb/1/2015

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **Dr. IGM Reza Gunadi Ranuh, dr, SpA(K)**
NIP : **19601105 198802 1 002**
Jabatan : **Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan**

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **Yulis: tyorini**
NIM/NIRM : **131311123018**

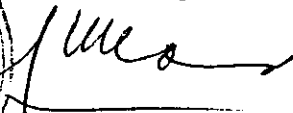
Telah menyelesaikan penelitian di Instalasi Rawat Inap Jiwa RSUD Dr. Soetomo dengan judul:


" Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya "

Mulai tanggal / Bulan : 02 Januari 2015 s/d 30 Januari 2015

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya .

Surabaya, 27 Januari 2015

Kepala Bidang Litbang

Dr. IGM Reza Gunadi Ranuh, dr, SpA(K)
Pembina TK. I
NIP: 19601105 198802 1 002



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DOKTER SOETOMO SURABAYA
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN
Jl. Mayjend.Prof.Dr. Moestopo No. 6-8 Tlp. 031-5501073,5501164
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth : 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Jiwa
2.
3.
RSUD Dr. Soetomo Surabaya
Nomor : 070/ / 301.4.2/Litb/1/2015
Tanggal : 2 Januari 2015
Sifat : Penting
Lampiran : 1 Exmplar
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Menunjuk surat dari Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya nomor. 3822/UN3.1.12/PPd/2014 tanggal 15 Desember 2014 , perihal pada pokok surat, dengan ini kami mohon ijin penelitian atas nama :

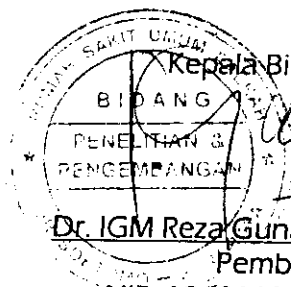
Yulisetyorini
NIM. 131311123018

Untuk dapat melaksanakan permohonan ijin penelitian di unit kerja / bagian Saudara dengan judul :

“ Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya “

Apabila dapat disetujui kami mengharapkan jawaban Saudara dalam waktu tidak terlalu lama guna proses administrasi lebih lanjut. Sebagai bahan pertimbangan Saudara, bersama ini kami lampirkan foto copy surat yang bersangkutan.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Kepala Bidang Litbang

Dr. IGM Reza Gunadi Ranuh, dr, Sp.A (K)

Pembina TK. I

NIP. 19601105 198802 1 002

Tembusan :Yth

1. Direktur sebagai laporan
2. Wadir Pendidikan Profesi & Penelitian
3. Arsip



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(" ETHICAL CLEARANCE ")**

87 / Panke. KKE / 1 / 2015

KOMITE ETIK RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN JUDUL :

"Analisis Hubungan Faktor Pengetahuan Terhadap Tugas Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia di Ruang Sejahtera RSUD Dr. Soetomo Surabaya"

PENELITI UTAMA : Yulisetyorini

PENELITI LAIN : Khairina, dr., Sp.KJ

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN : RSUD Dr. Soetomo Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK



30 JAN 2015

REKTOR

(Prof. Hari Sukanto, dr., Sp.KK (K))

NIP. 19471115 1973 03 1 001