

SKRIPSI

EFEKTIFITAS THERAPI KELUARGA TERHADAP PERUBAHAN SIKAP KELUARGA DALAM MENERIMA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI DI BANGLI

PENELITIAN PRA EXPERIMENTAL (One Group pra Test Posttest Design)

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

IDA ERNI SIPAHUTAR

NIM. 010330599-B

**PROGRAM STUDI S-1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
2005**

SURAT PERNYATAAN

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

Surabaya, Februari 2005

Yang menyatakan



Nama : Ida Erni Sipahutar
NIM : 010330599 B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

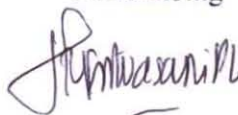
Tanggal : 8 Pebruari 2005

Oleh
Pembimbing Ketua



Ahmad Yusuf, SKp. Mkes
NIP. 132255152

Pembimbing



Rizki Fitriyasari Pk, Skep. Ns

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Surabaya



Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140238226

Telah di Uji
Pada Tanggal 11 Februari 2005

PANITIA PENGUJI

Tanda Tangan

Ketua : Syamilatul Khariroh, S.Kp., M. Kes (.....)

Anggota : 1. Ahmad Yusuf, SKp. Mkes (.....)

 2. Rizki Fitryasari Pk, Skep. Ns (.....)

Mengetahui,
a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 140 238 226

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “ EFEKTIFITAS THERAPI KELUARGA TERHADAP PERUBAHAN SIKAP KELUARGA DALAM MENERIMA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI DI BANGLI “. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. H.M.S. Wiyadi, dr, Sp. THT, selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr. SpPD,KTI, selaku ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada saya untuk menyelesaikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
3. Ahmad Yusuf, Skp., selaku pembimbing utama yang telah memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan skripsi ini.
4. Rizki Fitryasari Pk, Skep.NS, selaku pembimbing kedua yang telah memberikan masukan dan bimbingan dalam penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
5. dr. I. Gusti Rai Tirta, SpKJ, selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk terlaksananya penelitian ini.
6. Kepada suami tercinta dan anak-anakku Nova, Dolly, Desy yang telah memberikan semangat dan dorongan untuk penyelesaian skripsi ini.

7. Kepada responden keluarga yang bersedia meluangkan waktunya untuk mengisi kuesioner dan mendengarkan intervensi yang diberikan demi terlaksananya penelitian ini.
8. Kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan motivasi demi penyelesaian skripsi ini yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu.

Saya sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan khususnya keperawatan psikiatri.

Surabaya, Februari 2005

Penulis

Ida Erni Sipahutar

ABSTRAK

EFEKTIFITAS THERAPI KELUARGA TERHADAP PERUBAHAN SIKAP KELUARGA DALAM MENERIMA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA PROVINSI BALI DI BANGLI

Penelitian Pra Ekperimental
(*One Group Pra - Test - Posttest Design*)

Oleh
Ida Erni Sipahutar

Sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia merupakan hal yang sangat penting bagi klien skizofrenia, karena apabila keluarga menerima keadaan klien diharapkan keluarga turut terlibat dalam proses keperawatan klien di Rumah Sakit Jiwa. Sehingga apabila klien kembali ke rumah keluarga dapat merawat klien dan menekan terjadinya kekambuhan penyakit klien serta meningkatkan kualitas hidup klien dan mengurangi beban keluarga. Agar sikap keluarga dapat menerima klien skizofrenia maka perlu dilakukan terapi keluarga.

Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli.

Penelitian menggunakan desain Pra Ekperimental One Group Pra - Test - Post test Design. Populasi responden adalah seluruh keluarga klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli berjumlah 25 orang responden sedangkan responden yang diteliti berjumlah 13 responden sesuai kriteria inklusi. Teknik sampling non probability type purposive. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan di analisis menggunakan kemaknaan $p < 0,05$.

Hasil penelitian menunjukkan sebelum dilakukan intervensi terapi keluarga (84,6 %) kategori cukup, (15,4 %) kategori baik sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli, kemudian hasil setelah dilakukan intervensi terapi keluarga (23,1 %) kategori cukup, (76,9 %) kategori baik sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli. Kemudian dilakukan test statistik Wilcoxon Signed Ranks Test di peroleh tingkat kemaknaan 0,005 hal ini menunjukkan terapi keluarga efektif terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli.

Kata kunci : Terapi keluarga, sikap, skizofrenia.

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF FAMILY THERAPY IN THE CHANGE OF FAMILY ATTITUDE IN ACCEPTING SCHIZOPHRENIC PATIENT IN MENTAL HOSPITAL, PROVINCE OF BALI, IN BANGLI

**A PRE-Experimental Study
(One Group Pretest Posttest Design)**

by
Ida Erni Sipahutar

Family attitude in accepting schizophrenic client is important for the client as the family is expected to involve in nursing care process in mental hospital. It is also expected that when the client is returned to his/her own family, they are able to take care the client, prevent the recurrence, improve the client life quality, and reduce family burden. For the schizophrenic client, family therapy is required. This study was aimed to investigate the effectiveness of family therapy to change family attitude in accepting schizophrenic patient in mental Hospital, Province of Bali, in Bangli.

This study used pre-experimental one group pretest posttest design. Population comprised all families of schizophrenic client in mental hospital, Province of Bali, in Bangli, totally 25 respondents. Only 13 of these individuals were observed as they met the inclusion criteria. This study also used non-probability purposive sampling. Data were collected using questionnaire and analyzed at significance level of $p < 0,05$.

Results showed that before intervention, the family attitude in accepting schizophrenic client in Mental Hospital., Province of Bali, in Bangli, was 84.6% moderate, and 15.4% good. After the intervention was carried out, the proportion changed into 23.1% moderate and 76.9% good. The subsequent statistical test of Wilcoxon Signed Rank Test showed significance level of 0.005. This indicated that family therapy was effective to change family attitude in accepting schizophrenic client in Mental Hospital, Province of Bali, in Bangli.

Keywords : family therapy, attitude, schizophrenia.

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran	xii
Motto.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.2.1 Pertanyaan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat.....	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Dasar Keluarga	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Tipe Keluarga.....	6
2.1.3 Struktur Keluarga.....	8
2.1.4 Fungsi Keluarga	8
2.1.5 Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan	11
2.1.6 Tugas Keluarga sebagai Sistem.....	12
2.2 Therapi Keluarga	12
2.2.1 Pengertian	12
2.2.2 Ciri-ciri Keluarga	13
2.2.3 Ciri-ciri Disfungsional Keluarga	13
2.2.4 Indikasi Pelaksanaan Therapi Keluarga	14
2.2.5 Tempat Pelaksanaan Therapi Keluarga	14
2.2.6 Intervensi Klinik	14
2.2.7 Intervensi Non Klinik	16
2.2.8 Aplikasi Therapi Keluarga	17
2.2.9 Manfaat Therapi Keluarga	18
2.3 Skizofrenia	19
2.3.1 Pengertian	19
2.3.2 Etiologi	20
2.3.3 Gejala	20
2.3.4 Penatalaksanaan	22
2.3.5 Kesembuhan / Prognosa	24

2.4	Konsep Sikap.....	25
2.4.1	Pengertian	25
2.4.2	Struktur dan Komponen Sikap	26
2.4.3	Fungsi Sikap	28
2.4.4	Tingkatan Sikap.....	29
2.4.5	Determinan Sikap	29
2.4.6	Ciri-Ciri Sikap.....	30
2.4.7	Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan Sikap	31
2.4.8	Pembentukan dan Perubahan Sikap.....	31
2.4.9	Pengukuran Sikap.....	32
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	33
3.1	Kerangka Konseptual	33
3.2	Hipotesis.....	34
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	35
4.1	Desain Penelitian	35
4.2	Kerangka Kerja Penelitian.....	36
4.3	Populasi, Sampel dan Sampling	36
4.3.1	Populasi.....	36
4.3.2	Sampel	37
4.3.3	Sampling.....	38
4.4	Identifikasi Variabel	38
4.4.1	Variabel Independen	38
4.4.2	Variabel Dependen.....	38
4.5	Definisi Operasional	39
4.6	Pengumpulan Data	40
4.7	Etika Penelitian.....	42
4.7.1	Lembar Persetujuan menjadi Responden.....	42
4.7.2	Anonymity	42
4.7.3	Confidentiality	42
4.8	Keterbatasan	42
4.8.1	Instrumen atau alat ukur	42
4.8.2	Sampling Desain	43
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	44
5.1	Hasil Penelitian.....	44
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
5.1.2	Karakteristik Demografi Responden.....	45
5.1.3	Variabel yang Diukur.....	47
5.2	Pembahasan.....	50
5.2.1	Sikap Keluarga Dalam Menerima Klien Skizofrenia sebelum Diberikan Therapi Keluarga.....	50
5.2.2	Sikap Keluarga Dalam Menerima Klien Skizofrenia Setelah Diberikan Therapi Keluarga.....	51
5.2.3	Pengaruh Therapi Keluarga terhadap Perubahan Sikap Keluarga Dalam Menerima Klien Skizofrenia	53

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	55
6.1 Kesimpulan.....	55
6.2 Saran	55
Daftar Pustaka	57
Lampiran 1	59
Lampiran 2	60
Lampiran 3	62
Lampiran 4	64
Lampiran 5	66
Lampiran 6	70
Lampiran 7	71
Lampiran 8	72
Lampiran 9	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual.....	33
Gambar 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Wilayah Provinsi Bali Desember 2004.....	45
Gambar 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Wilayah Provinsi Bali Desember 2004.....	45
Gambar 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Strata Pendidikan di Wilayah Provinsi Bali Desember 2004.....	46
Gambar 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Provinsi Bali Desember 2004.....	46
Gambar 5.5	Distribusi Sikap Keluarga Dalam Menerima Klien Skizofrenia Sebelum Intervensi Therapi Keluarga Desember 2004.....	47
Gambar 5.6	Distribusi Sikap Keluarga Dalam Menerima Klien Skizofrenia Setelah Intervensi Therapi Keluarga Desember 2004.....	48

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian	59
Lampiran 2	Formulir Therapi Keluarga Fase Orientasi	60
Lampiran 3	Formulir Therapi Keluarga Fase Kerja	62
Lampiran 4	Formulir Therapi Keluarga Fase Terminasi.....	64
Lampiran 5	Kuesioner.....	66
Lampiran 6	Data Efektivitas Therapi Keluarga Terhadap Perubahan Sikap Keluarga Dalam Menerima Klien Skizofrenia	70
Lampiran 7	Frequencies Table.....	71
Lampiran 8	Hasil Uji Statistik	72
Lampiran 9	Jawaban Ijin Penelitian	74

MOTTO

*Kesukaran Sering Merupakan Alat Yang Dipakai Oleh Yang
Mahakuasa Untuk Membentuk Kita Bagi Sesuatu
Yang Lebih Baik*

(Henry Ward Beecher)

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. Keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku, (Clement dan Buchanan, 1982). Individu menguji coba perilakunya didalam keluarga, dan umpan balik keluarga mempengaruhi individu dalam mengadopsi perilaku tertentu. Semua ini merupakan persiapan individu untuk berperan di masyarakat. Berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat klien seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu klien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah, menanggulangi berbagai masalah dan mempertahankan keadaan adaptif klien . Keluarga tidak mampu melakukan fungsinya seperti membina ajaran agama, membina budaya keluarga yang sesuai, membina tingkah laku saling menyayangi, menumbuh kembangkan potensial kasih sayang antar anggota keluarga, memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota keluarga. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kambuh klien skizofrenia adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah (Sulenges, 1988).

Dari data National Advisory Mental Health Council, Health Care Reform for Americans with Mental Illness dalam Touosend (1988) dinyatakan bahwa kelainan mental berat seperti Skizofrenia mengenai 2,8 % dari populasi

orang dewasa. Data Rumah sakit Jiwa Propinsi Bali di Bangli tahun 2003 menunjukkan klien Skizofrenia sebanyak 1552 orang. Dari jumlah kasus tersebut, 1257 orang klien tidak pernah di kunjungi keluarganya atau 80,99 % dari jumlah kasus. Berdasarkan hasil wawancara, alasan keluarga tidak mengunjungi klien di rumah sakit jiwa karena di rumah sakit jiwa sudah ada perawat dan dokter yang merawat klien dan keluarga sudah merasa putus asa terhadap keadaan klien sehingga klien tidak perlu kembali ke rumah.

