

**MODEL PERAN KELUARGA DALAM
PERAWATAN DIRI PASIEN SKIZOFRENIA**

TESIS



**AGUNG EKO HARTANTO
NIM. 131614153091**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**MODEL PERAN KELUARGA DALAM
PERAWATAN DIRI PASIEN SKIZOFRENIA**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh:

Nama: Agung Eko Hartanto

NIM. 131614153091

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Agung Eko Hartanto

NIM : 131614153091

Tanda Tangan



Tanggal : 27 Juli 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

**MODEL PERAN KELUARGA DALAM
PERAWATAN DIRI PASIEN SKIZOFRENIA**

Oleh :
Agung Eko Hartanto
NIM. 131614153091

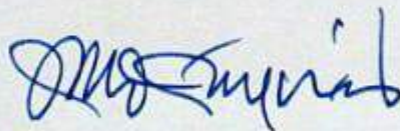
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 27 Juli 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes
NIP. 196701012000031002

Pembimbing Kedua



Dr. Mundakir, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP. 197403232005011002

Mengetahui,
Koordinator Program Studi




Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Agung Eko Hartanto

NIM : 131614153091

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Model Peran Keluarga Dalam Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia

Hasil Tesis ini telah diuji dan dinilai

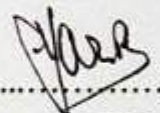
Oleh Panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

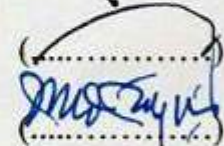
Pada tanggal 27 Juli 2018

Panitia Penguji

Ketua Penguji : Dr. Hari Basuki Notobroto, dr, M.Kes

(.....)

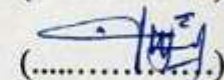
Anggota : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes

(.....)

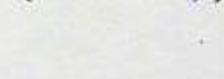
Anggota : Dr. Mundzakir, S.Kep., Ns., M.Kep

(.....)

Anggota : Dr. Esty Yunitasari, S.Kp., M.Kes

(.....)

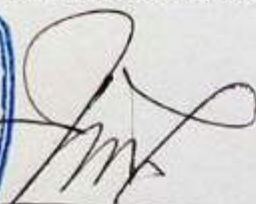
Anggota : Dr. Siti Nur Kholifah, S.KM, M.Kep, Sp. Kom

(.....)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga




Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Univeritas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Agung Eko Hartanto
NIM : 131614153091
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Peminatan Keperawatan Jiwa
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

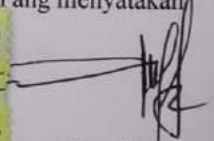
demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Model Peran Keluarga Dalam Perawatan Diri pada Pasien Skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Jambon Kab. Ponorogo Jawa Timur. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 27 Juli 2018

Yang menyatakan




Agung Eko Hartanto

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmaanirrohiim

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala, atas rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “**Model Peran Keluarga dalam Perawatan Diri pasien Skizofrenia**”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan tesis ini sangatlah besar sehingga penyusunan tesis dapat terwujud, untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
2. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
3. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III sekaligus pembimbing I yang telah memberikan kesempatan, fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan dan dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat waktu
4. Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat waktu..
5. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, dan Ibu Eka Mishbahtul Mar'ah Has, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II yang telah memberikan kesempatan, dorongan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
6. Dr. Hari Basuki Notobroto, dr, M.Kes, Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes, dan Dr. Siti Nur Kholifah, S.Kep.Ns., M.Kep, Sp. Kom. selaku penguji tesis yang telah memberikan saran perbaikan sehingga tesis ini dapat selesai dengan baik.
7. Segenap dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, khususnya Program Studi S2 Keperawatan yang telah dengan tulus ikhlas memberikan ilmu, pengalaman dan pengarahannya.
8. Segenap staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha FKp Universitas Airlangga. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan.
9. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo, Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, Kepala Puskesmas beserta perawat Jambon

Kabupaten Ponorogo yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.

10. Ibu Esti Sugiyorini, APP, MPH selaku Direktur Akper Pemkab Ponorogo yang telah memberikan ijin belajar dan dukungan kepada saya untuk mengikuti pendidikan program studi Magister Keperawatan Univeristas Airlangga Surabaya
11. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia mengikuti penelitian sehingga saya bisa menyelesaikan tesis ini.
12. Kepada Ibu tercinta Supriyati dan Bapak Boeran, terima kasih yang tak terhingga atas dukungan serta doa – doa di setiap kesunyian malam.
13. Terkhusus untuk istri yang saya sayangi Indar Fistiya dan anak – anakku Kayyis Azkiya Nafis, Zahida Sausan Nadhifa dan Muhammad Salman Alfarisi, yang selalu mendoakan dan membersamai hingga tesis ini selesai.
14. Teman-teman Magister Angkatan IX yang saya banggakan. Terima kasih telah memotivasi dan memberikan saya semangat dalam menjalani kuliah dan menyelesaikan tesis ini.

Semoga Allah *Subhanahu Wa Ta'ala*, membalas budi baik kepada semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, namun harapan peneliti adalah semoga tesis ini dapat membawa manfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan nantinya.

Surabaya, Juli 2018

Penulis

SUMMARY

Schizophrenia is a global mental health problem that has serious implications not only for patients, but also for their family caregivers. Apparently the family caregivers take a primary role to care the patient. However when care is provided for long time, they experience anxiety and confusion. As the main problem of schizophrenia patient is a self-care deficit, in which the condition influence his/her ability to perform self-care activities, such as bathing, dressing, eating, drinking and toileting. World Health Organization, clinical manifestations of schizophrenia are imaginary, hallucinations, mental disorders, difficulty expressing emotions, withdrawal, losing motivation, no interest in daily activity and self-care deficit. People with schizophrenia have a real detention on functional ability in everyday life, thus requiring the help of others in the fulfillment of needs, especially on caregiver or family living with patients.

Theory of Planned Behavior (TPB) consists of intention which is supported by attitude, subjective norm, trust and behavior toward what will be done. TPB explains that the behavior displayed by individuals arises because of the intention to behave. Intention is an indication of how strongly one's beliefs will attempt an action. Attitude is the amount of positive or negative feelings toward an object, people, institutions. The subjective norm is one's belief in another's consent to an action.

This research used cross sectional approach. Samples were 126 families using technique of probability sampling by simple random sampling. Inclusion criteria in this study were age between 35 - 65 years, able to communicate well while exclusion criteria of caregiver mental disorder, number of patients more than one person, uncooperative caregiver. Partial Least Square test showed that: 1) sociodemographic factors had no effect on behavior. 2) sociodemographic factors have no effect on family role. 3) psychological factors affected the behavior ($t = 2.732 > 1.96$). 4) psychological factors affected the role of the family ($t = 2.886 > 1.96$). 5) psychological factors effect on intention ($t = 2,454 > 1,96$), 6) information factors affect the behavior ($t = 3.791 > 1.96$) 7) the information factor did not affect the role of the family. 8) Behavior had no effect on intention. 9) Behavior affected the role of the family ($t = 3.304 > 1,96$). 10) intention influenced family role ($t = 2,885 > 1,96$).

This study found Theory of Planned Behavior could be used in the family role model approach in self-care of schizophrenic patients. The results showed that the t-statistics of behavior influenced by the family role. Patients positive attitudes toward self-care and good family roles affect their behavior. In TPB a person attitude toward his/her behavior is based on his/her believe in the consequences at his/her planned behavior. Families are expected to perform active caring independently or with assistance. The families are else expected to involve actively in the mental health program so as to be able to overcome various problems in plenary.

This model can explain that behavior and intentions influence the role of the family in providing self-care for schizophrenic patients at home. Families with schizophrenic patients still experience obstacles in relation to mental health services. Intention followed by positive behavior fosters the role of caregivers as

caregivers and followers for schizophrenics in the family. Nurses increase the provision of interventions, such as the application of ways to deal with schizophrenia and psychotherapy support to help caregivers become more sympathetic and tolerant of patients, as well as collaboration across health centers with education or related services in the form of innovation so that family and patient participation is optimal so that services are achieved in full. Subsequent research focuses on developing models with family-based nursing interventions to enhance the caregiver's role in self-care schizophrenia.

RINGKASAN

Skizofrenia merupakan masalah kesehatan mental global yang memiliki implikasi serius tidak hanya untuk pasien, tetapi juga termasuk keluarga yang mengasuhnya (*caregiver*). Keluarga dengan pasien skizofrenia mengalami kecemasan dan kebingungan dalam merawatnya. Dibutuhkan peran keluarga sebagai pengasuh utama (*caregiver*) untuk merawat pasien skizofrenia. Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian/berhias, makan – minum, dan toileting. *World Health Organisation* menjelaskan manifestasi klinis skizofrenia yaitu berkhayal, halusinasi, gangguan pikiran, sulit mengekspresikan emosi, menarik diri, kehilangan motivasi, tidak minat melakukan kegiatan sehari-hari, dan defisit perawatan diri. Penderita skizofrenia memiliki hendaya nyata pada kemampuan fungsional dalam keseharian, sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan kebutuhannya, khususnya pada *caregiver* atau keluarga yang tinggal bersama pasien.

Teori Perilaku yang direncanakan *Theory of Planned Behavior* (TPB) terdiri dari niat (*intention*) yang didukung oleh sikap, norma subjektif, rasa percaya dan perilaku terhadap yang akan dilakukan. TPB menjelaskan bahwa perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya niat untuk berperilaku. Niat merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu tindakan. Sikap merupakan besarnya perasaan positif atau negatif terhadap suatu objek, orang, institusi. Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 126 keluarga menggunakan teknik *probability sampling* dengan cara *simple random sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah usia antara 35 – 65 tahun, mampu berkomunikasi dengan baik sedangkan kriteria eksklusi yaitu *caregiver* gangguan jiwa, jumlah pasien jiwa lebih dari satu, *caregiver* tidak kooperatif. Uji SEM-PLS menunjukkan bahwa: 1) faktor sosiodemografi tidak berpengaruh terhadap perilaku. 2) faktor sosiodemografi tidak berpengaruh terhadap peran keluarga. 3) faktor psikologi berpengaruh terhadap perilaku ($t = 2,732 > 1,96$). 4) faktor psikologi berpengaruh terhadap peran keluarga ($t = 2,886 > 1,96$). 5) faktor psikologi berpengaruh terhadap niat ($t = 2,454 > 1,96$), 6) faktor informasi berpengaruh terhadap perilaku ($t = 3,791 > 1,96$) 7) faktor informasi tidak berpengaruh terhadap peran keluarga. 8) Perilaku tidak berpengaruh terhadap niat. 9) Perilaku berpengaruh terhadap peran keluarga ($t = 3,304 > 1,96$). 10) niat berpengaruh terhadap peran keluarga ($t = 2,885 > 1,96$).

Penelitian ini menemukan *Theory of Planned Behavior* dapat digunakan dalam pendekatan model peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia. Hasil penelitian menunjukkan nilai *t-statistik* perilaku berpengaruh terhadap peran keluarga. Sikap terhadap perawatan diri dengan hasil yang baik dan peran keluarga yang baik sehingga mempengaruhi perilaku. Dalam TPB sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *belief* seseorang terhadap konsekuensi yang akan dihasilkan jika tingkah laku atau perilaku tersebut dilakukan dan kekuatan terhadap *belief* tersebut.

Model ini dapat menjelaskan bahwa perilaku dan niat mempengaruhi peran keluarga dalam memberikan perawatan diri pasien skizofrenia di rumah. Keluarga dengan pasien skizofrenia masih mengalami hambatan dalam hubungannya layanan kesehatan jiwa. Niat yang diikuti dengan perilaku yang positif menumbuhkan peran *caregiver* sebagai pengasuh dan pengikut bagi penderita skizofrenia dalam keluarga. Perawat meningkatkan pemberian intervensi, seperti aplikasi cara menangani skizofrenia dan dukungan psikoterapi untuk membantu *caregiver* menjadi lebih simpati dan toleran terhadap pasien, serta kerja sama lintas sektor puskesmas dengan pendidikan atau dinas terkait berupa inovasi agar partisipasi keluarga dan pasien optimal sehingga layanan tercapai paripurna. Penelitian selanjutnya berfokus pada pengembangan model dengan intervensi keperawatan berbasis keluarga untuk meningkatkan peran *caregiver* dalam perawatan diri skizofrenia.

ABSTRACT

Purpose: This study aims to analyze the Family Role Model in improving Self Care in schizophrenic patients using the Theory of Planned Behavior Approach. **Method:** This study uses a cross-sectional design, a sample of 126 families in Jambon region of Ponorogo, East Java through probability sampling, namely simple random sampling. Data taken using questionnaires are sociodemographic factors, psychological factors, information factors, behaviors (attitudes, subjective norms, perceptions), intentions, and family roles. The statistical analysis used was Partial Least Square (SEM - PLS). **Result:** Significantly behavioral influences on family roles ($t = 3.304 > 1.96$) and intent have an effect on family role ($t = 2,885 > 1,96$). **Discussion and Conclusion:** This model can explain that behavior and intentions influence the role of the family in providing self-care for schizophrenic patients at home. Families with schizophrenic patients still experience obstacles in relation to mental health services. Intention followed by positive behavior fosters the role of caregivers as caregivers and followers for schizophrenics in the family. Nurses increase the provision of interventions, such as the application of ways to deal with schizophrenia and psychotherapy support to help caregivers become more sympathetic and tolerant of patients, as well as collaboration across health centers with education or related services in the form of innovation so that family and patient participation is optimal so that services are achieved in full. Subsequent research focuses on developing models with family-based nursing interventions to enhance the caregiver's role in self-care schizophrenia.

Keywords: family role, schizophrenia, self care, behavior, intention

ABSTRAK

Tujuan: penelitian ini bertujuan menganalisis Model Peran Keluarga dalam peningkatan Perawatan Diri pada pasien skizofrenia menggunakan Pendekatan *Theory of Planned Behavior*. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*, jumlah sampel 126 keluarga di wilayah kerja puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo Jawa Timur melalui *probability sampling*, yaitu *simple random sampling*. Data yang diambil dengan menggunakan kuesioner adalah faktor sosiodemografi, faktor psikologi, faktor informasi, perilaku (sikap, norma subjektif, persepsi), niat, dan peran keluarga. Analisis statistik yang digunakan adalah *Partial Least Square* (SEM – PLS). **Hasil:** secara signifikan perilaku berpengaruh terhadap peran keluarga ($t = 3.304 > 1,96$) dan niat berpengaruh terhadap peran keluarga ($t = 2.885 > 1,96$). **Diskusi dan Kesimpulan:** model ini dapat menjelaskan bahwa perilaku dan niat mempengaruhi peran keluarga dalam memberikan perawatan diri pasien skizofrenia di rumah. Keluarga dengan pasien skizofrenia masih mengalami hambatan dalam hubungannya layanan kesehatan jiwa. Niat yang diikuti dengan perilaku yang positif menumbuhkan peran *caregiver* sebagai pengasuh dan pengikut bagi penderita skizofrenia dalam keluarga. Perawat meningkatkan pemberian intervensi, seperti aplikasi cara menangani skizofrenia dan dukungan psikoterapi untuk membantu *caregiver* menjadi lebih simpati dan toleran terhadap pasien, serta kerja sama lintas sektor puskesmas dengan pendidikan atau dinas terkait berupa inovasi agar partisipasi keluarga dan pasien optimal sehingga layanan tercapai paripurna. Penelitian selanjutnya berfokus pada pengembangan model dengan intervensi keperawatan berbasis keluarga untuk meningkatkan peran *caregiver* dalam perawatan diri pasien skizofrenia.

