

**REAKSI KECEMASAN KELUARGA TERHADAP SALAH SATU
ANGGOTA KELUARGANYA MENDERITA SKIZOFRENIA**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Menyelesaikan Pendidikan

Ahli Keperawatan Jiwa Perawat Pendidik
Pada
PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK



Oleh :

D A R S O N O
NIM. 019810067 R

**DEPARTEMEN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK
SURABAYA
1999**

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi D IV Perawat Pendidik
Fakultas Kedokteran Unair

Pada Tanggal : 03 Desember 1999

Tim Penguji

Ketua : dr. Lestari S. Basuki, SPJ

Anggota : Ah. Yusup, SKp

Anggota : Guntur S. Aperpen

Tanda Tangan

(.....)

(.....)

(.....)

Mengesahkan

Koordinator Program studi D-IV Perawat Pendidik / PSIK
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya



Eddy Soewandojo
Prof. dr. Eddy Soewandojo. Sp. PD
NIP. 130 325 831

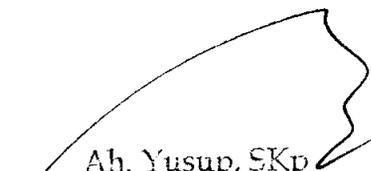
PERSETUJUAN

Diterima dan Disetujui untuk Dipertahankan
Pada Ujian Sidang Skripsi

Menyetujui

Surabaya, 01 Desember 1999

Pembimbing II



Ah. Yusup, SKp
NIP.

Pembimbing I



dr. Lestari S. Basuki, SPI
NIP. 130 531 755

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi tentang **“REAKSI KECEMASAN KELUARGA TERHADAP SALAH SATU ANGGOTA KELUARGANYA MENDERITA SKIZOFRENIA”**.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam rangkaian kegiatan penelitian serta penulisan skripsi ini tidak akan terlaksana sebagaimana yang diharapkan tanpa adanya bantuan dari beberapa pihak yang turut berperan dalam pelaksanaan penulisan skripsi ini, untuk itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada:

1. Bapak Prof.Dr.dr.H.M.S. Wiyadi,Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
2. Bapak dr. Harjano,AFK, Ketua Program D-IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
3. Bapak Prof.dr.H. Dikman Angsar,Sp.OG, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya
4. Ibu dr. Lestari.S. Basuki,Sp.PJ, selaku pembimbing I
5. Bapak M. Yusup,SKp., selaku pembimbing II
6. Ibu Kepala Ruang Jiwa RSUD Dr. Soetomo Surabaya
7. Kepala Irna Jiwa RSUD Dr. Soetomo Surabaya
8. Istri Tercinta yang dengan tulus ikhlas telah memberi dorongan.
9. Teman-teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis.

Penulis menyadari sepenuhnya, bahwa penulisan skripsi ini masih jauh dari sempurna, maka dari itu dengan kerendahan hati penulis mengharapkan saran-saran dan bahan masukan yang lain dari berbagai pihak demi perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata semoga skripsi diini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Surabaya, Nopember 1999

Penulis

A B S T R A K

Sebagaimana di masyarakat bahwa gangguan jiwa atau penyakit jiwa merupakan penyakit yang sulit di sembuhkan, bahkan tidak bisa disembuhkan, memalukan dan dapat merupakan aib bagi keluarga, keadaan tersebut akan menimbulkan respon psikologis pada keluarga antara lain timbul perasaan cemas, khawatir, malu, menarik diri dari lingkungan sosial serta menolak pasien dimana keadaan tersebut akan memperburuk prognosis pasien.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kecemasan keluarga dimana salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia.

Metodologi penelitian menggunakan desain diskriptif dengan menggunakan penilaian/alat ukur, dasar kuisioner HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) responden dipilih dengan total sampling, besar sample 30 responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mengalami kecemasan sedang adalah 80 %, yang mengalami kecemasan berat adalah 15 % dan sedangkan responden yang mengalami kecemasan ringan adalah 5 %.

Pada penelitian ini didapatkan kecemasan pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, maka sangat perlu sekali meneliti tingkat kecemasan keluarga sehingga dapat memperkecil akibat dari kecemasan. Dengan demikian dapat membantu kesembuhan penderita

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Pengesahan.	
Lembar Persetujuan	
Abstrak	
Kata Pengantar	i
Daftar Isi.....	iii
Daftar Lampiran	v
METODE SISTEMATIKA	
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	2
1.3. Tujuan Penelitian.....	2
1.4. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Pengertian Konsep Keluarga.....	4
2.2. Pengertian Skizofrenia.....	5
2.3. Pengertian Kecemasan.....	7
2.4. Etiologi.....	8
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	
3.1. Desain Penelitian.....	16
3.2. Definisi Operasional.....	17
3.3. Identifikasi Variable.....	19

3.4.	Populasi, Sample, dan Sampling.....	19
3.5.	Pengumpulan Data.....	20
3.6.	Analisa Data.....	21
3.7.	E t i k a.....	21
3.8.	Keterbatasan.....	22
3.9.	Rencana Kegiatan.....	24

BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1.	Hasil Penelitian.....	25
4.2.	Pembahasan.....	28

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1.	Kesimpulan.....	36
5.2.	Saran.....	37

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

1. LAMPIRAN 1 : SURAT PESETUJUAN MENJADI RESPONDEN
2. LAMPIRAN 2 : H A R S (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE)
3. LAMPIRAN 3 : H A R S (HAMILTON ANXIETY RATING SCALE)

BAB I

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gangguan jiwa merupakan penyakit yang bisa menyerang pada semua usia, dimana kejadian atau sifat serangannya bisa akut bisa kronis atau menahun.