Banyak klien di rumah sakit jiwa yang jarang dikunjungi keluarganya. Biasanya setelah diserahkan ke rumah sakit jiwa, klien jarang melihat keluarganya lagi. (Budi Anna Keliat, 1996). Sehingga keluarga tidak mengikuti proses perawatan klien, dan kesan yang ada pada keluarga hanyalah perilaku klien sewaktu dibawa ke rumah sakit jiwa. Dipihak lain, tim kesehatan jiwa di rumah sakit merasa bertanggung jawab hanya pada upaya penyembuhan klien dan jarang melibatkan keluarga. Setelah sembuh, pihak rumah sakit memulangkan klien ke lingkungan keluarga dan umumnya beberapa hari, minggu atau bulan di rumah klien kembali di rawat dengan alasan perilaku klien yang tidak dapat diterima oleh keluarga dan lingkungan. Klien dengan skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50 % pada tahun pertama, 70 % pada tahun kedua dan 100 % pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit jiwa (Corson dan Ross, 1987). Dari jumlah kasus tahun 2003 di RSJ Provinsi Bali di Bangli, 1257 klien yang tidak pernah di kunjungi oleh keluarganya, 755 klien di rawat kembali karena kambuh atau 60 % dari jumlah kasus.

Pemberian terapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian di bahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga. Dimana setiap anggota keluarga diberi kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah keluarga. Dalam pelaksanaan terapi keluarga perawat berperan merawat klien secara utuh dan mengkaji stress emosi yang di alami oleh keluarga. Selain itu perawat juga mengkaji fungsional dan disfungsional keluarga melalui intervensi keluarga.

Salah satu indikasi terapi keluarga adalah proses terapi individu yang tidak kunjung mengalami kemajuan karena dalam terapi ini keluarga juga ikut terlibat bersama perawat ketika memberikan asuhan keperawatan. Perawat dapat menjelaskan kepada keluarga tentang hal-hal persiapan klien pulang dan bagaimana memperlakukan klien di rumah agar tidak terjadi kekambuhan sehingga klien dapat berfungsi seperti anggota keluarga yang lain.

Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien Skizofrenia di rumah sakit Jiwa Propinsi Bali di Bangli.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Pertanyaan Masalah

Bagaimana efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa provinsi Bali di Bangli.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di Rumah Sakit jiwa Propinsi Bali.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sebelum di beri terapi keluarga.
- 2) Mengidentifikasi sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sesudah diberikan terapi keluarga.
- 3) Menganalisis pengaruh terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia.

1.4 Manfaat

1.4.1 Secara Teori

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan jiwa, terutama dalam penerapan terapi modalitas untuk terapi keluarga.

1.4.2 Secara Praktis

- 1) Memberikan informasi agar ditindaklanjuti guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan jiwa di rumah sakit jiwa propinsi Bali di Bangli.
- 2) Dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien Skizofrenia dapat sebagai pedoman agar perawat berperan memberikan terapi keluarga

sehingga keluarga mau mengunjungi klien selama di rawat di rumah sakit jiwa.

- 3) Dapat mempercepat proses kesembuhan klien sehingga mengurangi biaya perawatan dan pengetahuan klien dan mencegah terjadinya kekambuhan klien bila sudah kembali ke rumah dan lingkungan.

BAB 2

LANDASAN TEORI

Pada tinjauan pustaka ini akan dibahas tentang konsep keluarga, terapi keluarga, skizofrenia, sikap.

2.1 Konsep Dasar Keluarga

2.1.1 Pengertian

Pengertian keluarga akan berbeda tergantung pada orientasi yang digunakan dan orang yang mendefinisikannya.

Friedman (1998) mendefinisikan keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Pakar konseling keluarga dari Yogyakarta, Sayekti (1994) menulis keluarga adalah suatu ikatan / persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga. Menurut UU No. 19 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami – istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya atau ibu dan anaknya. Ketiga pengertian tersebut mempunyai persamaan bahwa dalam keluarga terdapat ikatan perkawinan dan hubungan darah yang tinggal bersama dalam satu atap (serumah) dengan peran masing-masing serta keterikatan emosional.

2.1.2 Tipe Keluarga

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua yaitu :

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi).

2.1.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Parad dan Caplan (1965) yang di adopsi oleh Friedman mengatakan ada empat elemen struktur keluarga yaitu :

- 1) Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal.
- 2) Nilai atau norma keluarga menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- 3) Pola komunikasi keluarga menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, dan anggota lain (pada anggota besar) dengan keluarga inti.
- 4) Struktur kekuatan keluarga menggambarkan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

2.1.4 Fungsi Keluarga

Indonesia membagi fungsi keluarga menjadi delapan dengan bentuk operasional yang dapat dilakukan oleh setiap keluarga (UU No. 10 tahun 1992 dan No. 21 tahun 1994) yaitu :

1) Fungsi keagamaan.

- a. Membina norma / ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- b. Menerjemahkan ajaran / norma ke dalam tingkah laku hidup sehari-hari seluruh anggota keluarga.
- c. Memberikan contoh konkret dalam hidup sehari-hari tentang pengalaman ajaran agama.
- d. Melengkapi dan membina proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang di perolehnya di sekolah dan di masyarakat.

2) Fungsi budaya

- a. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin di pertahankan.
- b. Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- c. Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat / bangsa untuk menunjang terwujudnya norma kecil bahagia sejahtera.

3) Fungsi cinta kasih

- a. Menumbuh-kembangkan potensial kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga (suami-istri-anak) ke dalam simbol-simbol nyata (ucapan, tingkah laku) secara optimal dan terus menerus.
- b. Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar – anggota keluarga maupun antar keluarga yang satu dengan lainnya secara kuantitatif dan kualitatif.
- c. Membina praktek kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.

4) Fungsi perlindungan

- a. Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- b. Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
- c. Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

5) Fungsi reproduksi

- a. Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik bagi anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
- b. Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

6) Fungsi sosialisasi

- a. Menyadari merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama.

- b. Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang tidak / kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
- c. Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja dapat bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

7) Fungsi ekonomi

- a. Melakukan kegiatan ekonomi baik diluar maupun didalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.
- b. Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- c. Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.

8) Fungsi pelestarian lingkungan

- a. Membina kesadaran, sikap dan praktek pelestarian lingkungan intern keluarga.
- b. Membina kesadaran, sikap dan praktek pelestarian lingkungan ektern keluarga.
- c. Membina kesadaran, sikap dan praktek pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil sejahtera.

2.1.5 Tugas keluarga di bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan :

- 1) Mengenal 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 mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga.

- 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. 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 di harapkan tepat agar masalah kesehatan dapat di kurangi atau bahkan teratasi.

- 3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.

Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri.

- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

2.1.6 Tugas keluarga sebagai sistem

Komponen-komponen sistem keluarga meliputi :

- 1) Masukan (*input*) terdiri dari anggota keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga, agama, dan sebagainya.
- 2) Proses (*throughput*) merupakan proses yang terjadi dalam melaksanakan fungsi keluarga.
- 3) Luaran (*output*) adalah hasil dari suatu proses yang berbentuk perilaku keluarga, sosial, kesehatan, keagamaan dan perilaku sebagai warga negara.
- 4) Umpan balik (*feedback*) adalah sebagai pengontrol dalam masukan dan proses yang berasal dari perilaku keluarga yang ditampakkan pada lingkungan / masyarakat di sekitarnya.

Peran keluarga dalam proses penyembuhan klien, sangat besar oleh karena itu keluarga harus sering mengunjungi klien sehingga bisa ikut terlibat langsung dalam proses pemberian asuhan keperawatan kepada klien.

2.2 Therapi Keluarga

2.2.1 Pengertian

Therapi keluarga adalah suatu cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian di bahas atau diselesaikan bersama dengan anggota keluarga, dalam hal ini setiap anggota keluarga di beri kesempatan yang sama untuk berperan serta dalam menyelesaikan masalah. Dalam pelaksanaan therapi keluarga perawat mempunyai peranan-peranan yang sangat penting, selain merawat klien secara utuh, perawat juga mengkaji stress emosi yang dialami oleh keluarga. Perawat juga mengkaji fungsional dan disfungsional keluarga

melalui intervensi keluarga. Suasana emosi yang sehat dalam keluarga sangat dibutuhkan, seperti rasa saling percaya, hangat perhatian, menerima kekurangan dan kelebihan, mengharapkan kesepakatan tanpa mengabaikan keunikan dari masing-masing individu.

2.2.2 Ciri-ciri keluarga

- 1) Mempertahankan keseimbangan, fleksibilitas dan adaptif terhadap perubahan tahap-tahap transisi yang terjadi dalam hidup.
- 2) Masing-masing anggota keluarga menyadari bahwa masalah emosi merupakan bagian dari fungsi setiap individu.
- 3) Setiap anggota keluarga mampu mempertahankan kontak emosi pada setiap generasi.
- 4) Menjalin hubungan yang erat antar anggota keluarga dan menghindari menjauhi masalah.
- 5) Menggunakan perbedaan antar anggota keluarga yang ada sebagai motivasi untuk meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas individu.
- 6) Antar orang dan anak terbentuk hubungan yang terbuka dan bersahabat.

2.2.3 Ciri-ciri disfungsional keluarga

- 1) Tidak memiliki satu atau lebih fungsi keluarga diatas.
- 2) Ketidakseimbangan pola asuh seperti ibu yang terlalu melindungi atau sebaliknya.
- 3) Orang tua super atau pasif.
- 4) Pasangan yang tidak harmonis.

2.2.4 Indikasi terapi keluarga

- 1) Konflik perkawinan, sibling konflik, konflik beberapa generasi.
- 2) Konflik antar orang tua dan anak.
- 3) Konflik pada masa transisi dalam keluarga seperti pasangan yang baru menikah, kelahiran anak pertama dan masalah remaja.
- 4) Terapi individu yang memerlukan melibatkan anggota keluarga lain.
- 5) Proses terapi individu yang tidak kunjung mengalami kemajuan.

2.2.5 Tempat pelaksanaan terapi keluarga

Rumah sakit tempat klien dirawat, poliklinik maupun di rumah tempat tinggal klien.

2.2.6 Intervensi klinik

1) Family sistem terapi

Merupakan aktifitas terapi yang dilakukan terhadap system keluarga. Disfungsional keluarga hampir sebagian besar disebabkan oleh konflik baik konflik fisik, emosi maupun sosial.

a. Perbedaan diri (Bowen's, 1995)

Pada intinya adalah mengukur fungsi individu dalam suatu rentang dari yang maladaptif sampai dengan adaptif. Setiap individu mempunyai posisi tertentu dalam rentang tersebut dan berbeda-beda untuk waktu yang berbeda. Hubungan keluarga yang tertutup akan membuat setiap individu dalam keluarga itu sulit untuk mengenal kondisi psikologis, harapan bahkan posisi rentang emosional setiap anggota keluarga. Dalam hal

tersebut membuat keluarga dalam suatu kondisi yang rentan terhadap konflik. Sehingga intervensi yang diberikan adalah dengan mengenalkan setiap individu dalam keluarga itu posisi rentang yang paling tepat yang sedang dialami oleh individu.

b. Triangles

Hubungan anak dengan kedua orang tuanya digambarkan dalam suatu garis yang saling berhubungan, hal ini dapat dimanfaatkan untuk pelaksanaan terapi key triangles yaitu dengan saling menggali perasaan, saling mengidentifikasi respon verbal maupun non verbal di harapkan dapat menemukan satu titik temu yang dapat digunakan untuk menyelesaikan konflik emosi dalam keluarga.

c. Sistem emosi keluarga inti dari ayah, ibu, dan anak.

Komposisi yang kecilpun dapat memicu suatu konflik dalam keluarga. Bagian terpenting dari cara ini adalah menemukan terlebih dahulu pola interaksi dalam keluarga tersebut sehari-hari, kemudian barulah dapat dilaksanakan penyelesaian konflik masalah antar anggota keluarga.

d. Hubungan emosi yang terputus.