Kata Kunci : peran keluarga, skizofrenia, perawatan diri, perilaku, niat

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAANPERSETUJUAN PUBLIKASI.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
SUMMARY	vii
RINGKASAN	ix
ABSTRACT	x
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
DAFTAR SINGKATAN.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah	7
1.3 Rumusan Masalah	8
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus	8
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.5.1 Manfaat Teoritis	9
1.5.2 Manfaat Praktis	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Konsep Keluarga.....	11
2.2 Defisit Perawatan Diri	22
2.3 Konsep Skizofrenia.....	26
2.4 <i>Family Centered Nursing</i>	35
2.5 Teori Perilaku Terencana (<i>Theory of Planned Behavior</i>)	40
2.6 Kepribadian	52
2.7 Emosi	56
2.8 Keaslian Penelitian	
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL	60
3.1 Kerangka Konsep	60
3.2 Hipotesis	61
BAB 4 METODE PENELITIAN	62
4.1. Desain Peneltian	62
4.2. Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling	62
4.2.1 Populasi	62
4.2.2 Sampel	62
4.2.3 Tehnik Sampling	63
4.3. Variabel dan Definisi Operasional	71
4.3.1 Definisi Operasional.....	72
4.4. Instrumen Penelitian	76
4.4.1 Data sosiodemografi dan Karakteristik <i>caregiver</i>	76
4.4.2 Karakteristik Pasien.....	77

4.4.2 Faktor Psikologi.....	78
4.4.3 Faktor Informasi	79
4.4.4 Faktor perilaku	79
4.4.5 Sikap terhadap perawatan diri	79
4.4.6 Norma Subjektif	79
4.4.7 Persepsi terhadap pengendalian.....	80
4.4.8 Niat	80
4.4.9 Peran Keluarga	81
4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas	81
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	83
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	83
4.7 Analisis Data	84
4.8 Etik Penelitian	86
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	96
5.2 Hasil Penelitian Deskriptif	98
5.2.1 Sosiodemografi	98
5.2.2 Karakteristik Keluarga	99
5.2.3 Karakteristik Pasien	99
5.2.4 Faktor Psikologi	100
5.2.5 Faktor Informasi	100
5.2.6 Perilaku	101
5.2.7 Niat	102
5.2.8 Peran Keluarga.....	102
5.3 Analisis Inferensial Model Peran Keluarga	103
5.3.1 Pengujian <i>measurement model (outer model)</i>	103
5.3.2 Pengujian <i>measurement model (inner model)</i>	105
5.3.3 Pengujian Hipotesis (<i>Bootstrapping</i>)	106
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Pengaruh Sosiodemografi terhadap perilaku.....	110
6.2 Pengaruh Sosiodemografi terhadap peran keluarga	111
6.3 Pengaruh Psikologi terhadap perilaku	113
6.4 Pengaruh Psikologi terhadap peran keluarga	115
6.5 Pengaruh Psikologi terhadap Niat	117
6.6 Pengaruh Informasi terhadap perilaku.....	118
6.7 Pengaruh Informasi terhadap peran keluarga.....	121
6.8 Pengaruh Perilaku terhadap niat.....	122
6.9 Pengaruh Perilaku terhadap peran keluarga	123
6.10 Pengaruh Niat terhadap peran keluarga.....	125
6.11 Temuan Penelitian	127
6.12 Keterbatasan Penelitian	129
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	130
7.2 Saran	131
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Faktor yang mempengaruhi perawatan diri (Kozier, 2004).....	24
Tabel 2.2 Faktor yang mempengaruhi perawatan diri (Potter, 2009).....	25
Tabel 2.3 Kriteria Diagnostik DSM IV-TR Skizofrenia	35
Tabel 2.4 Ciri untuk mempertimbangkan prognosis Baik dan Buruk pada skizofrenia	36
Tabel 2.5 Kriteria Diagnostik DSM IV-TR Skizofrenia.....	36
Tabel 2.6 Ciri – ciri sifat <i>Big Five</i>	36
Tabel 2.7 Keaslian Penelitian.....	66
Tabel 4.1 Variabel dan indikator	74
Tabel 4.2 Definisi Operasional	75
Tabel 4.3 Blue Print Kuisisioner Pengetahuan	82
Tabel 4.4 Blue Print Kuisisioner Sikap	83
Tabel 4.5 Blue Print Kuisisioner Norma Subjektif	84
Tabel 4.6 Blue Print Kuisisioner Persepsi terhadap pengendalian	84
Tabel 4.7 Blue Print Kuisisioner Niat	85
Tabel 4.8 Blue Print Kuisisioner Pean Keluarga	85
Tabel 4.9 Uji Reliabilitas	87
Tabel 4.10 Matrik waktu penelitian	88
Tabel 5.1 Distribusi Komponen Sosiodemografi	95
Tabel 5.2 Distribusi Komponen Karakteristik Keluarga	96
Tabel 5.3 Distribusi Komponen Karakteristik Pasien	96
Tabel 5.4 Distribusi Faktor Psikologi	97
Tabel 5.5 Distribusi Faktor Informasi	98
Tabel 5.6 Distribusi Perilaku	98
Tabel 5.7 Distribusi Niat pada keluarga pasien skizofrenia	99
Tabel 5.8 Distribusi peran keluarga pada pasien skizofrenia	99
Tabel 5.9 Perhitungan <i>Measurement Model (Outer Model)</i> pada Model Peran keluarga	101
Tabel 5.10 Perhitungan <i>Measurement Model (Inner Model)</i> pada Model Peran keluarga	102
Tabel 5.11 Hasil Perhitungan Uji t (<i>T-Test</i>) pada Model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada skizofrenia	104
Tabel 5.12 <i>Goodness of fit (GoF)</i> pengembangan model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia.....	105

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Kajian Masalah	7
Gambar 2.1 Model <i>Family Centered Nursing</i>	43
Gambar 2.3 Bagan <i>Theory Planned Behavior</i>	46
Gambar 2.3 Proses terjadinya emosi.....	63
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	69
Gambar 4.1 Kerangka Analisis Model	91
Gambar 5.2 <i>Measurement model (outer model)</i>	100
Gambar 5.3 <i>Measurement model (inner model)</i>	102
Gambar 5.4 <i>Structural model</i> (Pengujian hipotesis)	103
Gambar 6.1 Temuan Penelitian	125

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi responden
- Lampiran 2 *Informed Consent*
- Lampiran 3 Data Demografi
- Lampiran 4 Kuesioner *Faktor Psikologi*
- Lampiran 5 Kuesioner Faktor Informasi
- Lampiran 6 Kuesioner *Attitude Toward Behavior*
- Lampiran 7 Kuesioner *Norma Subjektif*
- Lampiran 8 Kuesioner *Perceived Behavior Control*
- Lampiran 9 Kuesioner *Intention*
- Lampiran 10 Kuesioner Peran Keluarga
- Lampiran 11. Komisi Etik Penelitian Kesehatan
- Lampiran 12. Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian (Universitas Airlangga)
- Lampiran 13. Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian (DinKes Kab. Ponorogo)
- Lampiran 14. Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian (Kesbangpol Ponorogo)
- Lampiran 15. Surat Selesai Penelitian (Puskesmas Jambon Kab. Ponorogo)
- Lampiran 16. Hasil PLS *Boostrapping*

DAFTAR SINGKATAN

AVE	: <i>Average Variance Extracted</i>
BB	: Berat Badan
CHN	: <i>Community Health Nursing</i>
DPD	: Defisit Perawatan Diri
FCN	: <i>Family Centered Nursing</i>
GI Tract	: <i>Gastro Intestinal Tract</i>
GOF	: <i>Goodness of Fit</i>
KIA – KB	: Kesehatan Ibu Anak – Keluarga Berencana
ODS	: Orang Dengan Skizofrenia
P2	: Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
PBC	: <i>Perceived Behavior Control</i>
Perkesmas	: Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat
PFC	: <i>Problem Focus Coping</i>
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
Promkes	: Promosi Kesehatan
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Pustu	: Puskesmas Pembantu
RSJ	: Rumah Sakit Jiwa
SD	: Sekolah Dasar
SEM – PLS	: <i>Structural Equation Modeling-Partial Least Square</i>
SFC	: <i>Solution Focus Coping</i>
STDEV	: <i>Standard Deviation</i>
TB	: Tinggi Badan
TPB	: <i>Theory Planned Behavior</i>
TRA	: <i>Theory of Reasoned Action</i>
TU	: Tata Usaha
UKM	: Unit Kesehatan Masyarakat
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan masalah kesehatan mental global yang memiliki implikasi serius dan masalah yang rumit tidak hanya untuk orang dengan diagnosis, tetapi juga termasuk keluarga yang mengasuhnya (*caregiver*) (Yusuf, *et al.*, 2018). Skizofrenia mempengaruhi lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia (World Health Organization, 2016). Studi di Asia menunjukkan bahwa sekitar 70% dari orang dengan skizofrenia hidup dengan keluarga mereka dan bergantung pada anggota keluarga untuk penyediaan perawatan (Chan & Yu, 2004; Sethabouppha & Kane, 2005). Gejala positif meliputi waham, halusinasi, gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan dan gangguan berpikir normal. Gejala negatif meliputi sulit memulai pembicaraan, afek tumpul atau datar, berkurangnya motivasi, berkurangnya atensi, pasif, apatis dan penarikan diri secara sosial dan rasa tidak nyaman (Videbeck, 2008).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Proporsi RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%) (Risksdas, 2013). Perilaku yang sering muncul pada klien skizofrenia adalah: motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur yang buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%),

penampilan yang tidak rapi/bersih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar (47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan obat (40%) (Keliat, 2006). Berdasarkan tanda dan gejala di atas menunjukkan bahwa penderita skizofrenia banyak ditemukan masalah-masalah keperawatan diantaranya resiko perilaku kekerasan, defisit perawatan diri, isolasi sosial, halusinasi dan harga diri rendah.

Suhita (2016) dalam desertasinya menyebutkan bahwa keluarga yang merawat pasien skizofrenia mengalami kecemasan dan kebingungan dalam merawat anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Sebagian keluarga yang mengasuh pasien skizofrenia adalah orang tua, yang lebih mengutamakan dan melindungi anggota keluarga yang sehat daripada anggota keluarga skizofrenia, beberapa keluarga tidak siap untuk menjadi pengasuh untuk saudara dengan skizofrenia (Yang *et al.*, 2017). Penelitian lain ditemukan keluarga dengan orang dengan skizofrenia (ODS) mengalami kesulitan dalam merawatnya, dibutuhkan peran keluarga sebagai pengasuh utama (caregiver) untuk merawat ODS (Kertchok *et al.*, 2011). Penelitian dari (Yang *et al.*, 2017) menyampaikan ungkapan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia, *“Aku benar-benar takut dan tidak tahu bagaimana menghadapinya. Bagaimana saya harus menangani hal sulit ini? Aku mencoba untuk tidak berpikir tentang hal itu. Ini lebih dari 10 tahun (sejak saya mulai merawat adikku dengan skizofrenia). Saya tahu bahwa saya tidak bisa merawatnya untuk seluruh hidupnya”*. Keluarga berperan sebagai pengasuh (*caregiver*) menghadapi tantangan dalam menyeimbangkan tanggung jawab pengasuhan kepada pasien dengan kehidupan mereka sendiri, kehidupan

anggota keluarga inti mereka, pekerjaan mereka, dan hubungan sosial mereka (Barnable *et al.* 2006; Schmid *et al.* 2009).

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapai aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi (hygiene), berpakaian/berhias, makan, dan BAB/BAK (toileting) (Abdul, 2015). Dikutip dari (Marselina, 2016) menunjukkan bahwa sebagian besar (65,9%) status personal hygiene pada pasien gangguan jiwa di Wilayah kerja Puskesmas Wonokerto I Kabupaten Pekalongan dalam kategori kurang yaitu 54 responden. Adanya gangguan pada proses pikir mengakibatkan keinginan merawat diri menurun. Beberapa masalah defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa diantaranya gangguan kebersihan diri, ketidakmampuan berhias, ketidakmampuan makan/minum dengan mandiri, kesulitan eliminasi mandiri, hal ini memerlukan bantuan keluarga atau orang lain untuk mengatasinya (Keliat, 2010). Kebutuhan pasien yang menjadi prioritas dalam perawatan diri meliputi mandi, berpakaian, makan, minum *caregiver* untuk memenuhinya karena mereka keberadaan dalam satu tempat tinggal dan kebutuhan dasar pasien.

Kebutuhan dasar berupa perawatan diri yang tidak dipenuhi akan berdampak kepada klien berupa dampak fisik, klien mudah terserang berbagai penyakit kulit, mukosa mulut dan kuku. Dampak psikososial di masyarakat yaitu gangguan interaksi sosial dalam aktifitas hidup sehari-hari, klien akan ditolak oleh masyarakat karena *personal hygiene* yang tidak baik, klien mempunyai harga diri rendah khususnya hal identitas dan perilaku, klien menganggap dirinya tidak

mampu mengatasi kekurangannya (Tarwoto, 2011). Kebersihan diri yang kurang dapat berdampak pada tubuh antara lain infeksi kulit, pencernaan.

Keluarga memiliki peran penting saat hadirnya penderita skizofrenia di keluarga mereka. Selain biaya perawatan tinggi penderita juga membutuhkan perhatian, dukungan yang lebih dari masyarakat terutama keluarga, sedangkan pengobatan gangguan jiwa skizofrenia membutuhkan waktu yang relatif lama, dengan resiko kekambuhan (*relaps*) jika psikofarmaka yang terputus (Suhita, 2016). Penderita Skizofrenia tidak bisa berfungsi normal sehingga membutuhkan seorang *caregiver*, yaitu seseorang yang secara umum bisa merawat dan mendukung penderita dalam kehidupan sehari-harinya. Dalam hal ini *caregiver* yang paling dekat dengan penderita adalah keluarga, karena keluarga merupakan “perawat utama” bagi penderita.

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat, ia memiliki peran serta dalam proses kesembuhan pasien skizofrenia. Sangat penting maknanya dalam memberikan asuhan, tempat pertama kali pasien belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilakunya. Beberapa studi menunjukkan bahwa program perawatan penderita skizofrenia yang melibatkan peran serta aktif keluarga secara signifikan dapat mengurangi angka kekambuhan skizofrenia. Kombinasi terapi akan efektif jika disertai dengan dukungan keluarga sehingga dapat mengurangi angka kekambuhan dibandingkan jika hanya dengan terapi medikamentosa saja (Ibrahim, 2005). Anggota keluarga adalah sumber penting bagi individu dengan penyakit kronis. Tanpa dukungan dan perawatan yang

diberikan oleh keluarga anggota ke individu dengan penyakit kronis, tidak mungkin bagi mereka untuk tetap tinggal di masyarakat (Gonzalez *et al*, 2011)

Menurut (Friedman, 2010) menyatakan tugas kesehatan keluarga meliputi mengenal masalah kesehatan membuat keputusan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan dan menciptakan suasana rumah yang sehat dan mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat. Keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan, rasa aman dan kehangatan bagi penderita skizofrenia. Melalui penerimaan terhadap penderita apa adanya, tanpa unsur menyalahkan, mengkritik, membanding-bandingkan atau mengucilkan maka keluarga akan menjadi kontributor utama pada proses pemulihan penderita. Keluarga secara aktif dapat melibatkan penderita skizofrenia yang mulai mengalami remisi pada berbagai kegiatan atau pekerjaan yang sesuai kemampuan penderita skizofrenia (Levine & Levine 2009; Suhita (2016)).