Di masyarakat ada stigma bahwa gangguan jiwa atau penyakit jiwa merupakan penyakit yang sulit disembuhkan, bahkan tidak bisa disembuhkan, memalukan bahkan dapat merupakan aib bagi keluarga. (W.F. Maramis, 1995)

Pandangan lain di masyarakat tentang gangguan jiwa adalah penyakit yang timbul karena diguna-guna oleh orang lain.

Hubungan dengan stigma di masyarakat, dalam hal pengobatan untuk penderita dengan gangguan jiwa, umumnya keluarga tidak langsung membawa ke rumah sakit atau ke dokter tetapi pengobatan yang dilakukan oleh keluarga adalah penderita dibawa ke pengobatan alternatif antara lain pengobatan ke para normal, dukun atau kyai. (Blacker, 1984)

Menurut Kaplau, Hi & So Doch, BJ yang dikutip oleh Budi Utomo W. (1998), Insiden : Skizofrenia di A.S. dan Eropa adalah antara 0,3 - 0,6 per 1000 orang. Angka kejadian dari skizofrenia di masyarakat umum menurut WHO adalah 0,2 - 0,8 dimana 5 - 15 %, di unit rawat jalan Ilmu Kedokteran Jiwa RSUD Dr. Soetomo, laporan bulan Desember 1998, penderita skizofrenia baru 30 orang dan penderita skizofrenia lama 332 orang.

Oleh karena banyaknya kasus-kasus dengan skizofrenia maka saya tertarik meneliti dampak psikologis dari kasus tersebut di atas, yaitu reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia.

1.2. Perumusan masalah

Benarkah, salah satu anggota keluarga menderita skizofrenia akan menyebabkan kecemasan pada anggota keluarga lainnya.

1.3. Tujuan penelitian

(1) Tujuan Umum

Untuk mengetahui ada/tidaknya reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarganya yang menderita skizofrenia.

(2) Tujuan Khusus

Untuk mendeteksi dini reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarganya yang menderita skizofrenia.

1.4. Manfaat Penelitian

- (1) Untuk melakukan prevensi terhadap timbulnya kecemasan dalam keluarga karena salah satu anggota keluarganya yang menderita skizofrenia.
- (2) Untuk mendeteksi dini reaksi kecemasan yang timbul dalam keluarga, dimana salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia.

Sehingga dapat ditanggulangi secepat mungkin, yang pada akhirnya kehidupan keluarga akan lebih kondusif bagi kesembuhan penderita.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan membahas tentang konsep keluarga, reaksi kecemasan keluarga serta beberapa faktor yang mempengaruhi reaksi keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia.

2.1. Pengertian konsep keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain di dalam peranannya masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu kebudayaan. (Salvicion G. Bailon, 1989)

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya dari keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. (Budi Anna Keliat, 1996)

Menurut Kusumanto S. yang dikutip oleh Ardjana (1994), struktur keluarga yang mulai terdiri dari dua orang saja (suami-istri)

biasanya bertambah banyak dengan adanya seorang atau beberapa orang anak keturunan mereka.

Dengan demikian, maka senantiasa tercipta "hubungan segitiga" antara anak yang lahir dalam keluarga tersebut. Masing-masing keluarga harus menyadari bahwa hubungan ayah-anak dan Ibu-anak dari masing-masing anak mereka adalah sangat unik. Dan tidak dapat disamakan dengan anak lain, walaupun seayah-seibu.

Tugas keluarga menurut Bailon dan Maglaya, 1989

- (1) Menenal masalah kesehatan
- (2) Membuat keputusan tindakan kesehatan
- (3) Memberi perawatan pada anggota keluarga
- (4) Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat
- (5) Menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat

2.2. Pengertian skizofrenia

Skizofrenia adalah reaksi yang salah satu disorganisasi kepribadian dan berfikir menajuhkan diri dari kenyataan. (Adolf Mayer, 1906)

Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak atau belum diketahui dari perjalanan penyakit, tak

selalu bersifat kronis atau deteriorating) yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. (Maslim Rusdi, 1996)

Pada skizofrenia, gejala-gejala yang ditimbulkan antara lain gangguan proses berfikir yang ditandai dengan tidak bisa berfikir secara realita, gangguan emosi antara lain berupa mudah marah tanpa sebab, gangguan kemauan yang ditandai tidak mau berkerja, tidak mau sekolah, tidak makan, minum serta mandi, adanya idee jiwa patologis yang bertentangan dengan kenyataan, tak dapat dikoreksi, tak dapat turut dirasakan, yang berupa waham permusuhan, waham curiga, waham kerja, waham dosa serta halusinasi, kecuali dari itu adanya gejala psikomotor yang berupa gaduh gelisah merusak, ngamuk-ngamuk, tidak bisa tidur dan bicara terus, bahkan bisa berupa diam saja seperti patung dan lain sebagainya. (Bleuler, 1911)

Semua gejala tersebut di atas akan mengganggu kehidupan keluarga, yang antara lain mengganggu sosial ekonomi keluarga yaitu lingkungannya, baik lingkungan keluarga maupun lingkungan masyarakat sekitarnya, kecuali dari itu keluarga harus membeli obat yang mahal, sedangkan penderita tidak mau bekerja untuk mencari

nafkah, bahkan keluarga kadang-kadang tidak bisa bekerja juga, karena harus menunggu penderita, sehingga ketentraman keluarga juga terganggu secara fisik, yang ditandai dengan denyut nadi dan tekanan darah menurun, terengah-engah, sukar tidur, kehilangan nafsu makan, muka pucat, tremor, bingung, gugup (suka kaget) yang akhirnya keluarga juga menjadi lelah karena harus merawat penderita.

Semua hal tersebut di atas menuntut kemampuan keluarga untuk menyesuaikan diri, hal ini akan merupakan stressor bagi keluarga yang akhirnya diperkiarakan akan menimbulkan kecemasan bagi keluarga.