Terputusnya hubungan emosi dapat disebabkan oleh banyak hal, termasuk isolasi emosi antar anggota keluarga yang membutuhkan suatu konflik keluarga, misalnya terputusnya hubungan antara anak dan ayahnya karena anak merasa benci dengan apa yang telah dilakukan ayahnya terhadap ibunya.

2) Structure family therapi

Therapi dilakukan dengan melakukan identifikasi keluarga terlebih dahulu meliputi tahap perkembangan keluarga, struktur keluarga dan perubahan yang dialami keluarga serta proses pengaturan atau terbentuknya keluarga tersebut. Disini perawat berperan sebagai bagian dari system keluarga.

3) Strategi family therapi.

Therapi dilakukan dalam tiga tahap :

- a. Penerapan teori komunikasi yaitu bahwa semua perilaku dapat dinilai secara verbal dan non verbal.
- b. Penerapan struktur therapi keluarga.
- c. Intervensi pemecahan masalah.

2.2.7 Intervensi non klinik

1) Tujuan intervensi non klinik

- a. Mendidik dan menginformasikan kesehatan tentang pelayanan yang tersedia untuk anggota keluarganya.
- b. Mendukung keluarga untuk menghadapi anggota keluarga dengan skizofrenia.
- c. Mengadvokasi keluarga untuk mendapatkan pelayanan dan perawatan klien dengan skizofrenia kronis.
- d. Meningkatkan dukungan dengan meneliti faktor yang mempengaruhi skizofrenia.

- e. Meningkatkan latihan untuk tenaga kesehatan yang profesional dalam memahami cara perawatan skizofrenia.
 - f. Melakukan kerja sama dengan media massa dengan memberikan informasi yang akurat untuk mengurangi stigma buruk terhadap klien dan keluarga yang memiliki anggota gangguan jiwa.
- 2) Aktivitas yang dilakukan adalah program psiko edukasi untuk keluarga meliputi :
- a. Komponen didaktif yaitu memberikan informasi tentang skizofrenia dan sistem kesehatan jiwa.
 - b. Komponen ketrampilan yaitu melatih komunikasi, melatih penyelesaian konflik dan masalah, latihan asertif, manajemen perilaku dan manajemen stress.
 - c. Komponen emosi yaitu memberikan kesempatan untuk memvalidasi perasaan dan bertukar pandangan dan penggunaan sumber daya.

2.2.8 Aplikasi terapi keluarga

1) Pengkajian

Dilakukan pengkajian keluarga secara menyeluruh terutama pola komunikasi dalam keluarga, hubungan interpersonal antar anggota keluarga, system pendukung yang tersedia, mekanisme koping keluarga dan persepsi keluarga terhadap masalah.

2) Diagnosa

Diagnosa yang umum dan sering adalah konflik (gangguan hubungan interpersonal anak dan keluarga) berhubungan dengan koping keluarga tidak efektif.

3) Tujuan jangka panjang.

Tujuan jangka panjang yang ingin dicapai mengacu pada problem yaitu konflik menurun.

4) Tujuan jangka pendek.

Tujuan jangka pendek yang ingin dicapai mengacu pada etiologi yaitu koping keluarga efektif.

5) Tindakan keperawatan.

Tindakan keperawatan yang direncanakan dapat berupa :

- a. Menampilkan lingkungan.
- b. Sistem pendukung.
- c. Pendekatan umum untuk semua anggota keluarga.
- d. Pendekatan individu meliputi : teknik abrasi yaitu menurunkan stress dengan ekspresi perasaan, penggunaan reinforcement, penggunaan tehnik klarifikasi.

2.2.9 Manfaat therapi keluarga

1) Untuk klien

- a. Mempercepat proses penyembuhan klien yang berdampak positif bagi dinamika keluarga.
- b. Memperbaiki hubungan interpersonal.

- c. Menurunkan angka kekambuhan.
- 2) Untuk keluarga
- a. Memperbaiki fungsi dan struktur keluarga.
 - b. Keluarga mampu meningkatkan pengertian terhadap klien sehingga lebih dapat menerima, lebih bertoleransi dan lebih menghargai klien sebagai manusia.
 - c. Keluarga dapat meningkatkan kemampuan dalam membantu klien dalam proses rehabilitasi.

2.3 Skizofrenia

Suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab dan perjalanan penyakit yang luas, serta jumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (PPDGJ III, 1996), Insiden skizofrenia mencapai 1 % dari populasi (Keiter Norman L. et al, 1995).

2.3.1 Pengertian

Skizofrenia merupakan suatu psikosa fungsional yang sering dijumpai sejak dahulu (W.Z. Maramis ; 1998). Skizofrenia berasal dari dua kata Skizo artinya retak / pecah dan frenia berarti jiwa. Dengan demikian orang yang menderita Skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau pribadi / kepribadian yang terbelah (Hawari, D.2001). Untuk mengetahui dan memahami perjalanan penyakit Skizofrenia diperlukan pendekatan yang sifatnya holistik yaitu dari sudut organobiologik, psikodinamik, psikoreligius dan psikososial.

2.3.2 Etiologi

Penyebab secara pasti Skizofrenia sampai sekarang belum diketahui. Namun ada beberapa faktor yang menurut para ahli mempengaruhi timbulnya salah satunya keturunan. Hal ini telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga-keluarga klien Skizofrenia dan terutama anak-anak kembar satu telur. Angka kesakitan bagi saudara tiri ialah 0,9 – 1,8 %, bagi saudara kandung 7 – 15 %, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita Skizofrenia 7 – 16 %, bila kedua orang tua menderita Skizofrenia 40 – 68 %, bagi kembar dua telur 2 – 15 % dan bagi kembar satu telur 61 – 86 %. (W.F. Maramis, 1998).

Faktor sosial ekonomi juga dapat mempengaruhi, dikatakan Skizofrenia lebih sering terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah (R. Warner dan G. de Giralano, 1995). Serta dikatakan bahwa status juga mempengaruhi yakni Skizofrenia lebih banyak di alami orang yang tidak menikah di bandingkan dengan yang menikah (Ibid : 57).

2.3.3 Gejala

Gejala-gejala Skizofrenia dapat dibagi menjadi 2 kelompok menurut Bleuler yang dijelaskan oleh Maramis 1998, yaitu primer dan sekunder.

1) Gejala – gejala primer

a. Gangguan proses pikiran (bentuk, langkah dan isi pikiran)

Pada Skizofrenia inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama ialah asosiasi. Kadang-kadang satu idea belum selesai di utarakan, sudah timbul idea lain.

b. Gangguan afek dan emosi.

Pada Skizofrenia terjadi kedangkalan afek dan emosi. Misalnya klien menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal yang penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarganya dan masa depannya. Kadang – kadang emosi dan afek serta ekspresinya tidak mempunyai kesatuan.

c. Gangguan kemauan

Banyak klien Skizofrenia memiliki kelemahan kemauan. Mereka tidak dapat mengambil keputusan, tidak dapat bertindak dalam suatu keadaan. Mereka selalu memberikan alasan, meskipun alasan itu tidak jelas atau tepat.

2) Gejala-gejala sekunder

a. Waham

Pada Skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali dan sangat bizar, tetapi klien tidak menginsafi hal ini dan untuk klien wahamnya merupakan fakta dan tidak dapat di ubah oleh siapapun.

b. Halusinasi

Pada Skizofrenia halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan suatu gejala yang hampir tidak di jumpai pada keadaan lain.

Kusumanto Setyonegoro (1967) membuat diagnosa Skizofrenia dengan memperhatikan gejala-gejala pada tiga buah koordinat yaitu :

- 1) Koordinat pertama (intinya organobiologik) yaitu otisme, gangguan afek dan emosi, gangguan asosiasi (proses berfikir), ambivalensi (gangguan kemauan), gangguan aktivitas (abulia atau kemauan yang menurun dan gangguan konsentarsi.

- 2) Koordinat kedua (intinya psikologik) yaitu gangguan pada cara berfikir yang tidak sesuai lagi dengan perkembangan kepribadian, dengan memperhatikan perkembangan ego, sistematis motivasi dan psikodinamika dalam interaksi dengan lingkungan.
- 3) Koordinat ketiga (intinya sosial) yaitu gangguan pada kehidupan sosial klien yang diperhatikan secara fenomenologik.

2.3.4 Penatalaksanaan

Skizofrenia adalah salah satu penyakit yang cenderung berlanjut (kronis, menahun). Oleh karenanya terapi pada Skizofrenia memerlukan waktu relatif lama, berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Hal ini dimaksudkan untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan. Terapi yang komprehensif dan holistik atau terpadu yang sekarang sudah dikembangkan meliputi psikofarmaka, terapi sosial dan terapi psikoreligius.

Pada pedoman diagnosa dan terapi lab. Ilmu kedokteran jiwa RSUD Soetomo Surabaya 1994 disebutkan bahwa terapi klien Skizofrenia adalah holistik meliputi :

- 1) Somato terapi.
 - a. Perbaiki keadaan umum.
 - b. Pemberian antipsikotik atau neuroleptika ada 2 macam yaitu dosis efektif besar dan dosis efektif kecil. Di beri dalam dosis terbagi 1 – 2 kali . hari. Terapi ect kalau perlu pada klien gaduh gelisah atau stupor yang berat.

Dari berbagai obat anti psikotik sering menimbulkan gejala ekstra piramidal yang mirip dengan penyakit parkinson misalnya, kedua tangan gemetar (tremor), kekalutan alat gerak, otot leher kaku dan sebagainya. Bila terjadi hal demikian dapat diberikan obat penawarnya yaitu obat dengan nama generik trihexiphenedyl HCl.

2) Psikoterapi

Untuk memperkuat fungsi ego dengan cara psikoterapi agar klien dapat bersosialisasi. Psikoterapi banyak macamnya tergantung dari latar belakang klien sebelum sakit. Adapun macamnya :

- a. Psikoterapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan, semangat dan motivasi.
- b. Redukatif dimaksudkan untuk memberikan pendidikan ulang yang tujuannya memperbaiki kesalahan pendidikan di waktu lalu.
- c. Rekonstruktif dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami keretakan.
- d. Kognitif dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya fikir dan daya ingat) rasional sehingga klien mampu membedakan nilai moral etika.
- e. Psikodinamik dimaksudkan untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan dan dengan terapi ini diharapkan klien dapat memahami kelebihan dan kelemahan dirinya dan mampu menggunakan mekanisme pertahanan diri dengan baik.
- f. Prilaku dimaksudkan untuk memulihkan gangguan perilaku yang maladaptif menjadi adaptif.

g. Keluarga dimaksudkan untuk memulihkan hubungan klien dengan keluarga.

3) Memanipulasi lingkungan

Tujuannya agar lingkungan dapat :

- a. Memenuhi dan menerima klien.
- b. Membimbing dalam kehidupan sehari-hari, memberi pekerjaan kepada klien.
- c. Mengawasi minum obat secara teratur dalam jangka waktu yang lama dan membawa klien untuk pemeriksaan ulang.

4) Therapi psikoreligius

Hawari (2001) menambahkan salah satu bentuk therapi lainnya yaitu therapi keagamaan. Therapi keagamaan yang dimaksud adalah berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puja-pujian kepada Tuhan, ccramah keagamaan dan kajian kitab suci.

2.3.5 Kesembuhan / prognosa

- 1) Kesembuhan total (total recovery), mungkin sembuh seterusnya dan mungkin kambuh 1 – 2 kali.
- 2) Kesembuhan sosial (sosial recovery).
- 3) Keadaan kronis yang stabil.

Menurut Soebroto L (1994) bahwa prognosa pada klien Skizofrenia tergantung dari :

- 1) Umur = makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosa.

- 2) Kepribadian prepsikotik : bila Skizoid dan hubungan antar manusia kurang memuaskan, maka prognosa lebih jelek.
- 3) Bila Skizofrenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.
- 4) Prognosa pada jenis katatonik yang paling baik.
- 5) Pengobatan : makin cepat pengobatan, makin baik prognosanya.
- 6) Bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologik, maka prognosa lebih baik.
- 7) Faktor keturunan : prognosa menjadi lebih berat bila di dalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita Skizofrenia.

2.4 Konsep Sikap

Sikap yang terdapat pada diri individu akan memberi warna atau corak tingkah maupun perbuatan individu. Dengan memahami atau mengetahui sikap individu dapat diperkirakan respon ataupun perilaku yang akan diambil oleh individunya (Sunaryo, 2002).