Kejadian gangguan jiwa di Ponorogo tepatnya di Kecamatan Jambon, berdasarkan survei awal yang dilakukan tanggal 29 September 2017 terdapat sejumlah 187 penderita gangguan jiwa. Lebih dari 50% pasien memiliki dengan masalah defisit keperawatan diri yang kurang.

World Health Organisation (WHO) (2010), tanda dan gejala skizofrenia yaitu: berkhayal, halusinasi, gangguan pikiran, sulit mengekspresikan emosi, menarik diri dari lingkungan sosial, kehilangan motivasi, tidak minat melakukan kegiatan sehari-hari, dan mengabaikan kebersihan pribadi (defisit perawatan diri). Penderita skizoprenia memiliki hendaya nyata pada kemampuan fungsional dalam

keseharian, sehingga membutuhkan bantuan orang lain dalam pemenuhan kebutuhan kebutuhannya, khususnya pada *caregiver* atau keluarga yang berada satu rumah dengannya (Djarmiko dalam Fitrikasari, 2012). WHO (2017) melatih perawatan diri dan menuntut hak mereka, termasuk hak atas perawatan kesehatan. Partisipasi dalam pengambilan keputusan pembuatan dan implementasi program kesehatan mental.

Gangguan jiwa kronik seperti penderita skizofrenia seringkali tidak memperdulikan perawatan diri. Hal ini menyebabkan pasien dikucilkan dalam keluarga dan masyarakat (Keliat, 2010). Klien dengan gangguan jiwa hampir semuanya mengalami defisit perawatan diri. Hal ini disebabkan karena ketidaktahuan dan ketidakberdayaan yang berhubungan dengan keadaannya sehingga terjadilah defisit perawatan diri (Muslim, 2010). Penderita *skizofrenia* terganggu dalam kemandirian dalam kesehariannya yaitu terjadi penurunan dalam menjalankan peran dan fungsi seperti merawat diri sendiri, sekolah atau bekerja dan fungsi lainnya. Oleh karena itu, pasien dengan *skizofrenia* memerlukan bantuan dari pihak lain untuk tetap bertahan hidup, atau bergantung pada bantuan orang lain (Pramujiwati, 2013).

Beberapa dampak menurut (Tarwoto, 2011) yang sering timbul pada masalah personal hygiene antara lain dampak fisik (gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku), psikososial (kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial) seperti pengucilan oleh masyarakat setempat.

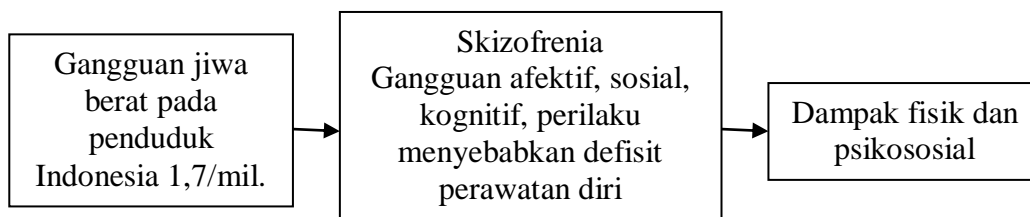
Individu dengan skizofrenia, dukungan dari keluarga merupakan hal yang penting dalam upaya membantu individu mencapai kesembuhan (Birchwood & Jackson, 2001; Kruger, 2000). Bentuk dari hubungan keluarga yang dapat membantu kesembuhan klien dapat berupa keterlibatan klien melakukan tugas rumah tangga, melatih kemampuan klien menjalankan aktivitas sehari-hari, dan menyediakan dukungan finansial dan emosional untuk mendorong klien meningkatkan kemandirian klien dalam perawatan diri (Kruger, 2000).

Salah satu model yang ingin dikembangkan oleh peneliti adalah model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia melalui konsep *Family Centered Nursing* melalui pendekatan integrasi teori perilaku dari Ajzen "*Theory of Planned Behavior (TPB)*". TPB menyampaikan bahwa perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya niat untuk berperilaku. Sedangkan munculnya niat berperilaku ditentukan oleh tiga faktor penentu yaitu *behavioral beliefs* (keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku), *normative beliefs* (keyakinan tentang harapan normatif orang lain) dan *control beliefs* (keyakinan tentang keberadaan hal – hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (Ajzen, 2005)

Penanganan yang efektif memerlukan usaha yang komprehensif, melibatkan multidisiplin, termasuk terapi *somatik* dan berbagai bentuk perawatan psikososial, seperti kemampuan untuk menjalani hidup sehari-hari dan keterampilan sosial, rehabilitasi dan terapi keluarga (Alligood, 2010). Karena itu, penanganan *skizofrenia* memerlukan kombinasi antara terapi farmaka dan terapi lain seperti psikoterapi, rehabilitasi dan sebagainya.

Penerapan model perawatan keluarga pada pasien skizoprenia dengan defisit perawatan diri, maka keluarga sesuai dengan perannya mampu memberikan perawatan dengan optimal, sehingga upaya penyembuhan secara holistik dapat tercapai. Bilamana hal tersebut dapat diwujudkan, maka akan menjadi kontribusi yang berharga bagi keluarga untuk perawatan diri pasien skizofrenia.

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian Masalah

1.3 Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Ponorogo?

1.4 Tujuan Penelitian

1.1.1 Tujuan Umum

Menganalisis model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia dengan pendekatan teori Ajzen "*Theory of Planned Behavior*"

1.1.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh sosiodemografi terhadap perilaku pada keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia
2. Menganalisis pengaruh sosiodemografi terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia

3. Menganalisis pengaruh psikologi terhadap perilaku pada keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia.
4. Menganalisis pengaruh psikologi terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia.
5. Menganalisis pengaruh psikologi terhadap niat keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia
6. Menganalisis pengaruh informasi terhadap perilaku pada keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia
7. Menganalisis pengaruh informasi terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia
8. Menganalisis pengaruh perilaku terhadap niat pada keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia.
9. Menganalisis pengaruh perilaku terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia
10. Menganalisis pengaruh niat terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia.
11. Menyusun model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Temuan baru yang sekaligus merupakan manfaat teoritik pada tesis adalah model peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia yang pada akhirnya salah satu kebutuhan dasar pasien terpenuhi.

2.5.1 Manfaat praktis

1. Hasil penelitian diharapkan mampu menjadi bahan pertimbangan bagi perawat khususnya perawat jiwa atau perawat komunitas dalam menyusun strategi untuk membantu perawatan diri pasien skizofrenia
2. Melalui penelitian ini keluarga dapat mengetahui berbagai peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia sehingga diharapkan keluarga mampu merawat pasien dalam keluarganya
3. Institusi Puskesmas dapat menerapkan model peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia sebagai bagian dari pelayanan keperawatan pada pasien skizofrenia serta edukasi kepada keluarga dengan gangguan jiwa
4. Hasil penelitian dapat dijadikan masukan dan contoh terhadap program jiwa di Puskesmas setempat sehingga diharapkan dapat menurunkan angka defisit perawatan diri yang terjadi pada pasien skizofrenia

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Peran Keluarga

2.1.1 Pengertian Peran

Peran merupakan kumpulan dari perilaku atau karakter yang diharapkan oleh orang dalam suatu peristiwa dengan dibatasi secara normatif saat berkedudukan dalam masyarakat (Friedman et.al 2003).

Menurut Livinson dalam Soekanto (2007) menyebutkan bahwa peranan mencakup tiga hal, yaitu:

- 1) Peranan meliputi norma-norma yang diungkapkan dengan posisi atau tempat seseorang dalam masyarakat. Peranan dalam arti ini merupakan rangkaian peraturan-peraturan yang membimbing seseorang dalam kehidupan masyarakat.
- 2) Peranan adalah suatu konsep perihal apa yang dapat dilakukan oleh individu masyarakat sebagai individu.

Peranan juga dapat dikatakan sebagai perilaku individu yang penting sebagai struktur sosial masyarakat

2.1.2 Definisi keluarga

Menurut Burgess dan koleganya (1963, dalam Friedman, 1998) keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan dalam ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi yang hidup bersama – sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka

hidup terpisah mereka menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka, serta saling berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan perempuan, saudara dan saudari yang menggunakan kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri.

Keluarga juga diartikan dua orang atau lebih dimana mereka hidup bersama dan saling berbagi ekonomi yang mempunyai hubungan dengan kelahiran, perkawinan atau adopsi dan mempunyai komitmen untuk setiap anggotanya dalam waktu yang tak terbatas dan tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggota-anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum (Murray & Huelskoetter, 1995, Friedman, 1998).

Tugas keluarga menurut Effendy (2009) menyatakan bahwa keluarga mempunyai fungsi dalam merawat anggotanya yang sakit hal ini menandakan bahwa keluarga memiliki peran yang besar dalam upaya pemberian asuhan keperawatan kepada anggota keluarganya terutama anggota keluarga yang mengalami kondisi yang tidak baik atau mengalami keterbatasan.

2.1.3 Fungsi keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (1998) meliputi fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomis, dan fungsi perawatan kesehatan. Berikut ini dijabarkan kaitan beberapa fungsi keluarga dengan kepatuhan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

- a. *Fungsi afektif* merupakan fungsi yang memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga, seperti kebutuhan akan ditemani dan dicintai. Melalui pelaksanaan fungsi ini, keluarga menjalankan tujuan psikososial yang utama yaitu kemampuan stabilitas kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin hubungan akrab dan harga diri (Friedman, 1998). Untuk mencapai kepatuhan pada pasien skizofrenia, fungsi afektif harus dipenuhi dengan cara menghindari paksaan, membujuk dengan penuh kasih sayang, mendampingi saat anggota keluarga menjalani pengobatan dan memberikan penghargaan pada pasien akan kepatuhan.
- b. *Fungsi sosialisasi* bertujuan untuk mengajarkan anak-anak mempersiapkan dan melakukan peran-peran sosial orang dewasa, berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk mentransformasikan seorang anak menjadi seorang individu yang mampu berpartisipasi dalam masyarakat. Keluarga dengan anggota keluarga mengalami skizofrenia diharapkan dapat membantu klien skizofrenia agar mampu melakukan hubungan sosial baik di dalam lingkungan keluarga itu sendiri maupun di luar lingkungan seperti berinteraksi dengan tetangga sekitarnya, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada di wilayah tempat tinggalnya (Utami, 2008). Perilaku klien saat kambuh sebagai akibat ketidakpatuhan membuat pola interaksi pasien terganggu, hal ini menjadi tantangan bagi keluarga bagaimana mengendalikan interaksi klien dan bagaimana menata lingkungan masyarakat untuk menerima perubahan pola interaksi pasien.

- c. *Fungsi ekonomi* meliputi ketersediaan sumber-sumber keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber finansial dengan sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber-sumber untuk memenuhi kebutuhan seperti sandang, pangan, papan dan perawatan kesehatan yang memadai merupakan suatu perspektif tentang sistim nilai keluarga itu sendiri. Salah satu beban yang dialami oleh keluarga dengan skizofrenia adalah beban ekonomi yang harus dikeluarkan untuk pengobatan dan terapi pasien skizofrenia. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga untuk memanfaatkan sumber-sumber finansial yang tersedia baik dari keluarga itu sendiri maupun pemerintah seperti jaminan kesehatan masyarakat agar pengobatan klien tetap berkelanjutan.
- d. *Fungsi perawatan kesehatan keluarga* adalah memberikan perawatan kesehatan bagi seluruh anggota keluarganya. Tanggung jawab utama keluarga pada fungsi ini adalah memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para professional tenaga kesehatan (Friedman, 1998). Kekambuhan pasien skizofrenia sangat berhubungan dengan kemampuan keluarga menjalankan fungsi ini. Perawatan yang berkesinambungan melalui kontrol secara teratur dengan menggunakan fasilitas pelayanan terdekat akan mengurangi angka kekambuhan bagi pasien skizofrenia. Memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang tujuan dan efek samping terapi psikofarmaka akan memudahkan keluarga untuk mencapai kepatuhan pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa menambahkan pengetahuan tentang terapi psikofarmaka pada terapi psikososial

pada keluarga akan menurunkan angka kekambuhan (Mc Gaslan, 1994; Huxlery, Rendal, & Sederer, 2000 dalam Frisch & Frisch 2006)

Di dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga terdapat tugas-tugas keluarga yang harus dilaksanakan. Menurut Friedman, (1998) ada lima tugas kesehatan keluarga untuk mewujudkan perannya secara baik. Tugas-tugas tersebut akan dijabarkan berikut ini:

- 1) Mengenal masalah setiap anggota. Pada fase ini pengetahuan yang harus dimiliki keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan skizofrenia meliputi penyebab, tanda dan gejala, akibat, dan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi kekambuhan.
- 2) Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat. Persepsi keluarga terhadap kekambuhan mempengaruhi keputusan keluarga, sebagai contoh keluarga yang menganggap kekambuhan sebagai hal yang biasa sebagai konsekuensi skizofrenia sebagai penyakit yang kronis akan menyebabkan keluarga memutuskan langsung mengirim pasien ke rumah sakit jiwa.
- 3) Merawat anggota keluarga. Keluarga harus mampu merawat anggota keluarga termasuk menangani anggota keluarga yang tidak patuh terhadap pengobatannya.
- 4) Mempertahankan situasi rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan klien. Hal ini bisa dilakukan dengan memberikan perhatian, memberikan reinforcement positif atau tidak menyinggung perasaan klien. Upaya yang dapat dilakukan adalah mempertahankan kekohesifan didalam keluarga,

mengembangkan hubungan yang hangat dalam keluarga sehingga tercipta lingkungan yang terapeutik baik bagi klien maupun keluarga.

- 5) Memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sarana kesehatan. Hal ini bisa dipenuhi dengan mengajak klien untuk kontrol secara rutin. Keluarga juga harus melihat sumber-sumber yang tersedia didalam keluarga itu sendiri maupun dari pemerintah yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pengobatan pasien skizofrenia.

2.1.4 Peran keluarga

Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi keluarga didalam kelompok sosialnya (Suliswati, dkk 2005). Menurut Friedman (1998) peran didasarkan pada harapan, peran juga menjelaskan apa yang individu harus lakukan dalam suatu situasi tertentu agar memenuhi harapan mereka sendiri atau harapan orang lain. Keluarga memiliki tugas utama yaitu memelihara pertumbuhan psikososial anggota di keluarga dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum. Dikutip dari Shieves 2005, keluarga merupakan sekumpulan individu yang memiliki interaksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu dan lainnya untuk memenuhi fungsi dasar.