2.3. Pengertian kecemasan

Kecemasan adalah perasaan yang tidak nyaman yang terjadi sebagai respon pada takut perlukaan tubuh atau kehilangan sesuatu yang bernialai. (Cook dan Fonzaine, 1987)

Menurut Sullivan : kecemasan timbul karena adanya ancaman self esteem orang yang terdekat, pada seseorang yang telah dewasa kecemasan dialami, bila prestice dan martabat diri tertekan oleh orang lain.

Menurut Peplau : Kecemasan adalah kekuatan yang mempengaruhi hubungan interpersonal suatu respon terhadap bahaya yang diketahui dan muncul bila ada hambatan dalam pemenuhan kebutuhan.

Kecemasan terjadi sepanjang hidup dan merupakan sistem alam untuk melindungi diri dalam kehidupan. Rentang respon sehat-sakit dapat digunakan untuk menggambarkan respon adaptif maupun maladaptif pada kecemasan. (Peplau dalam Stuart Sundeen, 1987)

2.4. Etiologi

Telah banyak diketahui penyebab dari kecemasan ada beberapa faktor, antara lain :

(1) Faktor predisposisi

Berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan asal kecemasan / anxietas, menurut beberapa pandangan

- a. Psikoanalitik anxietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian Id dan supe ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang, sedangkan

superego mencerminkan dari hati nurani seseorang dan dikendalikan norma-norma budaya seseorang.

Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya yang perlu diatasi.

- b. Interpersonal, ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dari penolakan interpersonal. Ansietas juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang dengan harga diri rendah biasanya sangat mudah mengalami perkembangan ansietas/kecemasan yang berat.
- c. Perilaku, ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku lain menganggap ansietas sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Pakar tentang pembelajaran meyakini bahwa individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya

dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas pada kehidupan selanjutnya

d. Kajian keluarga menunjukkan bahwa gngguan ansietas merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih dalam gangguan ansietas dan antara gangguan ansietas dengan depresi.

e. Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor untuk benzo diazepin reseptor ini mungkin membantu mengatur ansietas. Menghambat asam amino butirik-gamma neuroregulator (GABA)

Juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan ansietas sebagaimana halnya dengan endorpin. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap ansietas. Ansietas mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

(2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi mungkin berasal dari sumber internal, dapat dikelompokkan dalam dua kategori :

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari.
- b. Ancaman sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi.

(3) Koping mekanisme

Pada tingkat ansietas sedang dan berat menimbulkan dua tipe mekanisme koping

- a. Berorientasi pada tugas adalah disadari, orientasi terhadap tindakan berusaha untuk memenuhi tuntutan dari situasi stress secara realistik.
- b. Mekanisme pertahanan ego membantu seseorang untuk mengatasi ansietas ringan dan sedang, tetapi karena ansietas bekerja pada tingkat yang tidak disadari.

Tingkat ansietas/kecemasan sebagai berikut :

- a. Ansietas ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang

menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

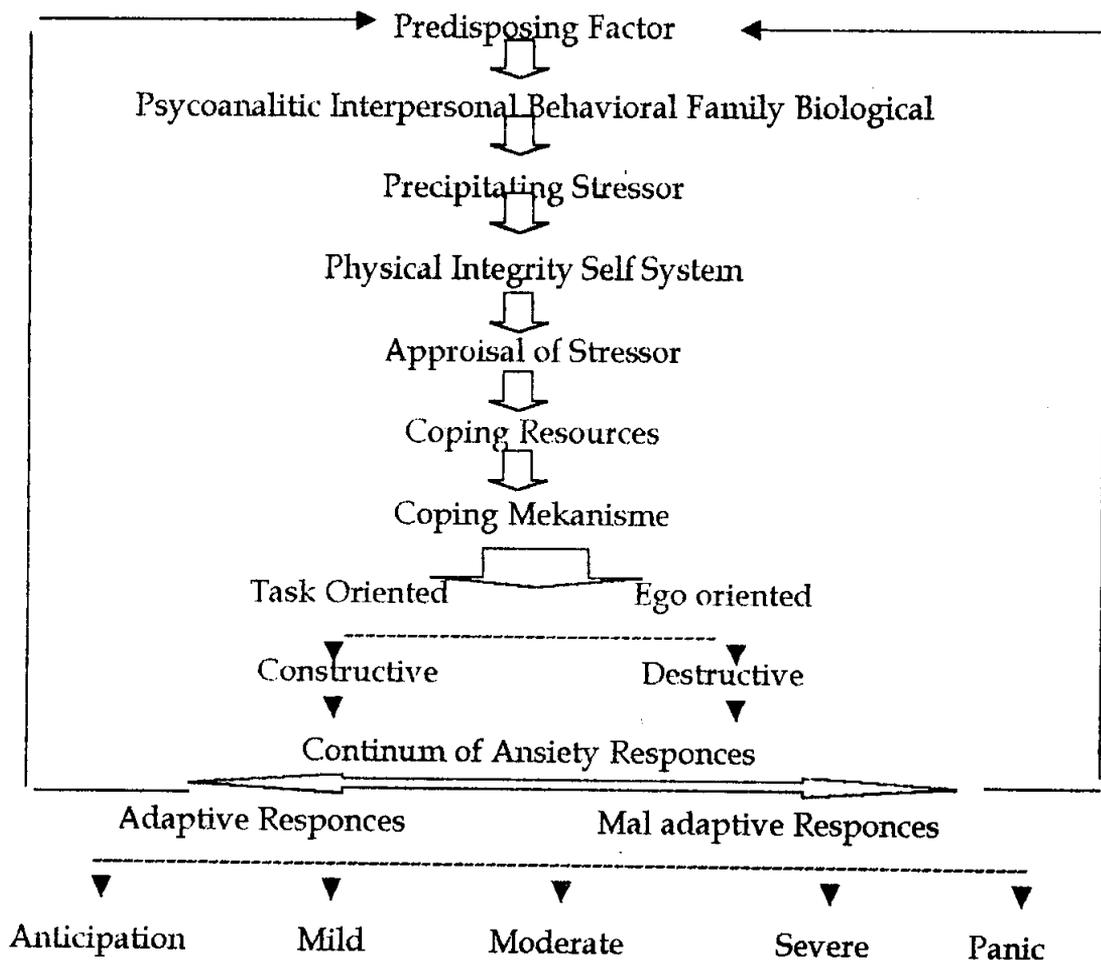
- b. Ansietas sedang memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan megesampingkan yang lain, sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah
- c. Ansietas berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berfikir tentang hal lain, semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk memusatkan pada suatu area lain.
- d. Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan terpengaruh ketakutan dan teror, Rincian terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali.
Orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu, walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik terjadi

peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.

Untuk menggambarkan Respon Adaptif dan Respon Mal Aadaptif pada kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (1991, P.338) menyatakan terjadinya kecemasan dapat digambarkan sebagaimana sekema sebagai berikut :



Keterangan :Keseimbangan Respon Kecemasan

- Predisposing Factor : Faktor-faktor yang cenderung terjadi
- Psycoanalytic Interpersonal Behavioral Family Biological : Peran sikap anggota keluarga secara psikoanalitik
- Precipitating Stressor : Pengambilan keputusan terhadap stressor
- Physical Integrity Self System : Tergantung sistem dari tiap individu
- Approbation of Stressor : Menerima stressor
- Coping Resources : Cara mengatasi koping
- Coping Mekanisme : Mekanisme koping

- Task Oriented : Orientasi tugas
- Ego Oriented : Orientasi diri
- Constructive : Membangun
- Destructive : Merusak
- Continuum of Anxiety Responces : Keseimbangan respon
- Anticipation : antisipasi
- Mild : ringan
- Moderate : Sedang
- Severe : Berat
- Panic : panik

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang : Sistematika Penelitian

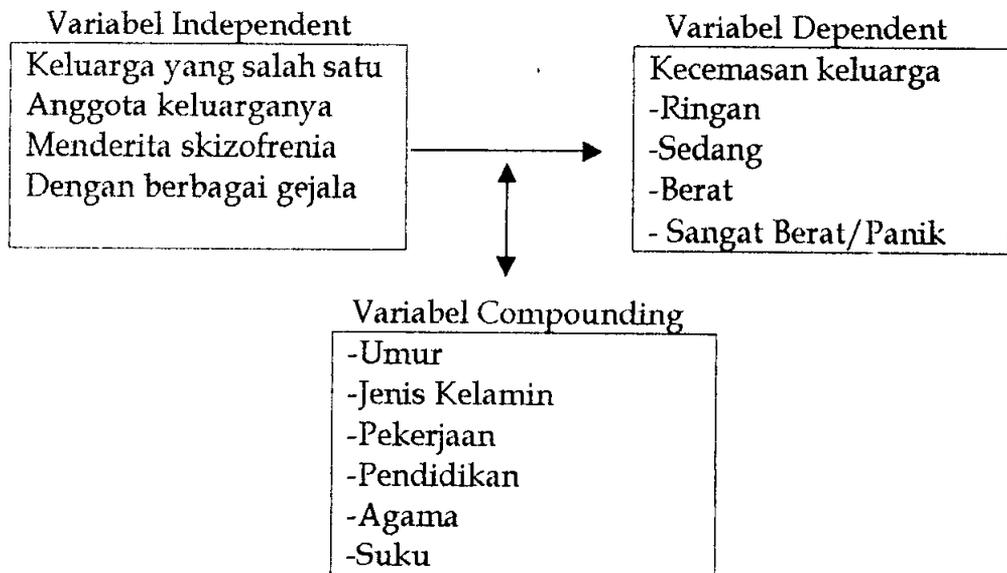
- (1) Desain penelitian
- (2) Definisi Operasional
- (3) Identifikasi Variabel
- (4) Populasi, sample dan sampling
- (5) Pengumpulan Data
- (6) Analisa Data
- (7) Etika
- (8) Keterbatasan
- (9) Rencana Kegiatan

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan secara cross sectional, dimana peneliti melakukan pengukuran variabel pada satu saat subyek hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pemeriksaan atau pengkajian data (Sastro Asmoro dan Ismael, 1995)

pada saat pemeriksaan atau pengkajian data (Sastro Asmoro dan Ismael, 1995)

Kerangka Konsep



3.2. Definisi Operasional

Reaksi keluarga adalah respon keluarga, setelah mengetahui salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, berupa reaksi kecemasan, baik ringan, sedang, berat ataupun sangat berat / panik. Dalam penelitian ini yang diukur adalah reaksi kecemasan/ansietas dari keluarga dan akan diukur dengan memakai HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Penelitian ini, menggunakan alat ukur, dasar kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). HARS adalah daftar kuesioner yang harus diisi oleh responden pada saat dilakukan penelitian dengan cara wawancara yang bertujuan untuk menggali, menemukan atau

menjaring informasi atau pendapat secara langsung engan jalan saling berkomunikasi dengan melalui bahasa yang sederhana dan dimengerti. Alat ukur ini digunakan untuk mengetahui tahapan dalam kecemasan/anxiety (P.Bech, M Kastrup And O.J. Rafaelsen, 1996).

HARS terdiri dari 14 item.