2.4.1 Pengertian Sikap

Menurut Jurnal Kesehatan, (2004) Sikap adalah suatu kecenderungan seseorang berespon untuk berbuat menghadapi obyek atau situasi yang dikehendaki.

Namun ada pendapat lain tentang pengertian sikap :

- 1) Reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.

- 2) Organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai obyek atau situasi yang relatif ajeg yang disertai adanya perasaan tertentu dan memberikan dasar pada orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya.
- 3) Kesiapan merespon yang sifatnya positif atau negatif terhadap suatu obyek atau situasi secara konsisten.
- 4) Sikap terhadap obyek tertentu yang dapat merupakan sikap pandangan atau sikap perasaan tetapi sikap tersebut disertai oleh kecenderungan untuk bertindak sesuai dengan obyek tadi.
- 5) Keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek dilingkungan sekitarnya (Sunaryo, 2002).

2.4.2 Struktur dan komponen sikap

1) Struktur Sikap

a. Menurut Azwar Saifudin (1995) menguraikan pendapat Kothandapani, bahwa struktur sikap terdiri dari komponen kognitif (kepercayaan), komponen emosional (perasaan) dan komponen perilaku (tindakan).

b. Menurut Mann

Komponen kognitif terdiri dari persepsi, kepercayaan dan stereotipi (sesuatu yang sudah terpolakan).

Komponen Afektif berisi perasaan individu terhadap obyek dan menyangkut masalah emosi.

2) Komponen Sikap

Menurut Azwar Saifuddin (1995) sikap memiliki 3 komponen yang membentuk struktur sikap yang saling menunjang :

a. Komponen kognitif disebut komponen perseptual yang berisi kepercayaan individu. Kepercayaan tersebut berhubungan dengan hal-hal bagaimana individu mempersepsi terhadap obyek sikap dengan apa yang dilihat dan diketahui (pengetahuan) pandangan, keyakinan, pikiran, pengalaman pribadi, kebutuhan emosional dan informasi dari orang lain.

b. Komponen afektif (emosional)

Komponen ini menunjukkan pada dimensi emosional subyektif individu terhadap obyek sikap baik yang positif maupun yang negatif. Reaksi emosional banyak dipengaruhi oleh apa yang kita percayai sebagai sesuatu yang benar terhadap obyek sikap tersebut.

c. Komponen konatif (perilaku)

Komponen sikap yang berkaitan dengan predisposisi atau kecenderungan bertindak terhadap obyek sikap yang dihadapinya.

Menurut Allport 1954 yang dijelaskan oleh Notoadmojo 1997, struktur sikap terdiri dari 3 komponen :

a. Komponen kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu obyek.

b. Komponen yang meliputi kehidupan emosional atau evaluasi individu terhadap suatu obyek sikap.

c. Komponen predisposisi atau kesiapan / kecenderungan individu bertindak.

Ketiganya membuat total attitude. Dalam hal ini yang menjadi determinan sikap adalah pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi (Sunaryo, 2002).

2.4.3 Fungsi Sikap

Menurut Atkinson, R.I, dkk dalam bukunya Pengantar Psikologi Jilid 2, edisi 11, sikap memiliki 5 fungsi :

1) Fungsi Instrumental.

Fungsi sikap ini dikaitkan dengan alasan praktis atau manfaat dan menggambarkan keadaan keinginan. Untuk mencapai tujuan, diperlukan sarana yang disebut sikap. Apabila obyek sikap dapat membantu individu mencapai tujuan, individu akan bersikap positif terhadap obyek sikap tersebut.

2) Fungsi Pertahanan ego

Sikap ini diambil individu dalam rangka melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya.

3) Fungsi nilai ekspresi

Sikap ini mengekspresikan nilai yang ada dalam diri individu. Sistem nilai apa yang terdapat dalam diri individu, dapat dilihat dari sikap yang diambil oleh individu yang bersangkutan terhadap nilai tertentu.

4) Fungsi pengetahuan

Sikap ini membantu individu untuk memahami dunia, yang membawa keteraturan terhadap bermacam-macam informasi yang perlu di asimilasikan dalam kehidupan sehari-hari. Setiap individu memiliki motif untuk ingin tahu, ingin mengerti dan ingin banyak mendapat pengalaman dan pengetahuan.

5) Fungsi penyesuaian sosial

Sikap ini membantu individu merasa bagian dari masyarakat. Dalam hal ini sikap yang diambil individu tersebut akan dapat menyesuaikan dengan lingkungan (Sunaryo, 2000).

2.4.4 Tingkatan Sikap

Menurut Notoadmojo S. (1997), sikap memiliki 4 tingkat yaitu :

1) Menerima (receiving)

Individu ingin dan memperhatikan rangsangan (stimulus) yang diberikan.

2) Merespon (responding)

Sikap individu dapat memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas.

3) Menghargai (valuing)

Sikap mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4) Bertanggungjawab (responsible)

Sikap bertanggungjawab dan sikap menanggung segala resiko atas segala sesuatu yang telah dipilihnya (Sunaryo, 2002).

2.4.5 Determinan Sikap

Menurut Bimo Walgito (2001) ada 4 faktor yang menjadi determinan / faktor penentu sikap individu.

1) Faktor Fisiologis

Faktor umur dan kesehatan yang menentukan sikap individu.

2) Pengalaman langsung terhadap obyek sikap.

Pengalaman langsung yang akan dialami individu terhadap obyek sikap, berpengaruh terhadap sikap individu.

3) Kerangka acuan

Kerangka acuan yang tidak sesuai dengan obyek sikap, menimbulkan sikap negatif terhadap obyek sikap tersebut.

4) Komunikasi Sosial

Informasi yang diterima individu akan dapat menyebabkan perubahan sikap pada diri dan individu (Sunaryo, 2000).

2.4.6 Ciri-ciri Sikap

Sikap mungkin terarah terhadap benda-benda, orang-orang, peristiwa, pandangan, lembaga, norma dan nilai-nilai. (Purwanto, 1998).

- 1) Sikap bukan dibawa sejak lahir, melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan orang tersebut dalam hubungan dengan obyeknya.
- 2) Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat, untuk itu dapat dipelajari.
- 3) Sikap tidak berdiri sendiri tetapi selalu berhubungan dengan obyek sikap.
- 4) Sikap dapat tertuju pada satu obyek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan / banyak obyek.
- 5) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar.
- 6) Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga membedakan dengan pengetahuan (Sunaryo, 2002).

2.4.7 Faktor yang mempengaruhi pembentukan dan perubahan sikap

1) Faktor Intrinsik

Faktor, keadaan, bakat, minat, perasaan, motivasi, kebutuhan.

2) Faktor Ekstrinsik

Faktor ekstrinsik yang mempengaruhi

- a. Lingkungan
- b. Pendidikan
- c. Ideologi
- d. Ekonomi
- e. Politik dan Hankam (Widyatun, 1999)

2.4.8 Pembentukan dan Perubahan Sikap

Ada 5 cara untuk membentuk atau mengubah sikap individu yaitu :

1) Adopsi

Kejadian-kejadian atau peristiwa yang terjadi berulang dan terus menerus, lama kelamaan secara bertahap diserap kedalam diri individu dan mempengaruhi terbentuknya suatu sikap.

2) Diferensiasi

Cara pembentukan dan perubahan sikap karena sudah dimilikinya pengetahuan, pengalaman, intelegensia dan bertambahnya umur.

3) Integrasi

Pembentukan sikap yang terjadi bertahap di mulai dengan berbagai pengalaman yang berhubungan dengan satu hal tertentu.

4) Trauma

Pengalaman yang tiba-tiba mengejutkan yang menimbulkan kesan mendalam pada jiwa orang yang bersangkutan (Purwanto, 1998)

5) Generalisasi

Cara pembentukan dan perubahan sikap karena traumatik pada diri individu terhadap hal tertentu, menimbulkan sikap negatif terhadap semua hal yang sejenis atau sebaliknya (Sunaryo, 2002).

2.4.9 Pengukuran Sikap

Dibedakan atas 2 cara :

1) Secara langsung

a. Langsung berstruktur

Cara ini mengubah sikap dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun sedemikian rupa dalam suatu alat yang telah ditentukan dan langsung diberikan kepada subyek yang diteliti.

b. Langsung tak berstruktur

Cara ini merupakan pengukuran sikap yang sederhana dan tidak diperlukan persiapan yang cukup mendalam, misalnya mengukur sikap dengan wawancara bebas atau free interview, pengalaman langsung atau survei.

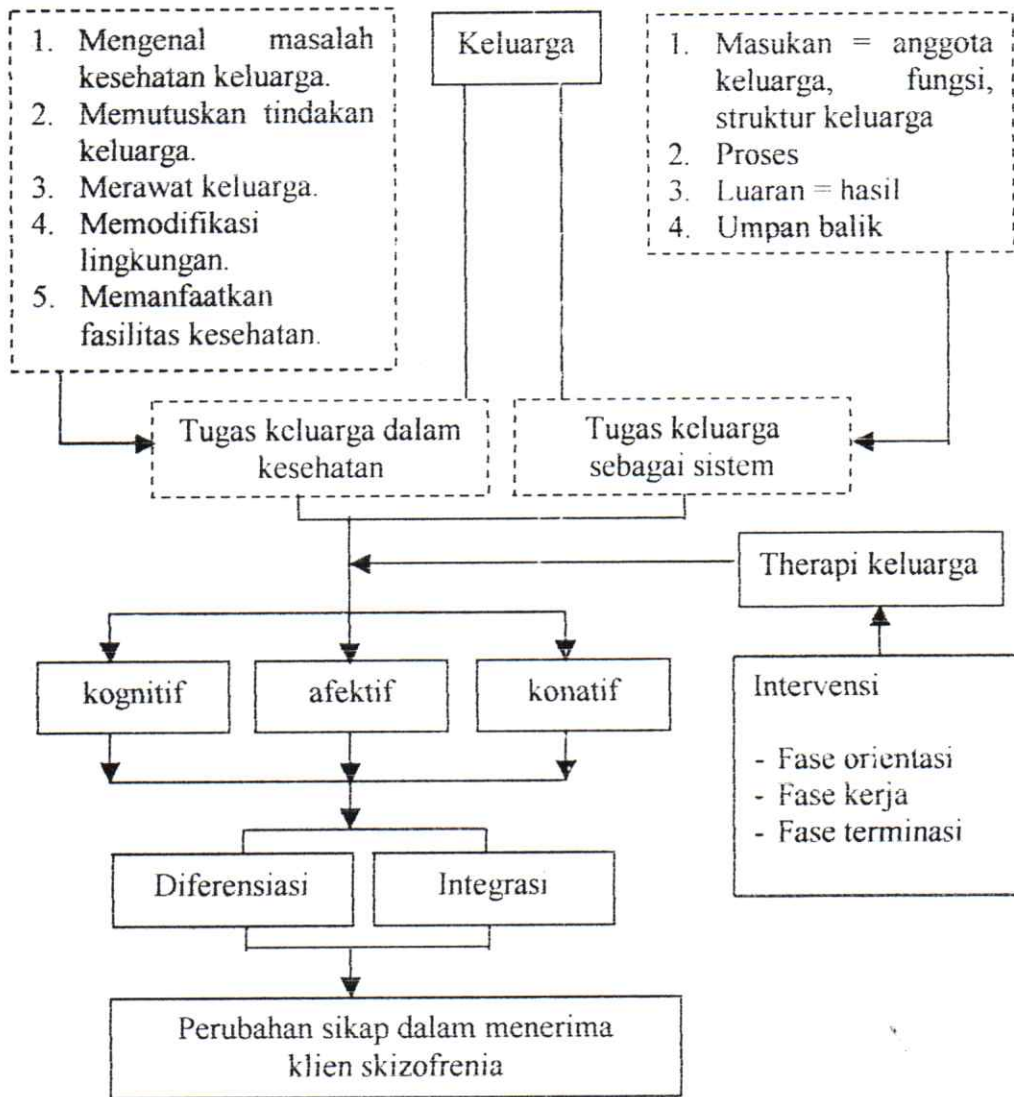
2) Secara tidak langsung

Cara pengukuran sikap dengan menggunakan tes. Umumnya digunakan skala semantik – diferensial yang terstandar.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :

- = di ukur
- = tidak diukur

Gambar : Kerangka konseptual efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ.