Menurut Friedman (2003) peran keluarga dapat di klasifikasikan menjadi dua kategori peran formal atau terbuka dan peran informal atau tertutup, berikut ini kklasifikasi antara dua peran tersebut:

- a) Peran formal atau terbuka

1. Peran hubungan pernikahan dalam keluarga

Peran dalam hubungan pernikahan keluarga di klasifikasikan dalam tiga peran yaitu:

- a) Peran ayah: ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, berperan dari pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b) Peran ibu: ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peran mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu ibu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- c) Peran anak: anak-anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual.

2. Peran informal keluarga atau peran tertutup

Anggota keluarga individu akan memainkan banyak peran dalam sebuah keluarga, peran ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan integrasi dan adaptasi dari kelompok keluarga. Berikut peran informal yang dapat atau tidak dapat berperan dalam stabilitas keluarga beberapa di antaranya bersifat aktif dan lainnya dapat mengganggu kesejahteraan pokok keluarga.

1. *Pendorong* merupakan suatu tindakan yang memuji, menyetujui dan menerima kontribusi orang lain. Sehingga mampu menarik orang lain dan idenya dihargai.
2. *Penyelaras*. Penengah jika muncul perbedaan antara anggota keluarganya.

3. *Inisiator-Kontributor*, yaitu mengusulkan gagasan atau hal baru terkait dengan permasalahan atau tujuan dalam keluarga
4. *Negosiator*, merupakan salah satu dari pihak yang berkonflik atau tidak setuju, dengan menawarkan jalan tengah.
5. *Penghalang*. Menolak tanpa dan diluar alasan, disebut juga oposisi
6. *Dominator*. Menunjukkan kekuasaanya, senioritas, merasa paling hebat dalam segala hal.
7. *Penyalah*. Peran *diktator*, mencari kesalahan orang lain
8. *Pengikut*, menerima ide orang lain secara pasif, pendengar saat diskusi atau keputusan kelompok.
9. *Pencari pengakuan*, mencari perhatian terhadap diri dan keinginan, pencapaian dan atau masalahnya agar diakui pihak lain
10. *Martir*. Yaitu tidak memihak pribadi tapi rela berkorban demi kebaikan keluarga
11. *Wajah tanpa ekspresi*, menggurui terus menerus tanpa menunjukkan emosi
12. Sahabat, teman bermain keluarga yang memperturutkan diri sendiri atau orang lain dengan tidak melihat akibatnya
13. *Kambing hitam keluarga*, yaitu anggota yang bermasalh dalam keluarga
14. *Pendamai*. Yaitu keluarga yang piawai mengambil hati, selalu berusaha menyenangkan orang lain
15. *Pengasuh keluarga*. Yaitu anggota keluarga yang diperlukan untuk mengasuh dan merawat anggota lainnya yang membutuhkan

16. *Pionir keluarga*. Penggerak dari semula yang tidak tahu menjadi punya pengalaman baru
17. *Anggota yang tidak relevan/distraktor*. Tidak relevan, dengan menunjukkan perilaku mencari perhatian ia membantu keluarga menghindari atau mengabaikan masalah yang menimbulkan penderitaan
18. *Koordinator keluarga*. Yaitu mengatur dan merencanakan aktivitas keluarga
19. *Perantara keluarga*. Yaitu penghubung saat komunikasi dalam keluarga
20. *Penonton*. Yaitu mengamati tanpa terlibat diri didalamnya.

Menurut Murty (2003), peran keluarga dalam merawat pasien skizofrenia terbagi dalam tiga tingkatan. *Pertama*, keluarga harus mampu melihat kebutuhan-kebutuhan klien dan mempertahankan kekohesifan dalam keluarga dengan cara belajar keterampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi dukungan emosional. *Kedua*, keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti terapi suportif. *Ketiga*, keluarga harus mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien skizofrenia merubah sikap dan keterampilan.

Adapun lima peran dari keluarga menurut Mohr (2006) adalah: memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga; membantu mengatasi masalah dan stress dalam keluarga secara aktif; memenuhi tugas dengan distribusi yang merata dalam keluarga; menganjurkan interaksi terhadap sesama anggota keluarga dan komunitas dan meningkatkan kesehatan personal. Keterlibatan keluarga dalam

pemberian perawatan dapat memudahkan proses pemulihan penderita gangguan jiwa (Nasir & Muhith, 2011)

Dari beberapa pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa peran keluarga dalam menjalankan kehidupannya antara lain:

- 1) memelihara pertumbuhan psikososial anggota di keluarga dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum
- 2) memberikan dukungan dan saling memengaruhi satu dan lainnya untuk memenuhi fungsi dasar
- 3) membantu kebutuhan dan mempertahankan hubungan keluarga dengan merawat anggota keluarga yang sakit (pasien), memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi dukungan emosional.
- 4) keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien
- 5) terlibat dalam kelompok dalam proses terapi
- 6) mengembangkan hubungan untuk membantu dalam hal sikap dan keterampilan
- 7) membina interaksi sesama anggota keluarga dan komunitas
- 8) meningkatkan kesehatan personal
- 9) membantu mengatasi masalah dan stress dalam keluarga.

2.1.5 Karakteristik Sistem Keluarga

Keluarga (*Caregiver*) di pandang sebagai suatu unit perawatan dan patner pada intervensi maupun rehabilitas (Fountaine, 2003). Oleh karena itu perawat perlu memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi karakteristik keluarga. Menurut

Stuart & Laria (2005), beberapa faktor sosiokultural yang dapat berfungsi sebagai faktor resiko atau pendukung dalam sistem keluarga yaitu:

a. Usia

Usia akan mempengaruhi cara individu membuat keputusan, semakin bertambah usia seseorang biasanya semakin menambah keyakinan untuk mencari pertolongan ke petugas kesehatan. Usia yang matang biasanya dicapai pada usia 25-44 tahun. Setelah usia tersebut maka dapat terjadi penurunan kepercayaan terhadap sesuatu. Hal ini diakibatkan pengalaman hidup dan kematangan jiwa seseorang

b. Etnis

Istilah etnis berhubungan dengan ras, kebangsaan, suku, bahasa asal, kebudayaan. Etnis turut berkontribusi terhadap perkembangan dan pemulihan gangguan jiwa. Faktor kebudayaan biasanya menjadi penghambat untuk mencari pertolongan kesehatan. Bangsa Amerika dan kulit hitam lebih tinggi memanfaatkan fasilitas kesehatan di banding bangsa asia

c. Jenis kelamin

Umumnya laki-laki dan perempuan memiliki prevalensi yang sama terhadap gangguan jiwa, perbedaan hanya pada jenis gangguannya. Pada laki-laki lebih kepada kekerasan, sedangkan perempuan pada gangguan efektif dan kecemasan.

d. Pendidikan

Beberapa studi menjelaskan pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa. Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan kesehatan jiwa di banding pendidikan rendah

e. Pendapatan

Faktor resiko yang menentukan seseorang mencari pertolongan dan dalam pengambilan keputusan menentukan fasilitas kesehatan.

f. System keyakinan

Keyakinan seseorang meliputi semua aspek kehidupan meliputi system keyakinan, pandangan, agama, atau spiritualitas yang dapat memberikan efek positif atau negative terhadap kesehatan jiwa. Sistem keyakinan yang adaptif dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup, sedangkan sistem keyakinan yang maladaptif dapat berperan terhadap perubahan status kesehatan dan penolakan terhadap intervensi yang dianjurkan.

2.1.5 Dukungan Keluarga

Dikutip dari Friedman (2010) dukungan keluarga adalah segala bentuk penerimaan, baik berupa sikap maupun tindakan oleh keluarga kepada seseorang yang sedang sakit

Bentuk dukungan keluarga menurut Friedman (2010) antara lain:

1) Dukungan penilaian

Dukungan ini meliputi pertolongan pada seseorang untuk memahami masalah skizofrenia, sumber/stressor dan strategi koping untuk menghadapi masalah yang muncul. Menilai seorang dalam keluarga dengan ekspresi positif. Ia memiliki teman yang dapat diajak bicara tentang masalahnya, ekspresi pengharapan positif individu kepada individu lain, motivator, curahan perasaan dan ide – ide mereka. Dukungan

tersebut mampu memberikan tambahan strategi koping penderita sesuai dengan pengalaman yang positif yang dimiliki.

2) Dukungan instrumental

Meliputi dukungan fisik seperti pelayanan bantuan material dan finansial berupa bantuan nyata (instrumental support material support), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang member atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari – hari, menyampaikan pesan, penyediaan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit (fisik maupun mental). Hal ini akan sangat bermanfaat baik jika dukungannya mampu mengurangi masalah skizofrenia dalam keluarga.

3) Dukungan informasional

Dukungan informasional meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama (termasuk dalam membantu penyelesaian masalah, bimbingan, arahan, saran dan nasehat serta umpan balik terkait hal yang dilakukan seseorang). Keluarga menyarankan untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga dalam hal ini keluarga berfungsi sebagai penyedia informasi untuk anggota keluarga.

4) Dukungan emosional

Dengan memberikan dukungan emosional pada anggota keluarga dengan skizofrenia, maka akan terbentuk rasa empati, perasaan dihargai, dicintai, kebersamaan, kenyamanan, rasa percaya diri dan keluarga berfungsi sebagai penyedia tempat untuk tinggal.

2.2 Defisit Perawatan Diri

Personal hygiene adalah kemampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri yang terdiri dari makan, mandi, toilet, dan kebersihan pakaian tanpa dibantu orang lain (Craven & Hirnle, 2007). Perawatan diri adalah perawatan sendiri yang dilakukan setiap orang dan ditentukan oleh nilai-nilai dan praktek – praktek individu, seperti: hygiene tubuh secara umum, mandi, eliminasi, dan berhias (Kozier, 2004).

Perawatan diri adalah kebersihan tubuh, mandi, eliminasi dan berhias termasuk beberapa contoh dalam perawatan diri yang dilakukan individu dalam praktek kesehariannya sehingga tercipta kenyamanan, keamanan serta kesejateraan seseorang (Kozier, 2004; Potter & Perry, 2009).

Terdapat faktor yang berpengaruh perawatan diri sehingga ada variasi beda pada praktek sehari – harinya. Faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan diri menurut Kozier (2004) dijelaskan dalam tabel 2.1 sebagai berikut:

Tabel 2.1
Faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan diri

Faktor	Keterangan
Budaya	Budaya Amerika Utara memberi nilai yang tinggi pada kebersihan diri yaitu sehari 1-2 kali sehari, sementara budaya yang lain mandi sekali setiap minggu. Beberapa budaya menganggap privasi harus diberikan saat mandi, sementara budaya yang lain mempraktikkan mandi bersama atau komunal. Bau badan dianggap sebagai sesuatu yang menjijikkan pada beberapa budaya dan diterima sebagai sesuatu yang normal pada budaya lain
Agama	Seremoni pembersihan dipraktikkan oleh beberapa agama
Lingkungan	Kondisi keuangan dapat mempengaruhi ketersediaan fasilitas untuk mandi. Sebagai contoh para tunawisma mungkin tidak memiliki ketersediaan air hangat; sabun, shampoo, losion pencukur, dan deodoran mungkin terlalu mahal untuk orang-orang yang memiliki keterbatasan sumber dana`

Faktor	Keterangan
Tahap perkembangan	Anak – anak belajar hygiene di rumah. Praktik hygiene bervariasi sesuai usia individu; sebagai contoh anak usia prasekolah dapat didorong untuk melakukan sebagian besar praktik hygiene secara mandiri
Kesehatan dan energi	Orang sakit mungkin tidak memiliki motivasi atau tenaga untuk melakukan praktik hygiene. Beberapa klien yang memiliki gangguan neuromuskular mungkin tidak mampu melakukan perawatan hygiene.
Pilihan personal	Beberapa orang memilih untuk mandi pancuran daripada dengan bak mandi

Sumber: Kozier, B. & Erb, G. (2004). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. 7th Ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc

Potter dan Perry (2009) juga menjelaskan bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan diri meliputi praktik sosial, pilihan pribadi, citra tubuh, status sosial ekonomi, kepercayaan dan motivasi kesehatan, variabel budaya, dan kondisi fisik.

Tabel 2.2
Faktor – faktor yang mempengaruhi perawatan diri

Faktor	Keterangan
Praktek sosial	Kelompok sosial mempengaruhi pilihan hygiene, termasuk produk dan frekuensi perawatan pribadi. Selama masa kanak-kanak, kebiasaan keluarga mempengaruhi hygiene, misalnya frekuensi mandi, waktu mandi, dan jenis hygiene mulut. Pada masa remaja, hygiene pribadi dipengaruhi oleh kelompok teman. Remaja wanita misalnya menjadi tertarik pada penampilan pribadi dan mulai memakai riasan wajah. Pada masa dewasa, teman dan kelompok kerja membentuk harapan tentang penampilan pribadi. Beberapa praktik hygiene pada lansia berubah karena kondisi dan sumber yang tersedia
Pilihan pribadi	Tiap klien memiliki keinginan sendiri dalam menentukan waktu bercukur, mandi, dan mengurus rambut. Pilihan produk didasarkan pada penilaian pribadi, kebutuhan dan dana pengetahuan tentang pilihan klien akan membantu perawatan yang terindividualisasi. Selain itu bantu klien untuk membangun praktik hygiene baru jika ada penyakit. Contoh: perawat harus mengajarkan hygiene kaki pada klien penderita diabetes
Citra tubuh	Citra tubuh mempengaruhi cara seseorang memelihara hygiene. Jika klien tampak rapi, mempertimbangkan detail kerapian saat merencanakan keperawatan dan berkonsultasi dengan klien sebelum memberikan perawatan hygiene. Klien yang tampak berantakan dan tidak peduli dengan hygiene dirinya akan membutuhkan edukasi tentang kepentingan hygiene atau pemeriksaan lebih lanjut untuk melihat kemampuan klien berpartisipasi dalam hygiene harian. Penampilan umum klien

Faktor	Keterangan
	menggambarkan pentingnya hygiene bagi dirinya. Citra tubuh adalah konsep subyek seseorang tentang tubuhnya, termasuk penampilan, struktur atau fungsi fisik. Citra ini sering berubah; saat klien menjalani operasi, menderita penyakit, atau perubahan status fungsional, citra tubuh akan berubah dramatis. Perawat berusaha untuk meningkatkan kenyamanan dan penampilan hygiene klien
Sosial ekonomi	Status ekonomi akan mempengaruhi jenis dan sejauh manapraktik hygiene dilakukan. Perawat harus sensitif terhadap status ekonomi klien dan pengaruhnya terhadap kemampuan pemeliharaan hygienenya. Jika klien mengalami masalah ekonomi, dirinya akan sulit berpartisipasi dalam aktivitas promosi kesehatan seperti hygiene dasar. Jika barang untuk perawatan diri tidak dapat dibeli oleh klien, carilah alternatifnya. Pelajari juga apakah penggunaan produk tersebut merupakan bagian kebiasaan yang dilakukan oleh kelompok sosial klien.
Kepercayaan atau motivasi kesehatan	Pengetahuan akan hygiene mempengaruhi praktik hygiene. Motivasi merupakan kunci penting dalam pelaksanaan hygiene Kesulitan internal yang mempengaruhi praktik hygiene adalah ketiadaan motivasi karena kurangnya pengetahuan. Klien berperan penting dalam menentukan kesehatan dirinya karena perawatan diri merupakan hal yang paling dominan pada kesehatan masyarakat kita. Banyak keputusan pribadi yang dibuat tiap hatiyang membentuk gaya hidup dan lingkungan sosial/fisik (Pender Murdaugh, & Parson, 2002). Penting untuk mengetahui apakah klien merasa dirinya memiliki risiko. Jika klien mengetahui memiliki risiko dan dapat bertindak tanpa konsekuensi negatif, mereka lebih cenderung menerima konseling oleh perawat.
Budaya	Kepercayaan budaya dan nilai pribadi klien akan mempengaruhi perawatan hygiene. Berbagai budaya memiliki praktik hygiene yang berbeda. Beberapa budaya tidak menganggap kesehatan sebagai hal yang penting
Kondisi fisik	Klien dengan keterbatasan fisik biasanya tidak memiliki energi dan ketangkasan untuk melakukan hygiene. Contoh klien dengan traksi, penyakit dengan rasa nyeri membatasi ketangkasan dan rentang gerak, klien dibawah efek sedasi tidak memiliki koordinasi mental untuk melakukan perawatan diri, penyakit kronis, jantung, kanker, neurologis, atau psikisatrik. Genggaman yang melemah akibat stroke atau kelainan otot akan menghambat klien untuk menggunakan sikat gigi, handuk basah, atau sisir

Sumber: Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice*. 7th Ed. Singapore: Elsevier, Inc

2.2.1 Penyebab defisit perawatan diri

a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi penyebab defisit perawatan diri menurut Depkes (2000) dalam Dermawan dan Rusdi (2013) adalah:

1) Perkembangan

Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.