Pada kuisioner ini, responden diminta memilih tahapan yang dipilih diberi skor, seperti berikut :

- Skor 0 berarti tidak ada gejala sama sekali.
- Skor 1 berarti ringan
- Skor 2 berarti sedang
- Skor 3 berarti berat
- Skor 4 berarti sangat berat (panik)

Cara penilaian :

Bila derajat kecemasan, skor :

- Kurang dari 6 berarti : tidak ada kecemasan
- 6 - 14 berarti : kecemasan ringan
- 15 - 17 berarti : kecemasan sedang
- Lebih dari 17 berarti : kecemasan berat

Kemudian jumlah skor terakhir, disesuaikan dengan derajat kecemasan diatas, selanjutnya setiap item diberi koding sesuai dengan perolehan skor : 4, 3, 2, 1, 0

3.3. Identifikasi Variabel

Pada penelitian ini data penderita skizofrenia sebagai variabel bebas. Variabel Independent : skizofrenia, diambil dan ditentukan dengan melihat status di ruangan.

Variabel Dependent : kecemasan keluarga yang diukur memakai penilaian HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)

Variabel Compounding : diambil dengan melihat hasil pengisian data kuesioner.

3.4. Populasi, Sample dan Sampling

3.4.1. Populasi

Pada penelitian ini populasi diambil dari salah satu anggota keluarga (ayah, ibu, suami, istri, anak) yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, yang diopname di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

3.4.2. Sample dan Sampling Penelitian

Diambil dari keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia yang diopname di ruang jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

(1) Kriteria Inklusi

Yaitu anggota keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia yang diopname di ruang jiwa C RSUD Dr. Soetomo dan yang tinggal serumah dengan penderita.

(2) Kriteria Eksklusi

Yaitu keluarga yang tidak memenuhi kriteria inklusi (keluarga yang tidak layak menjadi sampel). Besar sampel 10 (sepuluh) orang, cara melihatnya adalah gangguan jiwa yang disertai gangguan neurotik (psikoneurotik).

3.5. Pengumpulan Data

- Data diambil di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo
- Sebanyak 30 (tiga puluh) pasien dengan gangguan jiwa/skizofrenia, mulai tanggal 19 Oktober 1999 sampai dengan 23 Oktober 1999 dan 22 Nopember 1999

- Kemudian menyebarkan surat persetujuan menjadi responden dan daftar kuesioner yang sudah diterangkan tujuan dari penelitian ini
- Dalam penelitian ini yang diukur adalah reaksi kecemasan / ansietas dari keluarga dengan memakai penilaian HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)

3.6. Analisa Data

- (1) Tahapan kecemasan/anxiety diukur dengan menggunakan skala " HARS " (Hamilton Anxiety Rating Scale), skor 0 berarti tidak ada gejala sama sekali, skor 1 berarti ringan, skor 2 berarti sedang, skor 3 berarti berat, dan skor 4 berarti sangat berat.
- (2) Data diolah dengan menggunakan presensi dari tabulasi silang, kemudian dilakukan dengan mengukur berapa persentase tingkat kecemasan, baik tingkat umur, pekerjaan, agama, suku, kelamin dan tingkat pendidikan. Kemudian dicari mayoritas maupun minoritas dari hasil pengolahan data.

3.7. Etika

Dalam melaksanakan penelitian dengan judul "Reaksi Kecemasan Keluarga Dimana Salah Satu Anggota Keluarganya Menderita Skizofrenia ". Peneliti mengajukan permohonan kepada Direktur

"RSUD Dr. Soetomo", tembusan kepada instalasi Jiwa dan kepala ruang jiwa C RSUD Dr. Soetomo.

(1) Lembar persetujuan menjadi peserta, sebelum mengisi, peserta membaca dan mengisi isi kuisioner, bila peserta bersedia maka peserta menanda tangani lembar persetujuan tersebut.

(2) Anonimity (tanpa nama)

Partisipan tidak perlu mencantumkan nama pada lembar responden.

Untuk mengetahui keikutsertaan, peneliti cukup memberi " tanda " pada lembar kuisioner

(3) Confidentiality

Kerahasiaan informasi yang telah diberikan peserta dijamin oleh peneliti

Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan dalam hasil penelitian.

3.8. Keterbatasan

(1) Sample yang digunakan hanya terbatas pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia diopname diruang jiwa C RSUD Dr. Soetomo, sehingga hasilnya kurang representatif sebagai kesimpulan secara umum.

- (2) Alat ukur kuisisioner bersifat subjektif sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
- (3) Masih minimnya hasil penelitian mengenai reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia.

Hal ini merupakan hambatan bagi peneliti untuk mengembangkan wawasan.

3.10. Rencana Kegiatan

NO	URAIAN KEGIATAN	JULI					AGUSTUS					SEPTEMBER					OKTOBER				
		MINGGU					MINGGU					MINGGU					MINGGU				
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
1	Pengarahan Riset	X																			
2	Penjagaann Lahan		X																		
3	Penyusunan Proposal			X																	
4	Konsultasi Proposal			X																	
5	Penyebaran Angket								X												
6	Pengolahan Hasil dan Pembuatan Laporan												X								
7	Konsultasi Hasil Riset												X								
8	Penyelesaian Hasil Riset												X								
9	Pengumpulan Hasil Riset												X								X
10	Ujian																				

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan disajikan mengenai data umum responden yang terdiri dari : umur, pekerjaan, agama, suku, jenis kelamin, pendidikan dari keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia.

Dan data tersebut di atas diambil dengan cara tabulasi silang untuk mengetahui tingkat kebermaknaan (signifikan) frekuensi sebagai jawaban atas pertanyaan penelitian.