Keluarga mempunyai lima tugas di dalam kesehatan yaitu : mengenal masalah kesehatan keluarga, memutuskan tindakan untuk keluarga, merawat keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Tugas keluarga dalam suatu sistem meliputi : masukan (input) terdiri atas : anggota keluarga, struktur keluarga, fungsi keluarga dan agama. Masukan ini kemudian di proses dalam melaksanakan fungsinya dan diperoleh hasil dalam bentuk perilaku keluarga kemudian di lakukan umpan balik sebagai pengontrol masukan dan proses.

Tugas keluarga dalam kesehatan dan tugas keluarga dalam sistem di lakukan intervensi terapi keluarga, yang terdiri atas 3 fase yaitu fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi, kemudian keluarga akan mengalami perubahan kognitif (pengetahuan), afektif (perasaan) dan konatif (perilaku) sehingga terjadi perubahan sikap diferensiasi dan integrasi. Keluarga dapat menerima klien skizofrenia di rumah sakit jiwa.

3.2 Hipotesis : Terapi keluarga efektif terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama penelitian (Burn dan Grove, 1991).

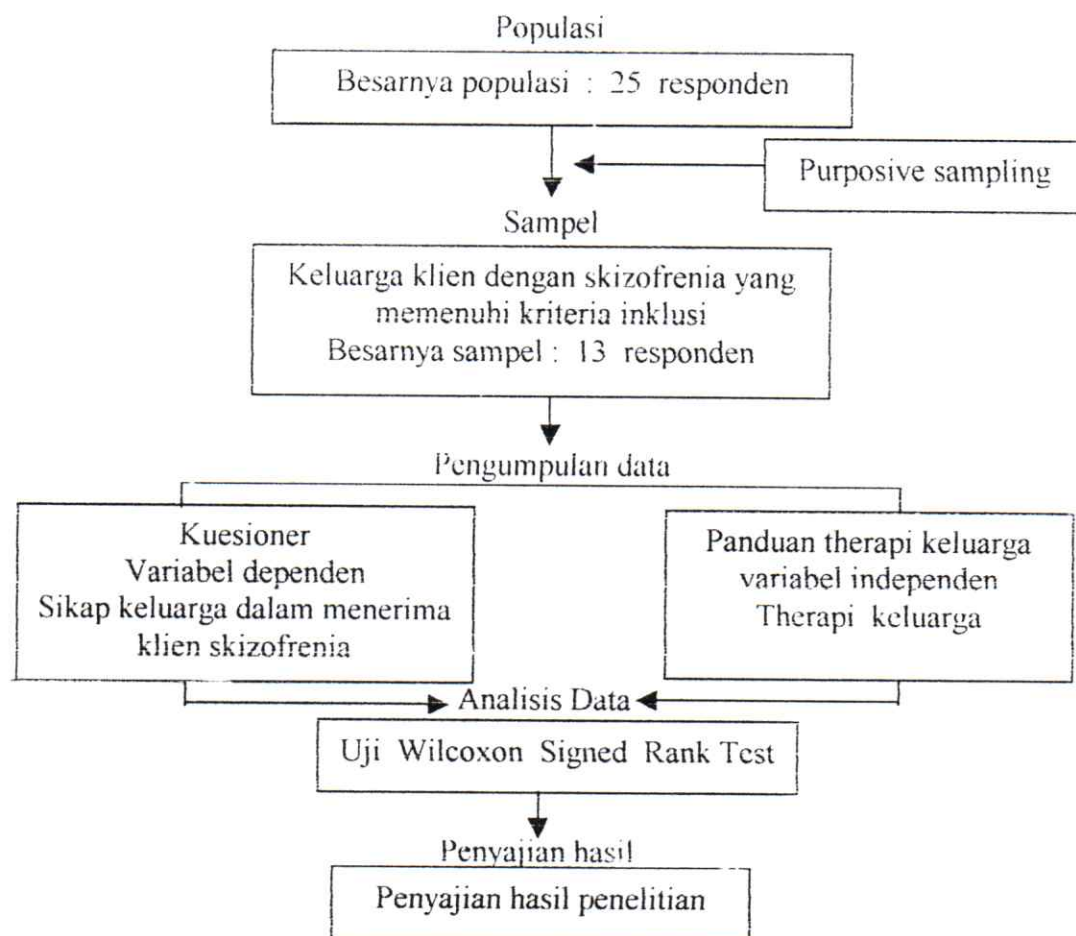
Penelitian ini merupakan penelitian *Pra - eksperimental one group Pra - test - posttest Design*. Penelitian ini mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Kelompok subyek di observasi sebelum di lakukan intervensi, kemudian di observasi lagi setelah diberikan intervensi (Nursalam, 2003).

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca tes
K	O	I	O ₁
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan :

- K = Subjek
- O = Observasi sikap keluarga sebelum therapi keluarga
- I = Intervensi
- O₁ = Observasi sikap keluarga setelah therapi keluarga

4.2 Kerangka Kerja Penelitian



4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang di teliti (Nursalam dan Siti Pariani, 2001). Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah keluarga klien Skizofrenia yang di rawat di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali di Bangli. Jumlah kasus skizofrenia yang dirawat di RSJ propinsi Bali di Bangli dari tanggal 25 November sampai dengan 29 Desember 2004 sebanyak 25 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam dan Siti Pariani, 2001). Pada penelitian ini yang menjadi sampel adalah keluarga klien Skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali di Bangli dan memenuhi kriteria inklusi.

1. Keluarga klien skizofrenia yang tidak pernah mengunjungi klien di Rumah Sakit Jiwa.
2. Keluarga yang tinggal serumah dengan klien.
3. Keluarga yang dimaksud peneliti adalah kepala keluarga.
4. Klien MRS diantar keluarganya.
5. Keluarga yang mau di jadikan responden.

Kriteria eksklusinya adalah :

- 1) Keluarga menolak menjadi sampel.
- 2) Klien skizofrenia tidak pernah dikunjungi keluarga tetapi MRS diantar polisi.

(Menurut Notobroto, 2004) besar sampel dalam penelitian ini dapat di hitung dengan rumus :

$$(t - 1)(r - 1) \geq 12/15$$

$$(2 - 1)(r - 1) \geq 12$$

$$(r - 1) \geq 12$$

$$r \geq 13$$

Keterangan :

t = treatment (banyaknya kelompok perlakuan)

r = replikasi (besar sampel)

Berdasarkan rumus tersebut di peroleh besarnya sampel adalah 13 responden.

4.3.2 Sampling

Penentuan sampel dengan menggunakan non probability sampling tipe purposive yaitu suatu teknik penetapan sample dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan di kehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah di kenal sebelumnya. (Nursalam, 2001).

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independen (bebas)

Adalah suatu kegiatan stimulus yang di manipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2001). Pada penelitian ini yang merupakan variabel bebas adalah terapi keluarga.

4.4.1 Variabel Dependen (tergantung)

Adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2001). Pada penelitian ini variabel tergantung adalah sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia.

4.5 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Bebas : Therapi keluarga	Cara untuk menggali masalah emosi yang timbul kemudian dibahas atau diselesaikan bersama dengan beberapa individu yang tinggal serumah karena hubungan darah, perkawinan, adopsi yang saling berinteraksi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terbina hubungan saling percaya : <ul style="list-style-type: none"> - membalas salam - memperkenalkan anggota keluarga satu persatu. - menerima kedatangan peneliti 2. Mampu berdiskusi tentang kontrak topik, tempat, waktu. 3. Mampu mengungkapkan pikiran, perasaan dan sikap keluarga. 4. Mampu mengungkapkan stressor keluarga. 5. Mampu mengungkapkan koping keluarga terhadap masalah. 6. Mampu mengungkapkan manfaat pertemuan dengan peneliti. 	Panduan therapy keluarga		
Tergantung : Perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia	Kecendrungan bertindak dari individu, berupa respon terbuka terhadap stimulus ataupun objek tertentu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anggota keluarga bersedia datang menjenguk klien di Rumah Sakit Jiwa setiap Minggu. 2. Anggota keluarga bergantian menjenguk klien di RSJ. 3. Keluarga ingin mengetahui cara merawat klien. 4. Keluarga tidak merasa malu mempunyai anggota keluarga gangguan jiwa. 5. Anggota keluarga dapat menyebutkan tanda-tanda, penyebab gangguan jiwa. 6. Keluarga menginginkan klien gangguan jiwa cepat kembali kerumah. 	Kuesioner berbentuk skala Likert	Ordinal	<p>Pertanyaan positif :</p> <p>SS = 5 S = 4 E = 3 TS = 2 STS = 1</p> <p>Pertanyaan negatif :</p> <p>SS = 1 S = 2 E = 3 TS = 4 STS = 5</p> <p>Klasifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat kurang 0-22. 2. Kurang nilai 23 - 45 3. Cukup nilai 46-

					69 4. Baik nilai 70- 92 5. Sangat baik 93- 115.
--	--	--	--	--	---

4.6. Pengumpulan Data

1) Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah panduan terapi keluarga tentang membina hubungan saling percaya, mengidentifikasi masalah, menggali stressor, mengidentifikasi koping yang biasa di gunakan keluarga sehari - hari. Terapi keluarga dilakukan sebanyak 4 kali pertemuan 1 kali fase orientasi, 2 kali fase kerja , 1 kali fase terminasi dan masing - masing fase dilakukan selama 30 menit (Keliat B.A, 1996). Instrumen kuesioner digunakan untuk mengukur sikap yang meliputi kognitif, aktif, konatif keluarga sebelum dan sesudah diberikan perlakuan dengan bentuk pertanyaan skala likert untuk pertanyaan positif dengan nilai : Sangat Setuju = 5, Setuju = 4, Tidak Ada Pendapat = 3, Tidak Setuju = 2, Sangat Tidak Setuju = 1 dan untuk pertanyaan negatif dengan nilai : Sangat setuju = 1, Setuju = 2, Tidak Ada Pendantsat = 3, Tidak Setuju = 4, Sangat Tidak Setuju = 5 . (Saifudin Azwar,1995)

2) Lokasi dan Waktu

Lokasi yang digunakan untuk penelitian adalah Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli untuk mengambil klien kemudian penelitian dilakukan di rumah keluarga klien. Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 29 November s/d 24 Desember 2004.

3) Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum melakukan penelitian ini, peneliti mengajukan ijin kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli. Melalui surat permohonan dari instansi pendidikan PSIK Fakultas Kedokteran Unair Surabaya. Setelah mendapat persetujuan barulah melakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika.

Data klien yang akan diteliti diambil di ruangan Bratasena 9 klien dan 4 klien di ruangan Kunti. Kemudian penelitian dilakukan di rumah klien dengan memberikan kuesioner kepada kepala keluarga, setelah itu dilakukan intervensi terapi keluarga sebanyak 4 kali pertemuan. Pertemuan pertama dilakukan fase orientasi, pertemuan kedua dan ketiga dilakukan fase kerja dan pertemuan keempat dilakukan fase terminasi masing – masing fase tersebut dilakukan selama 30 menit. Intervensi selesai dilakukan, kuesioner diberikan kembali kepada kepala keluarga untuk mengetahui sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli.

4) Analisis Data

Tahap – tahap analisis data adalah :

1. Editing, yaitu melihat apakah data yang sudah terisi lengkap atau kurang lengkap.
2. Coding, yaitu mengklasifikasikan jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing – masing jawaban menurut item pada kuesioner.
3. Analisis statistik hasil jawaban atas pertanyaan kuesioner diskorsing dan kemudian dilakukan perbandingan nilai antara sebelum dilakukan

terapi keluarga dan sesudah dilakukan terapi keluarga dengan menggunakan uji statistik Wilcoxon Signed Rank Test dengan tingkat signifikansi $p \leq 0,05$ bila hasil perhitungan $p \leq 0,05$ berarti H_0 di tolak dan hipotesis di terima yaitu terapi keluarga efektif terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli

4.7 Etika Penelitian

4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada responden, dan terlebih dulu peneliti melakukan pendekatan, memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian. Kemudian meminta persetujuan keluarga untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan menandatangani lembar persetujuan tersebut.

4.7.2 Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan, responden tidak perlu menuliskan namanya. Peneliti hanya memberikan nomor kode pada lembar kuesioner.