2) Biologis

Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.

3) Kemampuan realitas turun

Klien dengan kemampuan realitas yang kurang seperti yang dialami klien dengan gangguan jiwa, menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan dirinya.

4) Sosial

Kurang latihan kemampuan perawatan diri dan kurang dukungan dari keluarganya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

Faktor yang berhubungan dengan defisit perawatan diri menurut NANDA (2012) dalam Herdman (2013), antara lain gangguan kognitif, penurunan motivasi, kendala lingkungan, ketidakmampuan merasakan bagian tubuh, ketidakmampuan hubungan spasial, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, nyeri, gangguan persepsi, ansietas berat, kelemahan, ketidaknyamanan, kelelahan, hambatan mobilitas, hambatan kemampuan berpindah.

b. Faktor presipitasi

Faktor presipitasi defisit perawatan diri antara lain penurunan motivasi, kerusakan kognisi atau perceptual, cemas, kelemahan yang dialami individu sehingga

menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri (Dermawan dan Rusdi, 2013).

2.2.2 Jenis Perawatan Diri

a. Defisit perawatan diri: mandi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan mandi/beraktivitas perawatan diri untuk diri sendiri. Klien mengalami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapatkan perlengkapan mandi, mengeringkan tubuh, serta masuk dan keluar kamar mandi.

b. Defisit perawatan diri: berpakaian

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berhias untuk diri sendiri. Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil potongan pakaian, menanggalkan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian

c. Defisit perawatan diri: makan

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri. Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, membuka container, memanipulasi makanan dalam mulut, mengambil makanan dari wadah lalu memasukkannya ke mulut, melengkapi makan, mencerna makanan menurut cara yang diterima masyarakat mengambil cangkir atau gelas, serta mencerna cukup makanan dengan aman.

d. Defisit perawatan diri: eliminasi

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri. Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAB/BAK dengan tepat, dan menyiram toilet atau kamar kecil (Fitria, 2009).

2.2.3 Dampak defisit perawatan diri

Masalah yang timbul pada seseorang yang kurang perawatan diri/hygiene antara lain:

a. Fisik

Rambut berketu, gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

b. Psikososial

Gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai, aktualisasi diri, kebutuhan harga diri, dan gangguan interaksi sosial (Tarwoto & Wartonah, 2004)

2.3 Konsep Skizofrenia

2.3.1 Definisi

Skizofrenia adalah gangguan jiwa/gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktifitas sehari – hari (National Institute of Mental Health, 2009; Keliat, 2006). Pengaruh gangguan jiwa pada skizofrenia

meliputi faktor kognisi, persepsi, emosi, perilaku dan fungsi sosial. Skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda dan berdampak pada semua aspek kehidupan (Videbeck, 2008).

Perilaku abnormal tersebut dijelaskan Stuart dan Laraia (2005) sebagai kurangnya motivasi, isolasi sosial, perilaku makan dan tidur buruk, sulit menyelesaikan tugas, kurang perhatian, penampilan tidak rapi/bersih, bicara sendiri, sering bertengkar, dan tidak teratur minum obat. Perilaku – perilaku tersebut seringkali mempengaruhi aktivitas kesehariannya.

Perilaku – perilaku pada pasien skizofrenia menurut Videbeck (2008) meliputi: gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran, gangguan perilaku) dan gejala negative (afek datar, defisit perawatan diri, menarik diri). National Institute of Mental Health (2009) menjelaskan hal yang sama seperti dijelaskan Videbeck (2001) ditambah dengan gejala kognitif, yaitu kurangnya kemampuan memahami dan menggunakan informasi dan sulit fokus. Sedangkan Stuart dan Sundeen (1995) menguraikan perilaku – perilaku pada pasien skizofrenia secara umum yaitu: apraksia (kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks), deteriorasi penampilan, agresi/agitasi, perilaku stereotipik atau berulang, avolisi (kurang energi dan dorongan), dan kurang tekun dalam bekerja.

Pasien skizofrenia dengan gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, sedangkan gejala negatif seringkali bersifat menetap dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari – hari (Videbeck, 2008; *National Institute of Mental Health*, 2009). Pasien lebih sulit untuk mengakui bahwa

mereka adalah penderita skizofrenia. Mereka akan memerlukan bantuan untuk menyelesaikan tugasnya sehari-hari terutama dalam hal perawatan diri sehingga membuatnya terlihat malas atau tidak mau membantu diri sendiri. Pasien skizofrenia dengan gejala defisit kognisi berhubungan dengan masalah – masalah proses informasi yang mencakup aspek ingatan, perhatian, komunikasi dan kesulitan dalam pengambilan keputusan.

Adanya hambatan saat melaksanakan aktivitas keseharian, adanya gagasan – gagasan waham atau halusinasi pada pasien skizofrenia episode psikotik, sehingga penderita tidak memiliki minat dan ketertarikan dalam memenuhi kebutuhannya perawatan diri (Videbeck, 2008; Stuart & Sundeen, 1995).

2.3.2 Etiologi

Skizofrenia seolah olah penyakit tunggal namun kategori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan penyebab yang heterogen, tapi dengan gejala yang sedikit banyak serupa. Dikutip dari Sadock (2016) mengemukakan beberapa etiologi skizofrenia sebagai berikut:

a. Model *Diatesis-Stres*

Menurut teori model diathesis stress skizofrenia dapat timbul karena adanya integrasi antara faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan. Seseorang yang rentan jika dikenai stressor akan lebih mudah untuk menjadi skizofrenia.

b. Teori *neurobiology*

Penelitian membuktikan adanya peran patofisiologis area otak tertentu termasuk system limbic, kortek frontal, serebelum, dan ganglia basalis. Rumusan sederhana

menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas *dopaminergik* yang berlebihan. Beberapa *neurotransmitter* dan hormon mempengaruhi kejadian skizofrenia diantaranya, *serotonin*, *norefinefrin*, GABA, *Glutamat*, *Neuropeptida*.

c. Faktor Biologi

Termasuk dalam faktor biologi yaitu genetik, neurobiologi, *neurotransmitter*, perkembangan otak dan teori virus. Faktor genetik yaitu adanya defek pada gen tertentu dapat menyebabkan Skizofrenia seperti mutasi DNA atau kromosom. Mutasi DNA terjadi ketika pengulangan gen lebih dari satu kali seperti yang terjadi pada kembar *monozygot* atau indentik (Stuart & Laraia, 2005). Genetik merupakan salah satu komponen dalam pewarisan skizofrenia, seseorang memiliki kecenderungan untuk menderita skizofrenia jika terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan tersebut. Kembar monozygot memiliki kejadian paling tinggi. Kromosom 5, 11 dan 18, lengan pendek kromosom 19, serta kromosom X paling sering disebut berkaitan dengan kejadian skizofrenia.

Menurut Julianto, (2008) Yyang dimaksud dengan faktor biologis adalah faktor faali sebagai penyebab penyakit. Faktor faali bisa berupa kerusakan jaringan otak atau struktur otak yang abnormal. Kerusakan ini biasanya di bawa sejak lahir.

d. Faktor psikososial

Menurut Stuart & Laraia (2005) kegagalan memenuhi tugas perkembangan psikologi dan ketidakharmonisan keluarga meningkatkan risiko. Sejumlah teori lain menyatakan bahwa stress dianggap memiliki efek utama terhadap waktu munculnya awitan dan keparahan penyakit. Skizofrenia merupakan kondisi

psikologis dominan misalnya orang tua dengan kecemasan, *overprotektif*, konflik pernikahan dan keluarga. Ketidakmatangan atau fiksasi, merupakan kegagalan pada suatu fase sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada perkembangan individu. Sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada tahap berikutnya. Untuk perkembangan psikologik dan pengalaman belajar sangat perlu bagi perkembangan intelektual, emosional dan sosial yang normal

Dikutip dari Yosep (2008) pola interaksi orang tua dengan anak yang tidak tepat (tidak harmonis) dalam keluarga sering menyebabkan terjadinya gangguan jiwa seperti gangguan kepribadian dan gangguan penyesuaian diri dalam pergaulannya.

2.3.3 Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Julianto (2008) dalam Purwanti (2017) kriteria diagnostik skizofrenia sesuai DSM-IV yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* antara lain waham (*delusi*), halusinasi, bicara *terdisorganisasi* (sering menyimpang), perilaku yang terdisorganisasi, gejala negatif (pendataran *afektif*, tidak ada kemauan) dan terjadinya disfungsi sosial atau pekerjaan.

Tanda awal skizofrenia antara lain:

- 1) Mudah curiga
- 2) Depresi
- 3) Cemas
- 4) Tegang
- 5) Mudah marah
- 6) Mudah tersinggung

- 7) Perasaan mudah berubah
- 8) Gangguan makan
- 9) Gangguan tidur

Gambaran penyerta skizofrenia antara lain:

- 1) Kehilangan akal
- 2) Tidak mempedulikan kerapian dirinya
- 3) Berpakaian atau berdandan *eksentrik*
- 4) Kadang suka menunjukkan alat kelamin
- 5) Mondar-mandir
- 6) Berdiam diri (apatis)

Beberapa diskripsi skizofrenia dapat dilihat pada gangguan alam pikir, perasaan dan perilaku yang jelas atau samar. Jika seseorang mengalami gangguan skizofrenia, dapat diawalnya pasien memiliki kepribadian tertentu, misalnya kepribadian premorbid dengan karakter mudah curiga, sukar bergaul, lebih senang menarik diri, pendiam, aneh (ekstrinsik) dan menyendiri. Pada masa remaja atau usia sebelum 45 tahun masalah skizofrenia dapat muncul pada seseorang dan telah berlangsung kurang lebih selama 6 bulan. Fase prodromal muncul sebaga fase awal ditandai dengan perilaku tidak wajar, pikiran irrasional, tingkah laku aneh, menarik diri, perasaan tidak wajar.

2.2.4 Gejala positif dan negatif

- 1) Gejala positif meliputi waham (delusi), halusinasi (Sadock, 2016), gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-madir, agresif, bicara dengan semangat dan

gembira berlebihan, merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat, pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya, menyimpan rasa permusuhan, pikiran kacau (Julianto (2008) dalam Purwanti (2017)). Gejala positif skizofrenia dapat sangat mengganggu lingkungan (keluarga) dan salah satu penyebab keluarga mendatangi pelayanan kesehatan.

- 2) Gejala negatif skizofrenia antara lain afek mendatar atau tumpul, miskin bicara (alogia) atau isi bicara, bloking, kurang merawat diri, kurang motivasi, anhedonia dan penarikan diri secara sosial (Sadock, 2016).

Tabel 2.3 Kriteria diagnostik DSM-IV-TR Subtipe skizofrenia

- 1) Tipe *paranoid*
Tipe dengan kriteria berikut:
 - a. Preokupasi terhadap satu atau lebih waham atau halusinasi auditorik yang sering
 - b. Tidak ada hal berikut ini yang dominan: bicara kacau, perilaku kacau atau katatonik, afek datar atau tidak sesuai.
 - 2) Tipe *hebefrenik*
 - A. Tipe skizofrenia dengan kriteria:
 - a. bicara kacau,
 - b. perilaku kacau,
 - c. afek datar atau tidak sesuai
 - B. Tidak memenuhi kriteria tipe katatonik
 - 3) Tipe *katatonik*
Tipe skizofrenia yang gambaran klinisnya didominasi setidaknya dua hal berikut,
 - (1) Imobilitas motorik sebagaimana dibuktikan dengan katelepsi (termasuk fleksibilitas sereal) atau stupor
 - (2) Aktivitas motorik yang berlebihan (yaitu yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi stimulus eksternal)
 - (3) Negativisme ekstrim (resistensi yang tampaknya bermotif terhadap semua instruksi atau dipertahkannya suatu postur rigid dari usaha menggerakkan) atau mutisme.
 - (4) Keanekaragaman gerakan volunteer sebagaimana diperlihatkan oleh pembentukan postur (secara volunteer menempatkan diri dalam postur yang tidak sesuai atau bizar), stereotipi, mannerisme dominan, atau menyeringai secara dominan
 - (5) Ekolalia atau ekopraksia
 - 4) Tipe *tak terdiferensiasi*
Tipe yang memenuhi kriteria A, namun tidak memenuhi kriteria tipe *paranoid*,
-

hebefrenik atau *katatonik*.

5) Tipe *residual*

Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria berikut:

- (1) Tidak ada waham, halusinasi, bicara kacau yang dominan, serta perilaku sangat kacau atau katatonik.
 - (2) Terdapat bukti kontinu adanya gangguan, sebagaimana diindikasikan oleh adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang tercantum pada Kriteria A untuk skizofrenia, yang tampak dalam bentuk yang lebih lemah (contoh; keyakinan aneh, pengalaman perseptual tak lazim)
-

2.2.5 Prognosis

Beberapa studi menyatakan selama periode 5 – 10 tahun setelah rawat inap psikiatrik yang pertama untuk skizofrenia, hanya sekitar 10 – 20 persen pasien yang dapat dinyatakan memiliki hasil yang baik. Lebih dari 50% pasien dideskripsikan memiliki hasil yang buruk, dengan rawat inap yang diulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan *mood mayor* dan percobaan bunuh diri. Skizofrenia tidak selalu memiliki prognosis yang buruk, walaupun memiliki riwayat yang buruk.