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Data Umum karakteristik Demografik

Tabel 1 : Frekuensi distribusi tentang umur Responden

No	Umur (Thn)	Jumlah	Prosentase %
1	16 - 20	3	10
2	21 - 35	9	30
3	36 - 50	18	60
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 1 di atas kelihatan mayoritas usia 36 - 50 tahun sebanyak 18 (60%) responden

Tabel 2 : Frekuensi distribusi tentang pekerjaan

No	Pekerjaan	Jumlah	Prosentase (%)
1	Ibu rumah tangga	3	10
2	Wiraswasta	15	50
3	Dagang		
4	Swasta		
5	Tidak bekerja	6	20
6	Pensiunan	3	10
7	PNS	3	10
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 2 kelihatan mayoritas pekerjaan

wiraswasta sebanyak 15 (50%) responden

Tabel 3 : Frekuensi distribusi tentang agama

No	Agama	Jumlah	Prosentase (%)
1	Islam	21	70
2	Kristen Protestan	9	30
3	Kristen Katholik		
4	Kristen		
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 3 kelihatan mayoritas agama Islam,

sebanyak 21 (70%) responden

Tabel 4 : Frekuensi distribusi tentang jenis kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase (%)
1	Laki-laki	9	30
2	Perempuan	21	70
	Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 4 kelihatan mayoritas perempuan sebanyak 21 (70 %) responden

Tabel 5 : Frekuensi distribusi tentang tingkat pendidikan

No	Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1	SD tidak tamat	3	10
2	SD	6	20
3	SMP	9	30
4	SMU	9	30
5	Akademi/PT	3	10
	Jumlah	30	100

Tabel 5 kelihatan mayoritas SMU dan SMP sebanyak 9 (30 %) responden

Tabel 6 : Distribusi frekuensi tentang suku

No	Suku	Jumlah	Prosentase (%)
1	Jawa	30	100
	Jumlah	30	100

4.2. Pembahasan

4.2.1. Data Khusus

Tabel 7 : Hubungan antara tingkat umur dengan reaksi kecemasan keluarga menurut penilaian HARS

No	UMUR	JML	TK. KECEMASAN	PROSENTASE
1	16 - 20	4	Ringan	0 %
			Sedang	100%
			Berat	0%
2	21 - 35	15	Ringan	0%
			Sedang	86,66%
			Berat	13,33%
3	36 - 50	11	Ringan	9,09%
			Sedang	50,45%
			Berat	30,63%
	jml	30		

Tabel 7 : menunjukkan bahwa

- umur 16 - 20 th, sebanyak 4 responden (100%) tingkat kecemasan sedang, jadi pada umur tersebut adalah tumbuh kembang remaja, dimana masa itu remaja cepat tanggap dan meresapi, bila menghadapi suatu masalah sehingga mudah mengalami kecemasan.
- Umur 21 - 35 th, tingkat kecemasan sedang 13 responden mengalami tingkat kecemasan sedang (86,66%), pada umur tersebut adalah tumbuh kembang dewasa muda dimana responden telah

matang dalam menghadapi masalah-masalah yang terjadi. Tetapi sebaliknya mudah mengalami kecemasan.

- Pada umur 36 - 50 th, sebanyak 6 responden dengan tingkat kecemasan sedang (50,45%), fase tumbuh kembang pada usia tersebut termasuk dewasa tua, jadi berfikir bila menghadapi suatu masalah, sudah mengetahui dampak dari masalah yang terjadi, sehingga mudah mengalami kecemasan.

Tabel 8 : Hubungan antara pekerjaan dengan reaksi kecemasan keluarga menurut penilaian HARS

No	PEKERJAAN	JML	TK. KECEMASAN	PROSENTASE
1	Ibu Rumah Tangga	3	Ringan Sedang Berat	0 % 100% 0%
2	Tidak bekerja	7	Ringan Sedang Berat	0 71,42 28,58
3	Swasta	14	Ringan Sedang Berat	7,14% 70,85% 14,28%
4	Pensiunan	3	Ringan Sedang Berat	0 0 100
5	PNS	3	Ringan Sedang Berat	0% 100% 0%
	Jumlah	30		

Pada tabel 8 : menunjukkan

- ibu rumah tangga sebanyak 3 responden tingkat kecemasan sedang, sebab pada ibu rumah tangga sering di rumah jadi sering kali terpapar dengan masalah-masalah gangguan jiwa dari keluarganya sehingga mengetahui dampak dan mudah mengalami kecemasan
- Tidak bekerja sebanyak 5 responden dengan kecemasan sedang 71,42 % sebab pada keluarga yang tidak bekerja memikirkan beban biaya, waktu dan tenaga untuk mengurus penderitanya sehingga mudah sekali mengalami kecemasan
- Pada pekerjaan swasta sebanyak 11 (70,85%), responden tingkat kecemasan sedang, sebab pada responden dengan pekerjaan swasta, sering berfikir tentang pengeluaran uang yang tiap bulannya sulit, apalagi pengobatan pada penderita jiwa jangka waktu lama dan harus teratur, apalagi harga obat mahal.
- Pensiunan sebanyak 2 responden (100%) tingkat kecemasan berat, sebab pada pensiunan masalah

pendapatan tidak mencukupi hanya untuk sekedarnya bila menghadapi masalah ini cepat mengalami kecemasan.