4.7.3 Confidentiallity (kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi responden, hanya data tertentu saja yang dilaporkan sebagai hasil riset.

4.8 Keterbatasan

4.8.1 Instrumen atau Alat Ukur

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian belum teruji dan hasilnya mungkin kurang representatif.

4.8.2 Sampling Desain

Sample yang digunakan terbatas pada keluarga dengan klien skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Propinsi Bali di Bangli saja sehingga tidak dapat digeneralisasikan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang dilakukan meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik demografi responden dan variabel yang diukur meliputi identifikasi sikap keluarga sebelum terapi keluarga, identifikasi sikap keluarga sesudah terapi keluarga dan efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli.

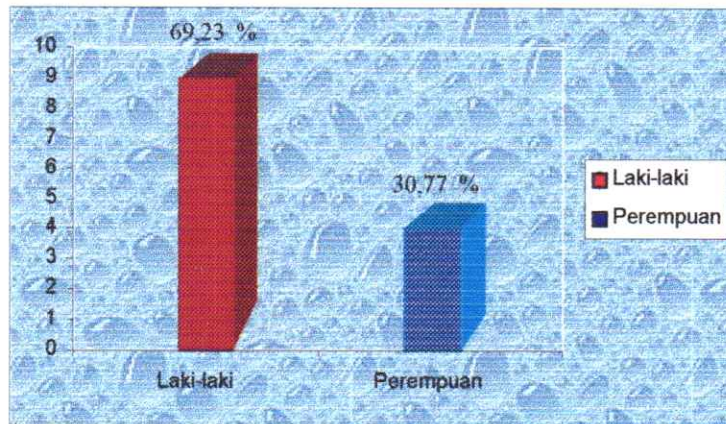
5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 19 November sampai dengan 24 Desember 2004. Peneliti mengambil data klien skizofrenia yang tidak pernah di kunjungi keluarganya di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli, di ruangan Bratasena 9 klien dan 4 klien di ruangan Kunti. Lokasi Rumah Sakit Jiwa tersebut terletak di Kabupaten Bangli \pm 50 km dari pusat kota provinsi Bali yaitu Denpasar. Kemudian penelitian dilakukan di rumah keluarga klien di wilayah Kotamadya Denpasar 6 keluarga, Kabupaten Tabanan 3 keluarga, Kabupaten Gianyar 1 orang dan Kabupaten Karang Asem 3 orang. Jumlah sampel di tentukan sebanyak 13 responden.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden :

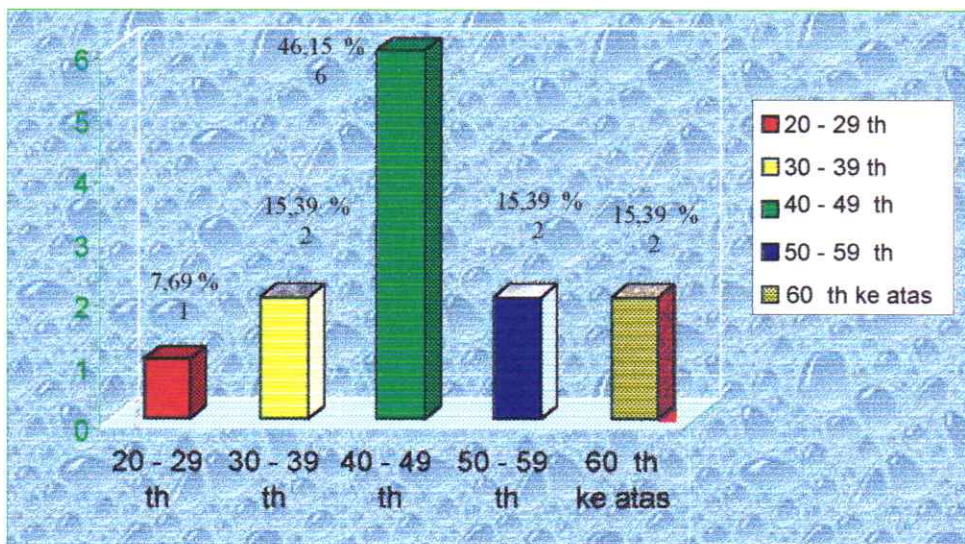
1) Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin



Gambar 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di wilayah provinsi Bali Desember 2004.

Dari diagram diatas distribusi jenis kelamin responden sebagai penanggungjawab klien terbanyak laki-laki yaitu 9 orang (69,23 %) sedangkan pada wanita 4 orang (30,77 %)

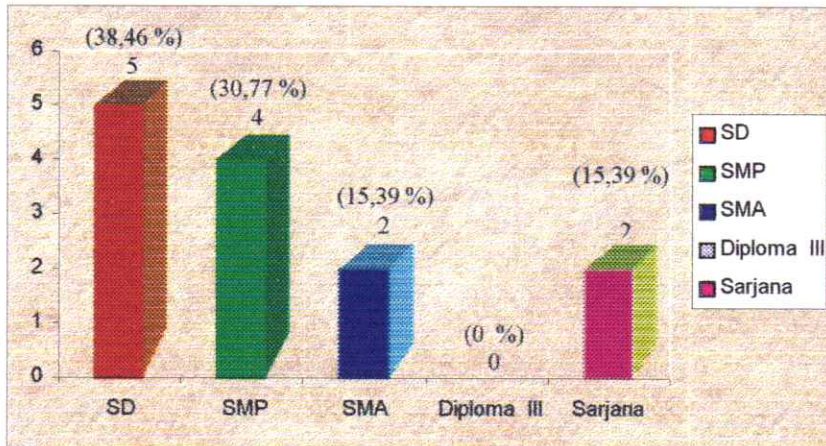
2) Karakteristik responden berdasarkan umur



Gambar 5.2 Distribusi responden berdasarkan umur di wilayah provinsi Bali Desember 2004.

Diagram diatas menunjukkan umur responden paling banyak pada usia 40 – 49 tahun sebanyak 6 orang (46,15 %).

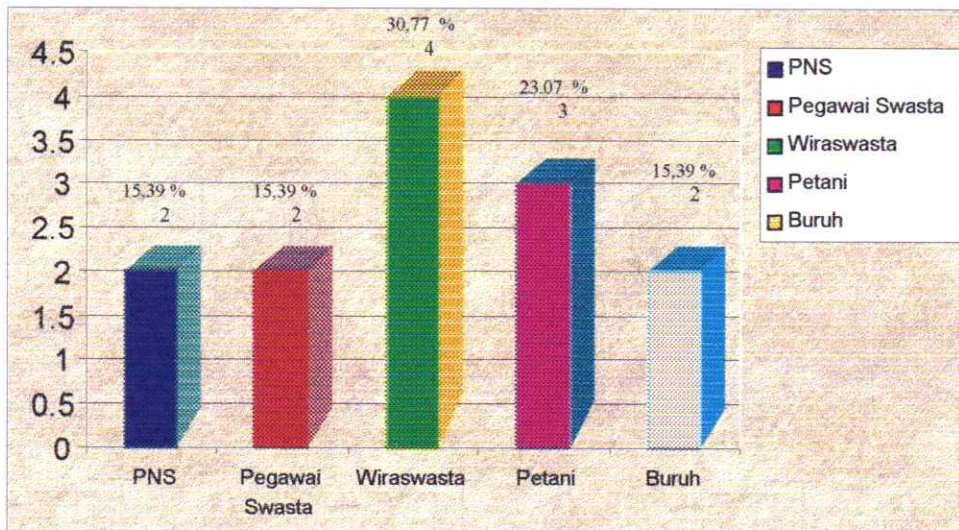
3) Karakteristik responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan strata pendidikan di wilayah provinsi Bali Desember 2004.

Diagram di atas menunjukkan pendidikan responden terbanyak adalah SD 5 orang (38,46 %)

4) Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan



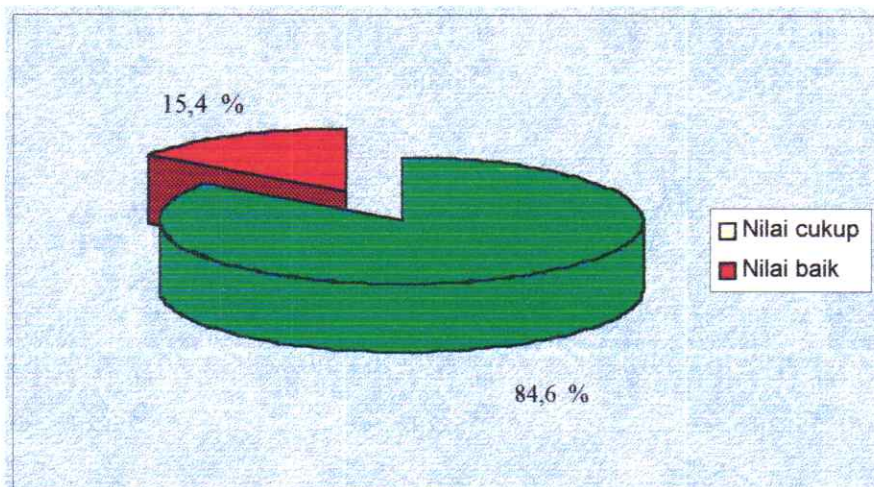
Gambar 5.3 Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di wilayah provinsi Bali Desember 2004

Berdasarkan diagram diatas jenis pekerjaan responden terbanyak adalah wiraswasta 4 orang (30,77 %).

5.1.3 Variabel yang diukur

Variabel yang diukur menggambarkan sikap keluarga dalam menerima klien gangguan jiwa sebelum intervensi terapi keluarga, sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia setelah intervensi terapi keluarga dan efektivitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli.

- 1) Sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sebelum intervensi terapi keluarga



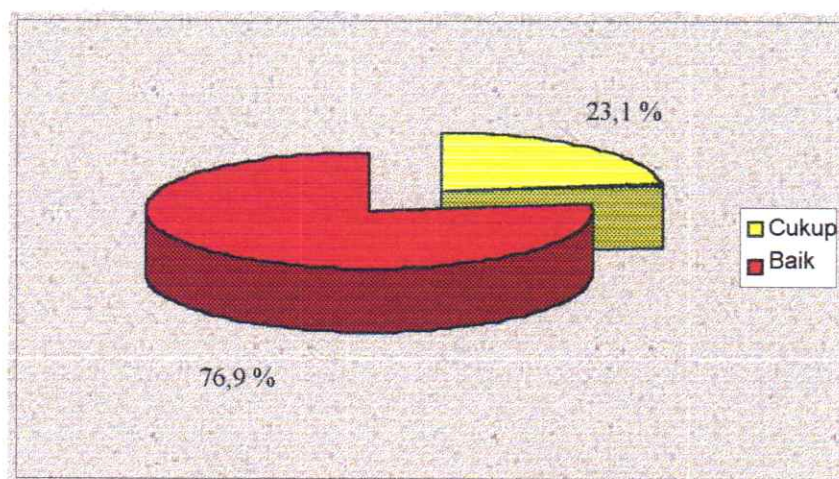
Gambar 5.5 Distribusi sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sebelum intervensi terapi keluarga Desember 2004.

Berdasarkan diagram diatas,dari 13 responden diperoleh hasil 11 responden(84,6%)dengan kategori cukup dan 2 responden (15,4%)kategori baik

sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli sebelum diberikan intervensi terapi keluarga.

2) Sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia setelah intervensi terapi keluarga

Setelah diberikan intervensi terapi keluarga, responden diberikan kembali kuesioner yang telah diisi responden sebelumnya.



Gambar 5.6 Distribusi sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia setelah intervensi terapi keluarga Desember 2004.

Hasil yang diperoleh sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli, setelah diberikan intervensi terapi keluarga yaitu 3 orang (23,1 %) kategori cukup, 10 orang (76,9 %) kategori baik

3) Pengaruh terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli.

Dilakukan uji statistik Wilcoxon Signed Ranks Test untuk mengetahui apakah terapi keluarga efektif terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ. Hasil yang diperoleh negative ranks 0^a

(a : post < pre) hal ini menunjukkan komponen pertanyaan di jawab responden setelah intervensi tidak ada yang mengalami perubahan nilai ke arah yang sangat kurang sedangkan positive ranks 8^b (b : post > pre) hal ini menunjukkan komponen pertanyaan dijawab responden setelah intervensi 8 responden mengalami perubahan dari nilai cukup menjadi baik, Ties 5^c (C : pre = post) hal ini menunjukkan 5 responden tetap nilainya cukup sebelum dan setelah intervensi.