Tabel 2.4 Ciri untuk mempertimbangkan prognosis Baik dan Buruk pada skizofrenia

Prognosis Baik	Prognosis Buruk
Awitan lambat	Awitan muda
Ada faktor presipitasi yang jelas	Tidak ada presipitasi yang jelas
Awitan akut	Awitan insidius
Riwayat seksual, sosial dan pekerjaan pramorbid baik	Riwayat seksual, sosial dan pekerjaan pramorbid buruk
Gejala gangguan mood (terutama depresi) menikah	Perilaku autistik, menarik diri
Riwayat keluarga dengan gangguan mood	Lajang, cerai, janda/duda
System pendukung baik	Riwayat keluarga dengan skizofrenia
Gejala positif	System pendukung buruk
	Gejala negatif
	Tanda dan gejala neurologis
	Riwayat trauma perinatal
	Tanpa remisi dalam 3 tahun
	Berulang relaps
	Riwayat melakukan tindakan penyerangan

2.2.6 Diagnosis

Dikutip dari Sadock 2016, kriteria diagnosis seseuai dengan tabel 2.2. Adanya halusinasi dan waham tidak mutlak untuk diagnosis skizofrenia; gangguan pada pasien didiagnosis sebagai skizofrenia apabila pasien menunjukkan dua gejala yang terdaftar sebagai gejala 3 sampai 5 pada kriteria A. Kriteria B membutuhkan adanya hendaya fungsi, meski tidak memburuk, yang tampak selama 6 bulan dan didiagnosis gangguan *skizoafektif* atau gangguan *mood* harus disingkirkan. Setidaknya hal berikut harus ada: (1) gema pikiran, penarikan pikiran, atau siar pikiran; atau (2) waham kendali, pengaruh atau pasivitas; (3) suara halusinasi yang terus – menerus yang mengomentari perilaku pasien atau saling mendiskusikan pasien, atau suara halusinasi lain yang berasal dari bagian tubuh tertentu; dan (4) waham persisten jenis lain yang secara budaya tidak sesuai dan sangat tidak masuk akal (mis. Merasa mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk dari sunia lain).

Diagnosis juga dapat ditegakkan bila setidaknya dua hal berikut ada: (1) halusinasi persisten dalam modalitas apapun, bila terjadi setiap hari selama sekurangnya 1 bulan, atau bila disertai waham (yang mungkin mengambang atau baru separuh terbentuk); (2) *neologisme*, jeda atau interpolasi dalam arus piker yang mengakibatkan inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan; (3) perilaku katatonik; seperti eksitasi, postur atau fleksibilitas serea, negativisme, mutisme, dan stupor; serta (4) gejala negatif, seperti apatis yang nyata, miskin isi pembicaraan, dan

respon emosional tumpul serta ganjil (harus ditegaskan bahwa hal ini disebabkan depresi atau pengobatan antipsikotik).

Tabel 2.5 Kriteria Diagnostik DSM IV-TR Skizofrenia

<p>A. Gejala karakteristik: dua (atau lebih) poin berikut, masing – masing terjadi dalam porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang bila telah berhasil diobati):</p> <p>(1) Waham</p> <p>(2) Halusinasi</p> <p>(3) Bicara kacau (mis. Melantur atau <i>inkoherensi</i>)</p> <p>(4) Perilaku yang sangat kacau atau <i>katatonik</i></p> <p>(5) Gejala negatif, yaitu afek datar, <i>alogia</i> atau kehilangan minat</p> <p><i>Catatan:</i> hanya dibutuhkan 1 gejala Kriteria A bila wahamnya <i>bizar</i> atau halusinasinya terdiri atas suara yang terus – menerus memberi komentar terhadap perilaku atau pikiran pasien, atau dua/lebih suara yang saling bercakap – cakap.</p> <p>B. Disfungsi sosial/okupasional. Selama satu porsi waktu yang signifikan sejak awitan gangguan, terdapat satu/lebih area fungsi utama seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri, yang berada jauh dibawah tingkatan yang telah dicapaisebelum awitan (atau apabila awitan terjadi sejak masa kanak – kanak atau remaja, kegagalan mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik, atau akopasional yang diharapkan).</p> <p>C. Durasi. Tanda kontinu gangguan berlangsung selama setidaknya 6 bulan. Periode 6 bulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang bila telah berhasil diobati) yang memenuhi kriteria A (gejala fase aktif) dan dapat mencakup periode gejala prodromal atau residual. Selama periode gejala prodromal atau residual ini, tanda gangguan dapat bermanifestasi sebagai gejala negatif saja atau dua atau lebih gejala terdaftar dalam kriteria A yang muncul dalam bentuk yang lebih lemah (mis. Keyakinan aneh, pengalaman perseptual yang tidak lazim)</p> <p>D. Eksklusi gangguan <i>mood</i> dan <i>skizoafektif</i>. Gangguan <i>skizoafektif</i> dan gangguan <i>mood</i> dengan ciri psikotik telah disingkirkan baik karena; (1) tidak ada episode <i>depresif</i>, <i>manik</i>, (2) jika episode mood terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya relative singkat dibanding durasi periode aktif atau residual</p> <p>E. Eksklusi kondisi medis umum. Gangguan tersebut tidak disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat (penyalahgunaan zat) atau kondisi medis umum.</p> <p>F. Hubungan dengan gangguan perkembangan/pervasive. Jika terdapat riwayat gangguan <i>autistik</i> atau gangguan perkembangan <i>pervasive</i> lainnya.</p>

2.2.7 Diagnosa banding

1) Gangguan psikotik sekunder.

Serangkaian besar kondisi medis nonpsikiatrik serta berbagai zat dapat menginduksi gejala psikosis dan katatonia. Diagnosis yang paling tepat untuk

psikosis dan katatonia semacam itu adalah gangguan psikotik akibat kondisi medis umum, gangguan katatonik akibat kondisi medis umum atau gangguan psikotik terinduksi zat.

2) Berpura – pura (*malingering*) dan gangguan buatan

3) Gangguan psikotik lain

Gangguan *psikotik* pada skizofrenia dapat identik dengan gangguan *skizofreniform*, gangguan psikotik singkat, gangguan *skizoafektif* dan gangguan waham. Gangguan *skizofreniform* berdurasi 1 bulan (kurang dari 6 bulan) muncul gangguan. Gangguan psikotik singkat berlangsung 1 hari atau kurang 1 bulan. Gangguan *skizoafektif* yaitu jika suatu sindrom *manik* atau *depresif* terjadi secara bersamaan dengan gejala utama skizofrenia. Waham nonbizar yang muncul selama 1 bulan tanpa gejala skizofrenia patur didiagnosis gangguan waham.

4) Gangguan *mood*

5) Gangguan kepribadian. Gangguan ini lebih ringan dan riwayat terjadi seumur hidup. Gangguan ini tidak memiliki tanggal awitan yang jelas.

2.4 Family Centered Nursing (Friedman, 2003)

Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family centered nursing*) didasarkan pada perspektif bahwa keluarga adalah unit dasar untuk perawatan individu dari anggota keluarga dan dari unit yang lebih luas. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, rasial, etnik, dan sosio ekonomi. Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, politik dan budaya ketika melakukan pengkajian dan

perencanaan, implementasi dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999).

Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan *family centered nursing* salah satunya menggunakan Friedman Model. Pengkajian dengan model ini melihat keluarga sebagai subsistem dari masyarakat (Allender & Spradley, 2005). Proses keperawatan keluarga meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Keluarga merupakan *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan dimasyarakat, untuk menentukan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan. Potensi dan keterlibatan keluarga menjadi makin besar, ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan terus menerus karena masalah kesehatannya bersifat kronik, seperti misalnya pada penderita pascastroke. Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*), didasarkan pada perspektif bahwa keluarga unit dasar untuk keperawatan individu dari anggota keluarga. Keluarga adalah unit dasar dari sebuah komunitas dan masyarakat, mempresentasikan perbedaan budaya, relasi, lingkungan, dan sosioekonomi. Aplikasi dari teori ini termasuk mempertimbangkan faktor sosial, ekonomi, lingkungan, tipe keluarga dan budaya ketika melakukan pengkajian dan perencanaan, implementasi dan evaluasi perawatan pada anak dan keluarga (Hitchcock, Schubert & Thomas 1999; Friedman dkk, 2003). Penerapan asuhan keperawatan keluarga dengan pendekatan *family centered nursing*, salah satunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yang didasarkan pada Friedman model. Pengkajian dengan model ini,

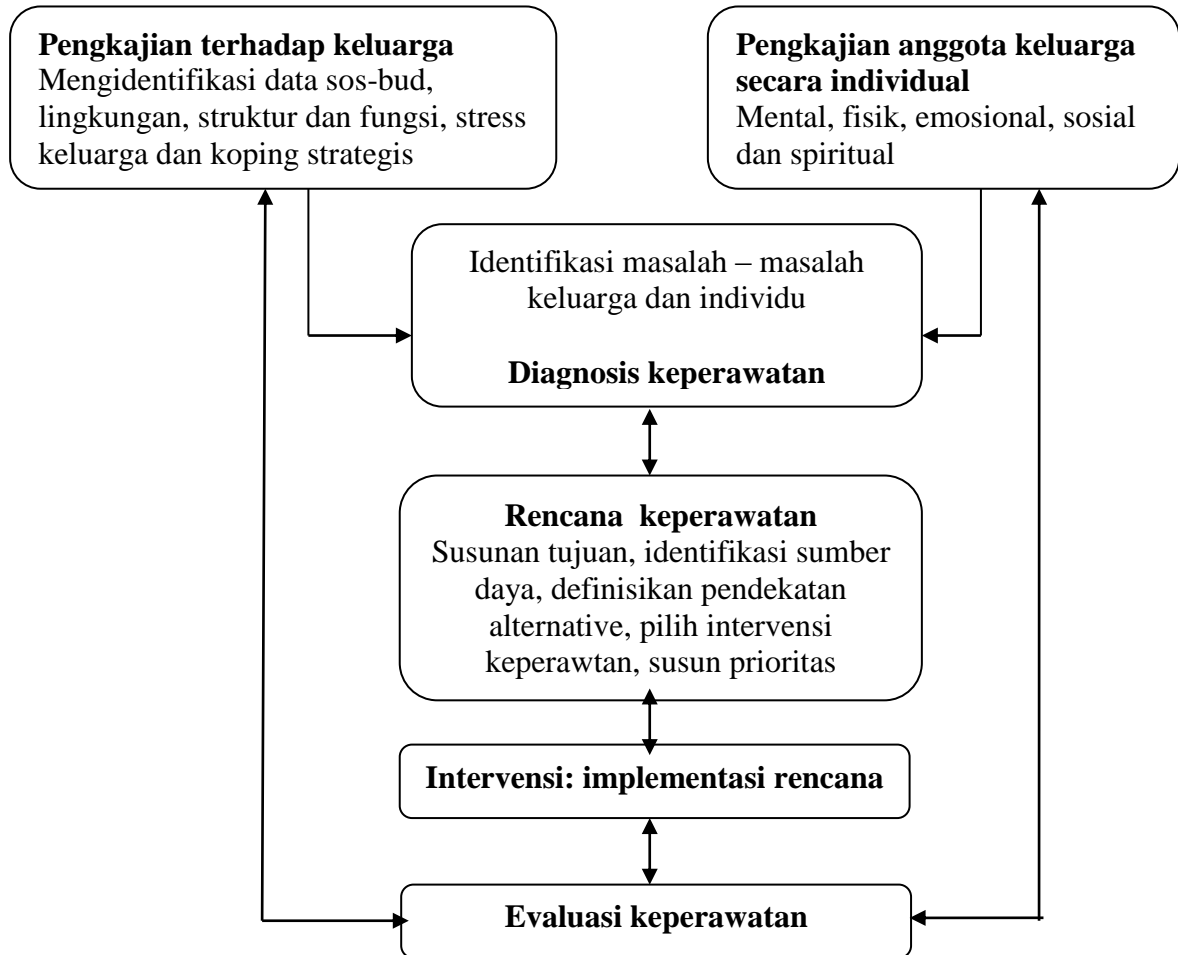
melihat keluarga dengan subsistem dari masyarakat (Friedman dkk, 2003; Allender dan Spradley 2005). Proses keperawatan keluarga dengan fokus pada keluarga sebagai klien (*family centered nursing*), meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

- (1) Asuhan keperawatan keluarga, difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga, melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga yang terdiri atas efeksi, sosialisasi, reproduksi, ekonomi dan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga, untuk dapat merawat anggota keluarganya yang sakit dan bagi anggota keluarga yang lain agar tidak tertular penyakit, serta adanya interdependensi antar anggota keluarga sebagai suatu sistem, dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya (Friedman dkk, 2003)
- (2) Tujuan dari asuhan keperawatan keluarga memandirikan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan para anggotanya, untuk itu keluarga harus melakukan 5 tugas kesehatan keluarga, diantaranya yaitu: mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga, mampu merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan, mampu mempertahankan suasana di rumah yang sehat atau memodifikasi lingkungan untuk menjamin kesehatan anggota keluarga; mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga (Bailon dan Maglaya dalam Freedman, 1981).

Keluarga merupakan suatu sistem, di mana jika salah satu anggota keluarga bermasalah, akan mempengaruhi sistem anggota keluarga yang lain, begitupun

sebaliknya (Stanhope & Lancaster, 2004). Masalah individu dalam keluarga diselesaikan melalui intervensi keluarga diselesaikan melalui keterlibatan aktif anggota keluarga lain. Dengan demikian, melalui intervensi keluarga, yakni keluarga yang sehat, maka akan membuat komunitas atau masyarakat menjadi sehat, karena keluarga merupakan subsistem dari komunitas (Friedman dkk, 2003; Stanhope & Lancaster, 2004).

- (3) Ada beberapa alasan mengapa keluarga menjadi salah satu sentral dalam perawatan yaitu: (1) keluarga sebagai sumber dalam perawatan kesehatan; (2) masalah kesehatan individu akan berpengaruh pada anggota keluarga yang lainnya; (3) keluarga merupakan tempat berlangsungnya komunikasi individu sepanjang hayat, sekaligus menjadi harapan bagi setiap anggotanya; (4) penemuan kasus-kasus suatu penyakit sering diawali dari keluarga; (5) anggota keluarga lebih mudah menerima suatu informasi, jika informasi tersebut didukung oleh anggota keluarga lainnya, dan (6) keluarga merupakan support system bagi individu (Friedman dkk, 2003). Pendekatan yang dilakukan dalam asuhan keperawatan keluarga adalah proses keperawatan, yang terdiri atas pengkajian individu dan keluarga, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan rencana asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi dari tindakan yang telah dilaksanakan (Friedman dkk, 2003)



Gambar 2.1 Model *Family Centered Nursing* (Friedman dkk, 2003)

Dikutip dari Nursalam (2015), dari model diatas dapat dijelaskan

1. Pengkajian

Adalah suatu tahapan di mana seorang perawat mendapatkan informasi secara terus-menerus, terhadap anggota keluarga yang dibinanya.

2. Diagnosis keperawatan

Data yang telah dikumpulkan pada tahap pengkajian, selanjutnya dianalisis, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatannya. Rumusan diagnosis keperawatan keluarga ada tiga jenis, yaitu diagnosis aktual, risiko dan potensial. Etiologi dalam

diagnosis keperawatan keluarga didasarkan pada pelaksanaan lima tugas kesehatan (Friedman dkk, 2003).

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri atas, penetapan tujuan yang mencakup tujuan umum dan tujuan khusus, dilengkapi dengan kriteria dan standar serta rencana tindakan. Penetapan tujuan dan rencana tindakan dilakukan bersama dengan keluarga, karena diyakini bahwa keluarga bertanggung jawab dalam mengatur kehidupannya, dan perawat membantu menyediakan informasi yang relevan untuk memudahkan keluarga mengambil keputusan (Carey, dikutip dalam Friedman dkk, 2003).