- Pada PNS, sebanyak 3 responden (100%) tingkat kecemasan sedang sebab pada responden dengan pekerjaan PNS, gaji yang pas-pasan tiap bulannya, sedangkan pengobatan lama dan harga obat mahal, sehingga mudah sekali mengalami kecemasan

Tabel 9 : Hubungan antara agama Islam dan Kristen dengan reaksi kecemasan menurut penilaian HARS

No	AGAMA	JML	TK. KECEMASAN	PROSENTASE
1	Islam	26	Ringan Sedang Berat	0 % 70,63% 20,37
2	Kristen	4	Ringan Sedang Berat	25% 75% 0%
	Jumlah	30		

Pada tabel 9 menunjukkan bahwa :

- Mayoritas agama Islam sebanyak 20 responden (70,63%) yang mengalami kecemasan sedang,

- Kemungkinan dalam mendalami masalah agama khususnya agama Islam kurang mantap, sehingga mudah mengalami kecemasan.
- Pada agama Kristen, 3 responden (75%) tingkat kecemasan sedang, kemungkinan pendalaman masalah agama Kristen kurang dipahami, sehingga mudah mengalami kecemasan

Tabel 10 : Hubungan antara suku dengan reaksi kecemasan menurut penilaian HARS

No	SUKU	JML	TK. KECEMASAN	PROSENTASE
1	Jawa	30	Ringan Sedang Berat	100%
	Jumlah	30		

Tabel 10 menunjukkan bahwa suku Jawa mayoritas 100% mengalami kecemasan, kemungkinan menghadapi masalah gangguan jiwa bagi keluarga adalah aib, maka mudah sekali mengalami kecemasan.

Tabel 11 : Hubungan antara jenis kelamin dengan reaksi kecemasan keluarga menurut penilaian HARS

No	JENIS KELAMIN	JML	TK. KECEMASAN	PROSENTASE
1	Laki-laki	9	Ringan	0%
			Sedang	70,76%
			Berat	20,24%
2	Perempuan	21	Ringan	4,23%
			Sedang	70,61%
			Berat	19,04%
	Jumlah	30		

Tabel 11 menunjukkan bahwa

- jenis kelamin laki-laki mayoritas 70,76% tingkat kecemasan sedang (7 responden) laki-laki mudah menanggapi dan meresapi bila mendapatkan masalah, sehingga mudah mengalami kecemasan.
- Pada jenis kelamin perempuan mayoritas 16 responden (70,61%) dengan tingkat kecemasan sedang, pada perempuan diam, tetapi mendalami masalah yang terjadi sehingga mudah mengalami kecemasan.

Tabel 12 : Hubungan antara tingkat pendidikan dengan reaksi
reaksi kecemasan menurut penilaian HARS

No	TK. PENDIDIKAN	JML	TK. KECEMASAN	PROSENTASE
1	SD	4	Ringan Sedang Berat	0 % 50% 50%
2	SMP	9	Ringan Sedang Berat	0% 80,88% 19,12%
3	GLTA	15	Ringan Sedang Berat	0% 80% 20%
4	PT	2	Ringan Sedang Berat	0% 100% 0%
	Jumlah	30		

Pada tabel 12 menunjukkan bahwa :

- Antara tingkat pendidikan SD dengan reaksi kecemasan adalah 4 responden : (50%) mayoritas tingkat kecemasan sedang, sedangkan 2 responden (50%) dengan tingkat kecemasan berat ada 2 responden, jadi di sini kelihatan tingkat pendidikan rendah (SD) serius memikirkan keluarganya yang sakit jiwa sehingga mengalami tingkat kecemasan berat

- Sedangkan tingkat pendidikan SMP mayoritas 8 responden (80,88%), bertambah tingginya pendidikan semakin mudah mengalami kecemasan.
- Tingkat pendidikan SLTA, mayoritas 12 responden (80%) tingkat kecemasan sedang semakin meningkatnya pendidikan semakin mudah mengalami kecemasan.
- Dan PT mayoritas 2 responden (100%) mengalami tingkat kecemasan sedang

Jadi pada tingkat pendidikan di sini makin tinggi tingkat pendidikan, makin berpeluang mengalami kecemasan yang tinggi pula, oleh karena mengetahui dampak-dampak dari gangguan jiwa

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian tentang reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarga menderita skizofrenia dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

Terdapat reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarganya yang menderita skizofrenia mulai dari umur, pekerjaan, agama, suku, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan.

Reaksi kecemasan keluarga tergantung pada respon individu terhadap stress dari mekanisme adaptasi sampai maladaptasi perlu dipahami agar kemungkinan dapat mencegah tingkat kecemasan yang lebih berat serta mengetahui ada / tidaknya reaksi kecemasan keluarga, serta dapat mendeteksi dini dari reaksi kecemasan keluarga, sehingga dapat menciptakan situasi kehidupan keluarga yang lebih kondusif dan dapat meningkatkan kesembuhan penderita.

5.2. Saran

Sebaiknya dilakukan penelitian lebih lanjut secara baik, luas dan terinci agar dapat memastikan reaksi kecemasan keluarga terhadap salah satu anggota keluarganya menderita skizofrenia, baik penelitian itu oleh tenaga kesehatan bersama, keluarga dan memberikan penyuluhan (PKMRS) di RSUD Dr. Soetomo.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ardjana E. DKK (1994), *Sikap Anak terhadap Orang Tua Pada Keluarga yang Salah Satu Orang Tuanya Skizofrenia*, Lab/UPF Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unair RSUD Dr. Soetomo Surabaya
- W.F. Maramis (1994), *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya
- Bailon, S.G. (1989), *Perawatan Kesehatan Keluarga*, Depkes RI, Jakarta
- Rusdi Maslim (1996), *Buku Saku Diagnosa Gangguan Jiwa*
- Budi Anna Keliat, SKP.MAPP, SC, *Penatalaksanaan Stress Penerbit Buku Kedokteran*, EGC, Cetakan Satu (1999)
- Sudigdo Sastro Asmoro, *Dasar-dasar Methodologi Penelitian Klinis, Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*, Jakarta (1995)
- Dr. Ali Ghufroon Mukti, MSc, *Catatan Kuliah Statistika Kedokteran*, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Edisi 2 (1996)
- Nur Salam (1997), *Pendekatan Praktis Methodologi Riset Keperawatan Surabaya (Mimeographieid)*
- Stuart. G.W. dan Sundeen, Sandra J. (1995), *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*, Mosby, Philadelphia
- P. Bech, M. Kastrup and O.j. Rafaelsen, *Hamilton Anxiety Rating Scale*
- Mantra, I.B. (1991). *Partisipasi Masyarakat dalam Bidang Kesehatan*, Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, Deskes RI, Jakarta
- Notoatmodjo, S. (1993). *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.
- Patricia, A, Potter, A. , Perry. (1985). *Fundamental of Nursing*, CV. Mosby, Company, Toronto
- Sosrokusumo, P. dan Maslim, R. (1988). *Peran Serta Pengobatan Tradisional dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa*, *Journal Medika Kedokteran dan Farmasi*, No. 6 Tahun 7, 30 Juni 1991, hal. 425-428
- Whaley, L.F dan Wong, D.L. (1991). *Nursing Care of Infants and Children*, CV. Mosby Company.