Setelah dilakukan test statistics Wilcoxon Signed Ranks Test diperoleh tingkat kemaknaan 0,005 .

Wilcoxon Signed Ranks Test

		N	Mean Rank	Sum of Rank
POST – PRE	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^b	4,50	36,00
	Ties	5 ^c		
	Total	13		

- a. POST < PRE
- b. POST > PRE
- c. PRE = POST

Test Statistics^b

	POST – PRE
Z	-2,828 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

Berdasarkan hasil tersebut diatas dapat disimpulkan terapi keluarga efektif terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli.

5.2 Pembahasan

Pada bagian ini peneliti akan membahas hasil penelitian yang telah di tampilkan diatas yang meliputi :

5.2.1 Sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sebelum di berikan terapi keluarga

Dari gambar 5.5 sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli sebelum intervensi terapi keluarga dari 13 responden, 11 responden (84,6 %) memiliki sikap dengan kategori cukup dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli. Artinya sebagian besar responden memiliki sikap yang cukup. Hal ini dapat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan keluarga yang hampir sebagian besar mengenyam pendidikan Sekolah Dasar yaitu 5 responden (38,46 %) dan SMP 4 responden (30,77 %).

Menurut Saifuddin Azwar (2003) faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap seseorang adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu. Seperti pengalaman pribadi : apa yang telah dan sedang kita alami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atau sikap negatif, akan tergantung pada berbagai faktor lain. Sehubungan dengan hal tersebut, Middlebrook (1974) mengatakan bahwa tidak adanya pengalaman sama sekali dengan suatu objek psikologis cenderung akan

membentuk sikap negatif terhadap objek tersebut. Sikap juga akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional.

Berdasarkan uraian tersebut tingkat pendidikan responden terbanyak SD cenderung memiliki pengetahuan dan pengalaman kurang tentang penerimaan keluarga terhadap klien skizofrenia. Sehingga apabila klien skizofrenia masuk rumah sakit jiwa maka perlu dilakukan program untuk terapi keluarga, dimana kegiatan terapi keluarga dilakukan di rumah klien sehingga mengetahui dan mengenal anggota keluarga yang tinggal serumah dengan klien dan melakukan hubungan saling percaya sehingga keluarga mampu mengungkapkan perasaannya.

5.2.2 Sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sesudah diberikan terapi keluarga

Dari gambar 5.6 sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli sesudah intervensi terapi keluarga dari 13 responden, 10 responden (76,9%) memiliki sikap dengan kategori baik dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli. Artinya sebagian besar responden memiliki sikap yang baik.

Menurut Saifuddin Azwar (2003) efektifitas komunikasi terapi keluarga dan pengaruhnya terhadap perubahan sikap dapat dilihat dari dua aspek yaitu organisasi komunikasi dan isi komunikasi atau pesan yang disampaikan. Seorang komunikator yang bermaksud menyampaikan pesan persuasif guna mengarahkan sikap tertentu, mungkin harus mempertimbangkan apakah suatu

komunikasi terapi keluarga yang emosional akan lebih efektif daripada komunikasi terapi keluarga rasional atau sebaliknya.

Pada dasarnya komunikasi terapi keluarga akan lebih efektif apabila disampaikan secara langsung berhadapan (*face-to-face*). Menurut penelitian, teknik komunikasi terapi keluarga yang efektif adalah dengan mengemukakan kesimpulan komunikasi secara eksplisit kepada subjek yang sikapnya hendak diubah dengan mengulang – ulang (*repetition and familiarity*) argumentasi yang mendukung sikap yang dituju (Middlebrook, 1974). Pengulangan pesan yang terlalu sering justru dapat mendatangkan penolakan dari individu yang dijadikan target. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Cacioppo dan Petty (1979) pengulangan yang optimal adalah tiga kali.

Untuk dapat diterima oleh target, penyampaian terapi keluarga harus dilakukan dengan memperhatikan batas penerimaan (*latitude of acceptance*), batas tanpa ketentuan (*latitude of noncommitment*) dan batas penolakan (*latitude of rejection*) yang ada bagi setiap macam sikap. Isi terapi keluarga yang relevan dengan sikap akan diterima individu apabila tercakup dalam batasan penerimaan yang berada di sekitar sikap seseorang. Oleh karena itu terhadap orang yang bersikap ekstrim negatif tentu akan sulit disampaikan pesan yang isinya ekstrim positif yang berada jauh diluar batas penerimaannya, sehingga persuasi dilakukan secara bertahap.

Hasil penelitian yang menunjukkan perubahan sikap keluarga menjadi baik dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli di sebabkan karena intervensi terapi keluarga hari pertama dimulai dengan peneliti dan anggota keluarga saling mengenal lebih dekat sehingga keluarga percaya kepada

peneliti, kemudian kontrak hari berikutnya fase kerja yang dilakukan selama 2 hari keluarga dapat memahami tentang tujuan terapi keluarga dan mau mengunjungi klien ke Rumah Sakit Jiwa.

Perubahan aspek kognitif yang terjadi pada keluarga adalah berubahnya persepsi keluarga tentang penyebab gangguan jiwa bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh stress, gangguan jiwa penyakit keturunan, gangguan jiwa dapat disembuhkan. Perubahan dalam aspek afektif, keluarga bisa menerima anggota keluarga yang gangguan jiwa dan tidak merasa malu terhadap keberadaan klien, keluarga menginginkan klien cepat kembali ke rumah. Perubahan dalam aspek konatif, keluarga mau menjenguk klien di RSJ secara bergantian dan bila klien kembali kerumah keluarga akan melibatkan klien dalam aktivitas keluarga.

5.2.3 Pengaruh terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia

Dari 13 responden sebelum dilakukan terapi keluarga diperoleh mean (rata-rata) 3,1538 dan nilai standart deviation 0,3755. Setelah dilakukan terapi keluarga diperoleh mean (rata-rata) 3,7692 dan nilai standart deviation 0,4385 hal ini berarti terjadi perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ provinsi Bali di Bangli.

Dari perhitungan uji statistik dengan Wilcoxon Signed Ranks Test diperoleh dari 13 responden, 8 responden positive ranks artinya 8 responden memperoleh nilai ke arah lebih baik setelah di berikan intervensi terapi keluarga. 5 responden memperoleh nilai yang sama sebelum dan sesudah terapi keluarga dengan hasil $p = 0,005$ yang berarti H_0 di tolak. Kesimpulannya

terdapat pengaruh efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di RSJ Bangli.

Therapi keluarga yang diberikan kepada keluarga adalah menyampaikan perkembangan keadaan klien di RSJ, menggali stressor yang dihadapi keluarga berhubungan dengan dirawatnya klien di RSJ, memotivasi perkembangan kesadaran diri keluarga, menanyakan cara menyelesaikan masalah yang dihadapi keluarga berhubungan dengan klien, memberikan pujian bila cara menyelesaikan masalah dilakukan secara konstruktif, menjelaskan koping yang konstruktif bila keluarga menggunakan koping yang destruktif.

Berdasarkan paparan diatas sesuai dengan hasil penelitian dan teori yang dikemukakan Saifuddin Azwar maka perlu dilakukan intervensi terapi keluarga pada klien yang masuk Rumah Sakit Jiwa. Dengan demikian diharapkan keluarga rajin mengunjungi klien ke RSJ dan terlibat dalam perawatan klien sehingga apabila klien kembali ke rumah, keluarga mampu menerima klien secara adaptif dan tingkat kekambuhan klien dapat di tekan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan- kesimpulan serta saran – saran sesuai dengan hasil penelitian.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 13 responden di Rumah Sakit Jiwa provinsi Bali di Bangli diperoleh kesimpulan :

1. Sebagian besar sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia sebelum diberikan intervensi therapi keluarga dengan kategori nilai cukup yaitu 11 responden (84,6 %) dari 13 responden.
2. Sebagian besar sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia setelah diberikan intervensi therapi keluarga dengan kategori nilai baik yaitu 10 responden (76,9 %) dari 13 responden.
3. Terdapat pengaruh efektifitas therapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa provinsi Bali di Bangli diperoleh $p = 0,005$.

6.2 Saran

1. Therapi keluarga dapat merubah sikap keluarga untuk menerima klien skizofrenia yang dirawat di rumah sakit jiwa maka pihak rumah sakit jiwa perlu menyusun program kegiatan therapi keluarga pada setiap klien yang masuk rumah sakit jiwa .

2. Pemberi pelayanan kesehatan dokter dan perawat di rumah sakit jiwa hendaknya memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam pemberian terapi keluarga. Sehingga pemberi pelayanan kesehatan jiwa perlu di berikan pelatihan tentang terapi keluarga.
3. Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di kaitkan dengan terapi keluarga, sehingga tingkat kekambuhan klien setelah pulang ke rumah dapat di tekan

DAFTAR PUSTAKA

- Ekosusilo Madya & Triyanto Bambang. (1990). *Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah*. Dahara Prize. Semarang. hal 40 – 43.
- Hawari D. (2001). *Pendekatan Holistik pada Skizofrenia*. Fakultas Kedokteran Jiwa. Fakultas Kedokteran UI. Jakarta. hal. 20
- Keliat B. A. (1996). *Peran Serta Keluarga dalam Keperawatan Klien Skizofrenia*. EGC. Jakarta. hal 5 - 6
- Keliat B. A. (1996). *Hubungan Therapeutik Perawat Klien*, EGC. Jakarta. hal 4-5
- Keliat B. A. (1996). *Therapi Keluarga*, EGC. Jakarta. hal 8 - 10
- Maramis W.F. (1997). *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga University Press. Surabaya. hal 215.
- Nasution S.(1996). *Metode Research*. Bumi Aksara. Jakarta. hal 61-63
- Nursalam & Siti P. (2001), *Metodologi Riset Keperawatan*, CV. Sagung Seto. Jakarta hal 15
- Notobroto Hari Basuki. (2004). *Penghitungan Besar Sampel*. Lembaga Penelitian Universitas Airlangga. Surabaya hal 5
- Notoadmojo Soekidjo, Dr. (2001). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta. Jakarta. hal. 70.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta. hal 88, 95 – 99.
- PSIK FKUA. (2004). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi. Program Sarjana Ilmu Keperawatan* Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Surabaya hal 36-51
- Saifuddin Azwar. (1995). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta. hal 24-29.
- Suprajitno. (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. EGC. Jakarta. hal 2,13-19.
- Soebroto L. (1994). *Catatan Ilmu Kesehatan Jiwa*. Airlangga University Press. Surabaya. hal. 83 – 85.
- Stuart & Sundeen. (1998). *Keperawatan Jiwa*. EGC. Jakarta. hal. 9 – 10.

- Stuart, G.W, & Sundeen, S.J. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St. Louise : Mosby Year Book.
- Stuart, G.W, & Sundeen, S.J. (1995). *Pocket Guide to Psychiatric Nursing*, St. Louise : Mosby Year Book.
- Smet B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Gramedia. Jakarta. hal. 8-9
- Sarwono S. (1993). *Komunikasi Kesehatan*, EGC. Jakarta. hal. 15
- Sugiyono. (2001). *Metode Penelitian Administrasi*, Alfabeta. Bandung. Hal. 10.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk Keperawatan*. EGC. Jakarta. hal. 3-6, 93-98. 156-157, 195-207.
- Towsend. M.C. (1996). *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care – Second Edition*. Philadelphia : Davis Company.
- Widayatun Rusmi Tri. (1999). *Ilmu Prilaku*. CV. Sagung Seto. Jakrta. Hal. 21
- Zainudin M. (2001). *Metodologi Penelitian* . Surabaya

*Lampiran 1***Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian****EFEKTIFITAS TERAPI KELUARGA TERHADAP PERUBAHAN SIKAP
KELUARGA DALAM MENERIMA KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH
SAKIT JIWA PROVINSI BALI DI BANGLI****Oleh : IDA ERNI SIPAHUTAR**

Saya adalah mahasiswi Program studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Mengadakan penelitian sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir akademik. Bertujuan untuk mengetahui efektifitas terapi keluarga terhadap perubahan sikap keluarga dalam menerima klien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali di Bangli.