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dinyatakan untuk, mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga dan ditujukan pada, lima tugas kesehatan keluarga dalam rangka menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah kesehatannya. Disamping itu menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, memberi kemampuan dan kepercayaan diri pada keluarga, dalam merawat anggota keluarga yang sakit, serta membantu keluarga menemukan bagaimana cara membuat lingkungan menjadi sehat, dan memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia (Bailon & Maglaya, dikutip dalam Freman 1981; Friedman dkk, 2003).

5. Evaluasi

Evaluasi pada asuhan keperawatan keluarga dilakukan untuk menilai tingkat kognitif, afektif dan psikomotor keluarga (Friedman dkk, 2003). Evaluasi perlu pada setiap

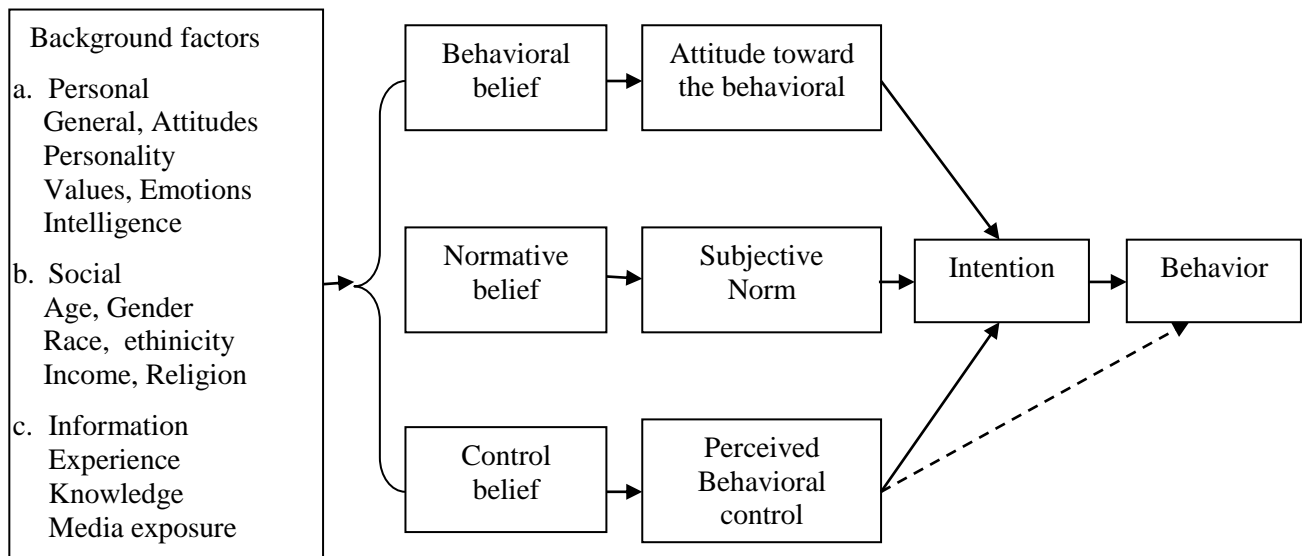
tindakan, untuk mengetahui apakah suatu tindakan keperawatan tidak diperlukan lagi, menambah ketepatan-gunaan dari tindakan yang dilakukan dan perlunya tindakan keperawatan lain untuk menyelesaikan masalah. Proses evaluasi yang digunakan peneliti untuk menilai tingkat kemandirian keluarga, berdasarkan kriteria keluarga mandiri dari Depkes RI (2006).

2.5 Teori Perilaku Terencana (*Theory Of Planned Behavior*)

Teori perilaku yang direncanakan atau disebut dengan *Theory of Planned Behavior* kemudian disingkat dengan TPB adalah merupakan pengembangan lebih lanjut dari *Theory of Reasoned Action* (TRA). pada teori TRA, factor inti dari TPB adalah niat individu dalam melakukan perilaku tertentu. Niat yang dipersepsikan sebagai penangkap motivasi yang dapat berpengaruh pada perilaku. Secara umum, semakin kuat niat untuk terlibat dalam perilaku maka semakin besar kemungkinan perilaku tersebut dilakukan (Ajzen, 1991) dalam (Nursalam, 2015).

Ajzen (1991) dalam Nursalam (2015) menambahkan satu bentuk konstruk yang tidak terdapat pada TRA yaitu *perceived behavioral control* (PBC) sebagai satu faktor bagi intensi yang berkaitan dengan kontrol individu. Penambahan satu aktor ini dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam rangka melakukan perilaku tertentu. Sehingga dapat dikatakan bahwa perilaku yang dilaksanakan atau tidak dilaksanakan, bukan hanya tergantung oleh sikap dan *norma subjektif* saja, tetapi termasuk persepsi individu terhadap control yang dapat dilakukannya yang bersumber pada keyakinannya terhadap control tersebut (*control belief*). Sedangkan munculnya niat berperilaku ditentukan oleh 3 faktor penentu yaitu:

- (1) *behavioral beliefs*, yaitu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*beliefs strength*) dan evaluasi atas hasil tersebut (*outcome evaluation*),
- (2) *normative beliefs*, yaitu keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*motivation to comply*), dan
- (3) *control beliefs*, yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*perceived power*). Hambatan yang mungkin timbul pada saat perilaku ditampilkan dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun dari lingkungan.



Gambar 2.2 Bagan Teori *Planned Behavior* (Ajzen, 2005)

Bagan diatas dapat dijelaskan, *behavioral beliefs* menghasilkan sikap terhadap perilaku positif atau negatif, *normative beliefs* menghasilkan tekanan sosial yang dipersepsikan (*perceived social pressure*) atau norma subjektif (*subjective norm*) dan *control beliefs* menimbulkan *perceived behavioral control* atau kontrol perilaku yang dipersepsikan (Ajzen, 2002).

Bagan di atas dapat menjelaskan empat hal yang berkaitan dengan perilaku manusia, yaitu:

- 1) Hubungan yang langsung antara tingkah laku dan intensi. Hal ini dapat berarti bahwa intensi merupakan faktor terdekat yang dapat memprediksi munculnya tingkah laku yang akan ditampilkan individu.
- 2) Intensi dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu sikap individu terhadap tingkah laku yang dimaksud (*attitude toward behavior*), norma subjektif (*subjective norm*), dan persepsi terhadap kontrol yang dimiliki (*perceived behavioral control*).
- 3) Masing-masing faktor yang memengaruhi intensi di atas (sikap, norma subjektif dan PBC) dipengaruhi oleh anteseden lainnya, yaitu *beliefs*. Sikap dipengaruhi oleh *behavioral beliefs*, norma subjektif dipengaruhi oleh *normative beliefs* dan PBC dipengaruhi oleh *beliefs* tentang kontrol yang dimiliki yang disebut *control beliefs*. Baik sikap, norma subjektif dan PBC merupakan fungsi perkalian dari masing-masing *beliefs* dengan faktor lainnya yang mendukung.
- 4) PBC merupakan ciri khas teori ini dibandingkan dengan TRA. Pada bagan di atas dapat dilihat bahwa ada 2 cara yang menghubungkan tingkah laku dengan PBC. Cara pertama diwakili oleh garis penuh yang menghubungkan PBC dengan

tingkah laku secara tidak langsung melalui perantara intensi. Cara kedua adalah hubungan secara langsung antara PBC dengan tingkah laku yang digambarkan dengan garis putus-putus, tanpa melalui intensi (Ajzen, 2005)

A. Intensi

Ajzen (1988, 1991) mengungkapkan bahwa intensi merupakan indikasi seberapa kuat keyakinan seseorang akan mencoba suatu perilaku, dan seberapa besar usaha yang akan digunakan untuk melakukan sebuah perilaku. Hartono (2007) mendefinisikan intense (niat) sebagai keinginan untuk melakukan perilaku. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa, seseorang berperilaku karena faktor keinginan, kesengajaan atau karena memang sudah direncanakan. Niat berperilaku (*behavioral intention*) masih merupakan suatu keinginan atau rencana. Dalam hal ini, niat belum merupakan perilaku, sedangkan perilaku (*behavior*) adalah tindakan nyata yang dilakukan. Intensi merupakan faktor motivasional yang memiliki pengaruh pada perilaku, sehingga orang dapat mengharapkan orang lain berbuat sesuatu berdasarkan intensinya (Ajzen, 1991). Pada umumnya, intensi memiliki korelasi yang tinggi dengan perilaku, oleh karena itu dapat digunakan untuk meramalkan perilaku. Menurut Fishbein dan Ajzen (1975), intensi diukur dengan sebuah prosedur yang menempatkan subjek di dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan suatu hubungan antara dirinya dengan tindakan. Menurut *Theory of Planned Behavior*, intensi memiliki 3 determinan, yaitu: sikap, norma subjektif, dan kendala-perilaku-yang-dipersepsikan (Ajzen, 1988).

Pengukuran *intense* dapat dikategorikan dalam pengukuran *belief*, dimana pengukuran ini terdiri atas 2 hal yaitu pengukuran isi (*content*) dan kekuatan (*strength*). Isi dari *intense* diwakili oleh jenis tingkah laku yang akan diukur, sedangkan kekuatan responnya dilihat dari rating jawaban. Ada beberapa faktor yang memengaruhi kemampuan intensi dalam memprediksi tingkah laku yaitu:

a) Kesesuaian antara intensi dan tingkah laku.

Pengukuran intensi harus disesuaikan dengan perilakunya dalam hal konteks dan waktunya.

b) Stabilitas intensi

Faktor kedua adalah ketidakstabilan intensi seseorang. Hal ini bisa terjadi jika terdapat jarak/jangka waktu yang cukup panjang antara pengukuran intensi dan dengan pengamatan tingkah laku. Semakin panjang interval waktunya, maka semakin besar kemungkinan intensi akan berubah.

c) *Literal inconsistency*

Pengukuran intensi dan tingkah laku sudah sesuai (*compatible*) dan jarak waktu antara pengukuran intense dan tingkah laku singkat, namun kemungkinan terjadi ketidaksesuaian antara intense dengan tingkah laku yang ditampilkannya masih ada.

Penjelasan *literal inconsistency* ini adalah individu terkadang tidak konsisten dalam mengaplikasikan tingkah lakunya sesuai dengan intense yang sudah dinyatakan sebelumnya. Hal ini bisa disebabkan diantaranya individu tersebut merasa lupa akan apa yang pernah mereka ucapkan. Maka untuk mengantisipasi hal ini dapat dilakukan strategi *implementation intention*, yaitu dengan meminta individu untuk merinci

bagaimana intensi tersebut akan diimplementasikan dalam tingkah laku. Rincian mencakup kapan, di mana dan bagaimana tingkah laku akan dilakukan.

d) Base rate

Base rate adalah tingkat kemungkinan sebuah tingkah laku akan dilakukan oleh orang. Tingkah laku dengan *base rate* yang tinggi adalah tingkah laku yang dilakukan oleh hampir semua orang, misalnya mandi, makan. Sedangkan tingkah laku dengan *base rate* rendah adalah tingkah laku yang hampir tidak dilakukan oleh kebanyakan orang, misalnya bunuh diri.

B. Sikap

Menurut Ajzen (2005) sikap merupakan besarnya perasaan positif atau negatif terhadap suatu objek (*favorable*) atau negatif (*unfavorable*) terhadap suatu objek, orang, institusi, atau kegiatan. Eagly dan Chaiken (1993) dalam Aiken (2002) mendefinisikan sikap sebagai kecenderungan psikologis yang diekspresikan dengan mengevaluasi suatu entitas dalam derajat suka dan tidak suka. Sikap dipandang sebagai sesuatu yang afektif atau evaluatif. Konsep sentral yang menentukan sikap adalah *belief*. Menurut Fishbein dan Ajzen (1975), *belief* merepresentasikan pengetahuan yang dimiliki seseorang terhadap suatu objek, dimana *belief* menghubungkan suatu objek dengan beberapa atribut. Kekuatan hubungan ini diukur dengan prosedur yang menempatkan seseorang dalam dimensi probabilitas subjektif yang melibatkan objek dengan atribut terkait. Menurut Fishbein dan Ajzen (1975), sikap seseorang terhadap suatu objek sikap dapat diestimasi dengan menjumlahkan hasil kali antara evaluasi terhadap atribut yang diasosiasikan pada

objek sikap (*belief evaluation*) dengan probabilitas subjektifnya bahwa suatu objek memiliki atau tidak memiliki atribut tersebut (*behavioral belief*). Atau dengan kata lain, dalam *theory of planned behavior* sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh belief seseorang terhadap konsekuensi (*outcome*) yang akan dihasilkan jika tingkah laku tersebut dilakukan (*outcome evaluation*) dan kekuatan terhadap *belief* tersebut (*belief strength*). *Belief* adalah pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek – aspek yang dapat dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungannya (Ajzen, 2005). Dikaitkan dengan sikap, *belief* mempunyai tingkatan atau kekuatan yang berbeda – beda, yang disebut dengan *belief strength*. Kekuatan ini berbeda – bedapada setiap orang dan kuat lemahnya *belief* ditentukan berdasarkan persepsi seseorang terhadap tingkat keseringan suatu objek memiliki atribut tertentu (Fishbein & Ajzen, 1975). Sebagai salah satu komponen dalam rumusan intensi, sikap terdiri atas belief dan evaluasi *belief* (Fishbein & Ajzen, 1975 dalam Ismail & Zain, 2008), seperti rumus berikut ini:

$$AB = \sum b_i e_i$$

Keterangan:

AB = Sikap terhadap perilaku tertentu

b = Belief terhadap perilaku tersebut yang mengarah pada konsekuensi i

e = Evaluasi seseorang terhadap outcome i (*outcome evaluation*)

Berdasarkan rumus di atas, sikap terhadap perilaku tertentu (AB) didapatkan dari penjumlahan hasil kali antara kekuatan *belief* terhadap outcome yang dihasilkan (bi)

dengan evaluasi terhadap *outcome* (ei). Dengan kata lain, seseorang yang percaya bahwa sebuah tingkah laku dapat menghasilkan sebuah *outcome* yang positif, maka ia akan memiliki sikap yang positif. Begitu juga sebaliknya, jika seseorang memiliki keyakinan bahwa dengan melakukan suatu tingkah laku akan menghasilkan *outcome* yang negatif, maka seseorang tersebut juga akan memiliki sikap yang negatif terhadap perilaku tersebut. Pengukuran sikap tidak bisa didapatkan melalui pengamatan langsung, melainkan harus melalui pengukuran respons. Pengukuran sikap ini didapatkan dari interaksi antara *belief content - outcome evaluation* dan *belief strength*. *Belief* seseorang mengenai suatu objek atau tindakan dapat dimunculkan dalam format respons bebas dengan cara meminta subjek untuk menuliskan karakteristik, kualitas dan atribut dari objek atau konsekuensi tingkah laku tertentu. Fishbein & Ajzen menyebutnya dengan proses elisitasi. Elisitasi digunakan untuk menentukan *belief* utama (*salient belief*) yang akan digunakan dalam penyusunan alat ukur atau instrument.