LAMPIRAN

Lampiran 1 : SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Kepada : Surabaya, 19 Oktober 1999

Yth. Bapak/Ibu/Suami/Istri/Anak

Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo

Di

SURABAYA

Dengan Hormat,

Sesuai dengan kurikulum akhir program D-IV Perawat pendidik Fakultas Kedokteran UNAIR, ialah mengadakan enelitian di bidang keperawatan khususnya bidang keperawatan mental psikiatri. Dengan ini kami mohon Bapak/Ibu/Suami/Istri/Anak, bersedia mengisi kuisisioner (terlampir).

Pengisian kuisisioner ini tidak ada hubungannya dengan kondite, prestasi kerja, serta kenaikan golongan bagi Bapak/Ibu/Suami/Istri/Anak yang menunggu, menjaga penderita di ruang jiwa C ini.

Berkenaan dengan hal tersebut di atas kami mohon diisi sejujurnya, tanpa menulis nama serta alamat, perlu Bapak/Ibu/Suami/Istri/Anak ketahui, hasil kuisisioner ini sangat perlu dalam memberikan usulan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan ruang jiwa C RSUD Dr. Soetomo.

Apabila Bapak/Ibu/Suami/Istri/Anak berkenan mengisi kuisisioner, mohon menanda tangani kolom di bawah ini.

TANDA TANGAN :.....

TANGGAL :.....

Lampiran 2 : H A R S (Hamilton Anxiety Rating Scale)

N a m a :

U m u r :

A l a m a t :

P e k e r j a a n :

A g a m a :

S u k u :

K e l a m i n :

P e n d i d i k a n :

T a n g g a l :

Cara Penilaian :

- 0 = Tidak ada
- 1 = Ringan
- 2 = Sedang
- 3 = Berat
- 4 = Sangat berat

1. Perasaan Ansietas

- Cemas
- Takut akan pikiran sendiri
- Firasat buruk
- Mudah tersinggung

|

2. Ketegangan

- Merasa tegang
- Mudah menangis
- Lesu
- Gemetar
- Tak bisa istirahat tenang
- Gelisah
- Mudah terkejut

3. Ketakutan

- Pada gelap
- Pada binatang besar
- Pada orang asing
- Pada keramaian lalu lintas
- Ditinggal sendiri
- Pada kerumunan orang banyak

4. Gangguan Tidur

- Sukar masuk tidur
- Mimpi-mimpi
- Mimpi buruk
- Terbangun malam hari
- Tidak pulas
- Mimpi yang menakutkan
- Bangun dengan lesu

5. Gangguan kecerdasan

- Sulit berkonsentrasi
- Daya ingat buruk

6. Perasaan depresi

- Hilangnya minat
- Sedih
- Berkurangnya kesenangan pada hobi
- Bangun dini hari
- Perasaan berubah-ubah sepanjang hari

7. Gejala somatik (otot)

- Sakit dan nyeri di otot-otot
- Gigi gemeretak
- Kaku
- Suara tidak stabil
- Kedutan otot

8. Gejala somatik (sensorik)

- Tinitus
- Merasa lemas
- Penglihatan kabur
- Perasaan yang ditusu-tusuk
- Muka merah atau pucat

9. Gejala Kardiovaskuler

- Takikardia
- Denyut nadi mengeras
- Berdebar
- Rasa lesu/lemas seperti mau pingsan
- Nyeri di dada
- Detak jantung hilang (berhenti sekejap)

10. Gejala Respiratori

- Rasa tertekan atau sempit dada
- Perasaan tercekik
- Sering menarik nafas
- Nafas pendek/sesak

11. Gejala GIT

- Sulit menelan
- Rasa penuh atau kembung
- Enek
- Perut melilit
- Gangguan pencernaan
- Nyeri sebelum dan sesudah makan
- Perasaan terbakar di perut
- Muntah
- Kehilangan berat badan
- Kontipasi

12. Gejala U.G.

- Sering buang air seni
- Menjadi dingin (frigit)
- Tak dapat menahan air seni
- Ejakulasi prekok
- Ereksi hilang
- Aminorrhoe
- Menorrhoe
- Impotensi

13. Gejala otonom

- Mulit kering
- Pusing, sakit kepala
- Muka kering
- Bulu-bulu berdiri
- Mudah berkeringat

14. Tingkah laku pada wawancara

- Gelisah
- Muka tegang
- Tak tenang
- Tonus otot meningkat
- Nafas pendek dan cepat
- Jari gemetar
- Kerut kening
- Muka merah

Lampiran 3 : Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Terdiri dari 14 item :

Dengan Penilaian :

- Skor 0 = Tak ada gejala sama sekali
- Skor 1 = Ringan
- Skor 2 = Sedang
- Skor 3 = Berat
- Skor 4 = Sangat berat

Penilaian :

Derajat kecemasan skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan

6-14 = Kecemasan Ringan

15-27 = Kecemasan Sedang

Lebih dari 27 = Kecemasan berat