Partisipasi saudara dalam penelitian ini sangat kami harapkan karena akan berdampak positif dalam upaya meningkatkan peran perawat di masyarakat. Saya juga mengharapkan tanggapan/jawaban yang saudara berikan sesuai dengan pengetahuan dan hati nurani saudara tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas saudara. Dalam penelitian ini partisipasi saudara bersifat bebas, artinya saudara boleh ikut atau tidak tanpa sanksi apapun. Jika saudara bersedia menjadi peserta penelitian, silahkan saudara menandatangani kolom di bawah ini.

Tanda tangan :

Tanggal :

No. responden :

*Lampiran 2***FORMULIR THERAPI KELUARGA FASE ORIENTASI**

Hari / tanggal :

Waktu :

Pertemuan ke :

Tujuan : Untuk membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan anggota keluarga klien.

A. Fase Orientasi :

1. Membina hubungan saling percaya antara peneliti dengan anggota keluarga.
 - peneliti mengucapkan salam selamat siang.
 - peneliti memperkenalkan diri.
 - menjelaskan tujuan.
 - Peneliti mengenal anggota keluarga satu persatu.
2. Mengadakan kontrak waktu dan tempat dengan keluarga tentang keberadaan salah satu anggota keluarga di rawat di Rumah Sakit Jiwa.
3. Menggali pikiran, perasaan dan sikap keluarga terhadap keberadaan klien di Rumah Sakit Jiwa.

B. Fase Kerja

1. Menyampaikan perkembangan keadaan klien di Rumah Sakit Jiwa.
2. Mengidentifikasi respon verbal dan non verbal keluarga.
3. Mengidentifikasi masalah yang di hadapi keluarga.

C. Fase Terminasi

1. Peneliti dan anggota keluarga mengevaluasi fase orientasi yang telah dilalui untuk pencapaian tujuan.
2. Peneliti dan anggota keluarga saling menggali perasaan tentang manfaat pertemuan.
3. Mengadakan kontrak topik, waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.

*Lampiran 3***FORMULIR THERAPI KELUARGA FASE KERJA**

Hari / tanggal :

Tanggal :

Waktu :

Pertemuan :

Tujuan : Untuk mengidentifikasi stressor yang terjadi pada anggota keluarga.

A. Fase Orientasi

1. Mempertahankan hubungan saling percaya antara peneliti dan anggota keluarga.
 - peneliti mengucapkan salam “ selamat siang “.
 - menjelaskan tujuan.
2. Mengingatnkan kontrak topik, waktu dan tempat yang telah disepakati sebelumnya.
3. Menggali pikiran, perasaan dan sikap keluarga terhadap klien di rawat di Rumah Sakit Jiwa setelah pertemuan pertama.

B. Fase Kerja

1. Menggali stressor yang di hadapi anggota keluarga berhubungan dengan dirawatnya klien di RSJ.
2. Menanyakan kepada keluarga tentang stressor klien MRS.
3. Memotivasi perkembangan kesadaran diri anggota keluarga.
4. Menanyakan kepada anggota keluarga cara menyelesaikan masalah yang di hadapi berhubungan dengan klien.
5. Memberikan pujian bila cara penyelesaian masalah yang dilakukan anggota keluarga secara konstruktif

6. Menjelaskan koping yang konstruktif bila anggota keluarga menggunakan koping yang destruktif.

C. Fase Terminasi

1. Peneliti dan anggota keluarga mengevaluasi fase kerja yang telah di lalui untuk pencapaian tujuan.
2. Peneliti dan anggota keluarga saling menggali perasaan tentang manfaat pertemuan.
3. Mengadakan kontrak topik, waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.

*Lampiran 4***FORMULIR THERAPI KELUARGA FASE TERMINASI**

Hari / tanggal :

Waktu :

Pertemuan ke :

Tujuan : Untuk mengevaluasi pertemuan yang telah dilakukan.

A. Fase Orientasi

1. Mempertahankan hubungan saling percaya
 - peneliti mengucapkan salam “ selamat siang “.
 - Menjelaskan tujuan.
2. Mengingatnkan kontrak topik, waktu dan tempat yang telah disepakati sebelumnya.
3. Menggali pikiran, perasaan dan sikap keluarga terhadap klien di rawat di Rumah sakit Jiwa sebelum pertemuan yang terakhir.

B. Fase Kerja

1. Mengevaluasi Stressor yang pernah dihadapi anggota keluarga.
2. Mengevaluasi perkembangan kesadaran diri keluarga.
3. Menanyakan kembali bagaimana menyelesaikan masalah yang dihadapi keluarga.
4. Memberikan pujian bila cara penyelesaian masalah yang di lakukan keluarga secara konstruktif.
5. Menjelaskan koping yang konstruktif bila keluarga menggunakan koping yang destruktif

C. Fase Terminasi

1. Peneliti dan anggota keluarga mengevaluasi manfaat pertemuan keseluruhan.
2. Peneliti dan anggota keluarga saling menggali perasaan untuk perpisahan.

Lampiran 5**KUESIONER EFEKTIVITAS THERAPI KELUARGA TERHADAP
PERUBAHAN SIKAP KELUARGA DALAM MENERIMA
KLIEN SKIZOFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA****DATA UMUM**

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. Kode Identitas : | Kode |
| 2. Jenis Kelamin : | |
| 1. Laki-laki | <input type="checkbox"/> |
| 2. Perempuan | <input type="checkbox"/> |
| 3. Umur Keluarga : | <input type="checkbox"/> |
| 1. 20 – 29 tahun | |
| 2. 30 – 39 tahun | |
| 3. 40 – 49 tahun | |
| 4. 50 – 59 tahun | |
| 5. 60 tahun ke atas | |
| 4. Pendidikan Keluarga : | <input type="checkbox"/> |
| 1. SD | |
| 2. SMP | |
| 3. SMA | |
| 4. D III | |
| 5. Sarjana | |
| 5. Pekerjaan : | <input type="checkbox"/> |
| 1. PNS | |
| 2. Pegawai Swasta | |
| 3. Wiraswasta | |
| 4. Petani | |
| 5. Buruh | |

Petunjuk : Saudara dimohon mengemukakan pendapat secara jujur untuk menyatakan sikap saudara terhadap pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda check list (\checkmark) pada kolom yang telah disediakan sesuai dengan pilihan saudara.

Keterangan pilihan :

SS = Sangat Setuju

S = Setuju

E = Bila tidak dapat menentukan pendapat

TS = Tidak Setuju

STS = Sangat Tidak Setuju

No	L. Komponen Kognitif Pertanyaan	SS	S	E	TS	STS	Skore
1.	Tanda-tanda pasien gangguan jiwa adalah sering merusak barang-barang, marah-marah dan keluyuran.						
2.	Gangguan jiwa di sebabkan oleh gunaguna.						
3.	Gangguan jiwa adalah penyakit keturunan.						
4.	Penyakit gangguan jiwa dapat disembuhkan.						
5.	Keluarga ingin mengetahui cara merawat pasien.						
6.	Dokter dan perawat yang paling berperan merawat klien.						
7.	Pasien gangguan jiwa lebih aman dirawat di rumah sakit jiwa.						
8.	Gangguan jiwa disebabkan oleh stress yang lama.						

No	II. Komponen Konatif						Skore
	Pertanyaan	SS	S	E	TS	STS	
1.	Pasien gangguan jiwa tindakan yang paling tepat adalah mengajaknya ke dukun.						
2.	Manfaat menjenguk pasien ke rumah sakit jiwa adalah agar ikut membantu perawatan pasien.						
3.	Alasan mengajak pasien ke rumah sakit jiwa adalah karena pasien merepotkan keluarga.						
4.	Pasien datang ke rumah sakit jiwa diantar oleh keluarga.						
5.	Keluarga perlu menjenguk pasien setiap minggu di rumah sakit jiwa.						
6.	Seluruh anggota keluarga saling bergantian menjenguk pasien di rumah sakit jiwa.						
7.	Bila pasien mampu melakukan pekerjaan keluarga memberikan pujian pada pasien.						
8.	Cara merawat pasien di rumah, pasien tidak boleh keluar rumah.						
9.	Bila pasien pulang ke rumah, keluarga akan melibatkan pasien dalam aktivitas keluarga.						
10.	Bila pasien pulang ke rumah, keluarga akan melibatkan pasien dalam mengambil keputusan.						

III. Komponen Afektif

No	Pertanyaan	SS	S	E	TS	STS	Skore
1.	Keluarga merasa malu mempunyai anggota keluarga gangguan jiwa.						
2.	Keluarga putus asa terhadap pengobatan gangguan jiwa.						
3.	Keluarga merasa memiliki beban yang berat karena memiliki anggota keluarga gangguan jiwa.						
4.	Pasien gangguan jiwa merepotkan keluarga.						
5.	Keluarga menginginkan pasien gangguan jiwa cepat kembali ke rumah.						

Lampiran 6

**DATA EFEKTIVITAS THERAPI KELUARGA TERHADAP
PERUBAHAN SIKAP KELUARGA DALAM MENERIMA KLIEN
SKIZOFRENIA**

	pre	post	Kelamin	umur	pddk	kerja	Skor prilaku pre	Skor prilaku post
1	3	4	1	5	5	3	64	88
2	3	3	2	1	1	2	46	69
3	3	4	1	4	2	3	54	75
4	3	4	1	3	3	2	64	84
5	3	4	1	3	2	5	58	70
6	3	3	1	2	1	4	58	62
7	3	4	1	4	1	4	57	74
8	4	4	1	3	3	3	75	84
9	3	3	2	2	1	5	56	64
10	3	4	2	3	2	3	63	78
11	3	4	1	3	2	4	54	91
12	3	4	2	3	1	1	56	70
13	4	4	1	5	5	1	72	85

Keterangan :**Variabel sikap keluarga :**

1. sangat kurang : nilai kuesioner 0 – 22
2. kurang : nilai kuesioner 23 – 45
3. cukup : nilai kuesioner 46 – 69
4. baik : nilai kuesioner 70 – 92
5. sangat baik : nilai kuesioner 93 – 115

Jenis kelamin

1. laki – laki
2. perempuan

Umur

1. umur : 20 – 29 tahun
2. umur : 30 – 39 tahun
3. umur : 40 – 49 tahun
4. umur : 50 – 59 tahun
5. umur : > 60 tahun

Pendidikan

1. Pendidikan SD
2. SMP
3. SMA
4. Sarjana

Pekerjaan

5. PNS
6. Karyawan swasta
7. Wiraswasta
8. Petani
9. Buruh

Lampiran 7

Frequencies**Statistics**

		KELAMIN	UMUR	PDDK	KERJA
N	Valid	13	13	13	13
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table**KELAMIN**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	9	69,2	69,2	69,2
	Perempuan	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

UMUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29 th	1	7,7	7,7	7,7
	30-39 th	2	15,4	15,4	23,1
	40-49 th	6	46,2	46,2	69,2
	50-50 th	2	15,4	15,4	84,6
	> 60 th	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

PDDK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	5	38,5	38,5	38,5
	SMP	4	30,8	30,8	69,2
	SMA	2	15,4	15,4	84,6
	Sarjana	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	2	15,4	15,4	15,4
	Karyawan Swasta	2	15,4	15,4	30,8
	Wiraswasta	4	30,8	30,8	61,5
	Petani	3	23,1	23,1	84,6
	Buruh	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Lampiran 8

Statistics

		PRE	POST
N	Valid	13	13
	Missing	0	0

Frequency Table

PRE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	11	84,6	84,6	84,6
	Baik	2	15,4	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

POST

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	3	23,1	23,1	23,1
	Baik	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

NPar Test

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Deviation	Minimum
PRE	13	3,1538	,3755	3,00	4,00
POST	13	3,7692	,4385	3,00	4,00

Descriptive Statistics

	Percentase		
	25 th	50 th (Median)	75 th
PRE	3,0000	3,0000	3,0000
POST	3,5000	4,0000	4,0000

		N	Mean Rank	Sum of Rank
POST - PRE	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^b	4,50	36,00
	Ties	5 ^c		
	Total	13		

- a. POST < PRE
- b. POST > PRE
- c. PRE = POST

Test Statistics^b

	POST - PRE
Z	-2,828 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005