C. Norma Subjektif

Norma subjektif merupakan kepercayaan seseorang mengenai persetujuan orang lain terhadap suatu tindakan (Ajzen, 1988), atau persepsi individu tentang apakah orang lain akan mendukung atau tidak terwujudnya tindakan tersebut. Norma subjektif adalah pihak-pihak yang dianggap berperan dalam perilaku seseorang dan memiliki harapan pada orang tersebut, dan sejauhmana keinginan untuk memenuhi harapan tersebut. Jadi, dengan kata lain bahwa norma subjektif adalah produk dari persepsi individu tentang *belief* yang dimiliki orang lain. Orang lain tersebut disebut

referent, dan dapat merupakan orangtua, sahabat, atau orang yang dianggap ahli atau penting. Terdapat dua faktor yang memengaruhi norma subjektif: *normative belief*, yaitu keyakinan individu bahwa *referent* berpikir ia harus atau harus tidak melakukan suatu perilaku dan *motivation to comply*, yaitu motivasi individu untuk memenuhi norma dari *referent* tersebut. Rumusan norma subjektif pada intensi perilaku tertentu, dirumuskan sebagai berikut (Fishbein & Ajzen, 1975):

$$SN = \sum b_i m_i$$

Keterangan:

SN = Norma Subjektif

b_i = *Normative belief*

m_i = Motivasi untuk mengikuti anjuran (*motivation to comply*)

Berdasarkan rumusan tersebut, dapat dikatakan bahwa *norma subjektif* adalah persepsi seseorang terhadap orang-orang yang dianggap penting bagi dirinya untuk berperilaku atau tidak berperilaku tertentu, dan sejauhmana seseorang ingin mematuhi anjuran orang-orang tersebut. *Norma subjektif* secara umum dapat ditentukan oleh harapan spesifik yang dipersepsikan seseorang, yang merupakan referensi (anjuran) dari orang-orang yang di sekitarnya dan oleh motivasi untuk mengikuti referensi atau anjuran tersebut. Berdasarkan rumus di atas, *norma subjektif* (SN) didapatkan dari hasil penjumlahan hasil kali *normative belief* tentang tingkah laku i (b_i) dan dengan *motivation to comply*/ motivasi untuk mengikutinya (m_i). Dengan kata lain bahwa, seseorang yang memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok yang cukup berpengaruh terhadapnya (*referent*) akan mendukung ia untuk melakukan tingkah laku tersebut, maka hal ini akan menjadi tekanan sosial

untuk seseorang tersebut melakukannya. Sebaliknya, jika seseorang percaya bahwa orang lain yang berpengaruh padanya tidak mendukung tingkah laku tersebut, maka hal ini menyebabkan ia memiliki norma subjektif untuk tidak melakukannya. Pengukuran norma subjektif sesuai dengan antesedennya, yaitu berdasarkan 2 skala: *normative belief* dan *motivation to comply*. Maka pengukurannya juga diperoleh dari penjumlahan hasil perkalian keduanya. Norma subjektif sama halnya dengan sikap, belief tentang pihak-pihak yang mendukung atau tidak mendukung didapatkan dari hasil elisitasi untuk menentukan belief utamanya.

D. *Perceived Behavioral Control (PBC)*

Dikutip dari (Nursalam, 2015) kendali perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavior control*) merupakan persepsi terhadap mudah atau sulitnya sebuah perilaku dapat dilaksanakan. Variabel ini diasumsikan merefleksikan pengalaman masa lalu, dan mengantisipasi halangan yang mungkin terjadi (Ajzen, 1988). Atau *perceived behavioral control* adalah persepsi seseorang tentang kemudahan atau kesulitan untuk berperilaku tertentu. Terdapat dua asumsi mengenai kendali perilaku yang dipersepsikan. Pertama, kendali perilaku yang dipersepsikan diasumsikan memiliki pengaruh motivasional terhadap intensi. Individu yang meyakini bahwa ia tidak memiliki kesempatan untuk berperilaku, tidak akan memiliki intensi yang kuat, meskipun ia bersikap positif, dan didukung oleh *referents* (orang-orang di sekitarnya) (Ajzen 1988). Kedua, kendali-perilaku-yang-dipersepsikan memiliki kemungkinan untuk memengaruhi perilaku secara langsung, tanpa melalui intensi, karena ia merupakan substitusi parsial dari pengukuran terhadap kendali aktual (Ajzen, 1988).

Perceived behavioral control sama dengan kedua faktor sebelumnya yaitu dipengaruhi juga oleh *beliefs*. *Beliefs* yang dimaksud adalah tentang ada/ hadir dan tidaknya faktor yang menghambat atau mendukung performa tingkah laku (*control belief*). Berikut adalah rumus yang menghubungkan antara *perceived behavioral control* dan *control belief*:

$$PBC = \sum c_i p_i$$

Keterangan:

PBC = *Perceived Behavioral Control*

c_i = *Control Belief*

p_i = *Power Belief*

Kendali perilaku yang dipersepsikan/PBC didapat dengan menjumlahkan hasil kali antara keyakinan mengenai mudah atau sulitnya suatu perilaku dilakukan (*control belief*) dan kekuatan faktor i dalam dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (*power belief*). Dengan kata lain, semakin besar persepsi seseorang mengenai kesempatan dan sumber daya yang dimiliki (faktor pendukung), serta semakin kecil persepsi tentang hambatan yang dimiliki, maka semakin besar *perceived behavioral control* yang dimiliki seseorang. Pengukuran *perceived behavioral control* yang dapat dilakukan hanyalah mengukur persepsi individu yang bersangkutan terhadap kontrol yang ia miliki terhadap beberapa faktor penghambat atau pendukung tersebut. Beberapa faktor yang dipersepsi sebagai penghambat atau pendorong tersebut didapatkan dari proses elisitasi untuk mendapatkan *belief* yang utama.

E. Variabel yang Mempengaruhi Intensi

Menurut Ajzen (2005) dalam (Nursalam, 2015) bahwa variabel lain yang mempengaruhi intensi selain beberapa faktor utama tersebut (sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan PBC), yaitu variabel yang memengaruhi atau berhubungan dengan belief.

Beberapa variabel tersebut dapat dikelompokkan menjadi tiga kelompok, yaitu:

1. Faktor personal

Faktor personal adalah sikap umum seseorang terhadap sesuatu, sifat kepribadian (personality traits), nilai hidup (values), emosi, dan kecerdasan yang dimilikinya.

2. Faktor sosial

Faktor sosial antara lain adalah usia, jenis kelamin (gender), etnis, pendidikan, penghasilan, dan agama.

1) Usia

Secara fisiologi pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan pertambahan usia. Pertambahan usia diharapkan terjadi pertambahan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya. Akan tetapi pertumbuhan dan perkembangan seseorang pada titik tertentu akan mengalami kemunduran akibat faktor degeneratif. Umur adalah rentang kehidupan yang diukur dengan tahun, dikatakan masa awal dewasa adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa madya adalah 41 sampai 60 tahun, dewasa lanjut > 60 tahun. Umur adalah lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Usia yang lebih tua umumnya lebih

bertanggung jawab dan lebih teliti dibanding usia yang lebih muda. Hal ini terjadi kemungkinan karena yang lebih muda kurang berpengalaman

Menurut umur/usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas seseorang. Kedewasaan adalah tingkat kedewasaan teknis dalam menjalankan tugas-tugas, maupun kedewasaan psikologis. Azjen (2005) menyampaikan bahwa pekerja usia 20-30 tahun mempunyai motivasi kerja relatif lebih rendah dibandingkan pekerja yang lebih tua, karena pekerja yang lebih muda belum berdasar pada landasan realitas, sehingga pekerja muda lebih sering mengalami kekecewaan dalam bekerja. Hal ini dapat menyebabkan rendahnya kinerja dan kepuasan kerja, semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, serta kedewasaan psikologisnya yang akan menunjukkan kematangan jiwanya. Usia semakin lanjut akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, mengendalikan emosi, berpikir rasional, dan toleransi terhadap pandangan orang lain sehingga berpengaruh juga terhadap peningkatan motivasinya.

2) Jenis Kelamin

Pengertian jenis kelamin merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu. Misalnya, bahwa manusia jenis kelamin laki-laki adalah manusia yang memiliki atau bersifat seperti daftar berikut ini: laki-laki adalah manusia yang memiliki penis, memiliki jakala (kala menjing) dan memproduksi sperma. Sedangkan perempuan memiliki alat reproduksi seperti rahim dan saluran untuk melahirkan, memproduksi telur, memiliki vagina, dan mempunyai alat menyusui.

3) Pendidikan

Azjen (2006) menyebutkan bahwa latar belakang pendidikan seseorang akan memengaruhi kemampuan pemenuhan kebutuhannya sesuai dengan tingkat pemenuhan kebutuhan yang berbeda-beda yang pada akhirnya memengaruhi motivasi kerja seseorang. Dengan kata lain bahwa pekerja yang mempunyai latar belakang pendidikan tinggi akan mewujudkan motivasi kerja yang berbeda dengan pekerja yang berlatar belakang pendidikan rendah. Latar belakang pendidikan memengaruhi motivasi kerja seseorang. Pekerja yang berpendidikan tinggi memiliki motivasi yang lebih baik karena telah memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas dibandingkan dengan pekerja yang memiliki pendidikan yang rendah. Menurut Notoatmodjo (1992) menyebutkan bahwa dengan pendidikan seseorang akan dapat meningkatkan kematangan intelektual sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak.

Salah satu faktor yang dapat meningkatkan produktifitas atau kinerja perawat adalah pendidikan formal perawat. Pendidikan memberikan pengetahuan bukan saja yang langsung dengan pelaksanaan tugas, tetapi juga landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan semua sarana yang ada di sekitar kita untuk kelancaran tugas. Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi produktivitas kerja, pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah mereka menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi,

sehingga akan meningkatkan produktivitas yang pada akhirnya akan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

3. Faktor informasi

Faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman orang lain, media massa maupun lingkungan. Variabel-variabel dalam background factor ini memengaruhi belief dan pada akhirnya berpengaruh juga pada intensi dan tingkah laku.

Keberadaan faktor tambahan ini memang masih menjadi pertanyaan empiris mengenai seberapa jauh pengaruhnya terhadap belief, intensi dan tingkah laku. Namun, faktor ini pada dasarnya tidak menjadi bagian dari TPB yang dikemukakan oleh Ajzen, melainkan hanya sebagai pelengkap untuk menjelaskan lebih dalam determinan tingkah laku manusia.

2.6 Kepribadian

2.6.1 Definisi Kepribadian

Kepribadian adalah karakteristik berpikir seseorang, merasakan serta memiliki perilaku yang stabil dan dapat diperkirakan (Dorland, 2002). Dapat pula berarti kepribadian menurut Weller (2005) dalam (Yunitasari, 2016) adalah jumlah keseluruhan kecenderungan bawaan atau herediter yang dapat dipengaruhi oleh faktor

pendidikan serta lingkungan, kemudian membentuk pribadi seseorang dan mempengaruhi sikap terhadap hidup sehari – hari.

2.6.2 Faktor – faktor yang mempengaruhi kepribadian

Berikut ini faktor – faktor yang mempengaruhi kepribadian menurut Purwanto (2006) dalam (Yunitasari, 2016):

a. Faktor biologis

Faktor yang berkaitan dengan aspek fisik, termasuk aspek fisiologis misalnya gen, *GI track*, urologi, sirkulasi darah, kelenjar saraf, BB, TB, hormonal, cardiovascular dan lain – lain. Saat seseorang lahir dengan genetik menurut orang tuanya kemudian menunjukkan sifat karakter fisik mirip dengan orang tua. Hal ini yang mampu berperan utama dalam kepribadian orang.

b. Faktor sosial

Yaitu masyarakat, kumpulan manusia di sekitar individu tersebut. meliputi tradisi, adat, norma, dialeg lokal, kebiasaan dan lain sebagainya. Keluarga berperan utama dalam membentuk kepribadian orang karena lingkungan pertama yang dikenal.

c. Faktor kebudayaan

Aspek yang berkaitan dengan ini antara lain nilai dan adat tradisi. Nilai, kebiasaan, adat tradisi berdampak pada pola tindakan dan tingkah laku seseorang

d. Pengetahuan dan ketrampilan.

Faktor pengetahuan dan ketrampilan ini mencerminkan tinggi rendahnya kebudayaan masyarakat.

e. Bahasa

Faktor bahasa turut berkontribusi dalam menentukan kepribadian manusia karena ia sebagai alat komunikasi sehari – hari oleh antar manusia.

f. *Material possession.*

Kebutuhan akan material/alat untuk kebutuhan dalam berkehidupan dengan orang lain, hal ini sangat mempengaruhi kepribadian seseorang.

2.6.3 Jenis – Jenis Kepribadian

A. Kepribadian manusia menurut Carl Jung.

Ia seorang dokter psikologi Swiss, membedakan kepribadian manusia menjadi introvert, ambivert dan ekstrovert. Ia mengatakan tidak ada kepribadian yang terbaik dan terburuk. Berikut adalah kepribadian manusia:

1) Introvert

Introvert adalah fokus pada dunia dalam pikiran manusia. Karakteristik *introvert* meliputi suka berpikir kritis, tapi tidak diungkapkan pada orang lain, bekerja sendirian, sulit bersosialisasi, jarang bercerita, pemalu, pemikir, lebih nyaman interaksi dengan satu orang. Orang *introvert* sangat aktif di dunia maya. Dan dapat memaksimalkan potensinya.

2) Ambivert

Yaitu kepribadian antara *introvert* dan *ekstrovert* (kepribadian ganda). Ia kadang bisa bersifat *introvert*, dan dapat berubah *ekstrovert*. Mampu bersosialisasi, berkomunikasi dengan lebih baik dengan setiap orang, baik yang *introvert* maupun *ekstrovert*.

3) *Extrovert*

Merupakan kepribadian yang berpusat dengan dunia luar. Ia mudah bergaul dan komunikasi dengan orang lain. Lebih sedikit berpikir dibandingkan bertindak, berada pada tempat keramaian, kerja tim, aktif bercerita disbanding lawan bicara, hiperaktif.

B. Teori kepribadian “*Big Five*”. Big five dinyatakan oleh Feist dan G.J Feist (2009) adalah kepribadian yang mampu menduga dan menggambarkan perilaku manusia. Kepribadian big five kemudian disingkat OCEAN; *Openness to New experience* (O), *Conscientiousness* (C), *Extraversion* (E), *Agreeableness* (A), *Neuroticism* (N).

Diskripsi menurut Costa dan McRae (1985; 1992) dalam (Yunitasari, 2016) dari kelima kepribadian adalah sebagai berikut:

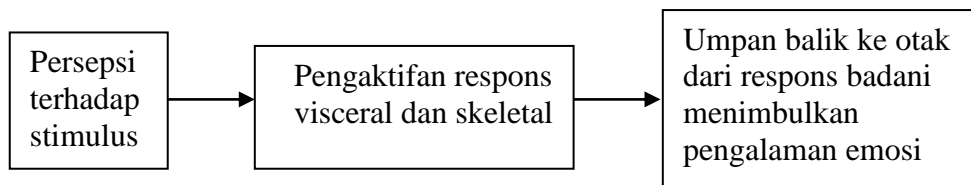
Tabel 2.2 Ciri – ciri sifat *Big Five*

Sifat	Karakter skor tinggi	Karakter skor rendah
<i>Neuroticism</i> (N) mengukur penyesuaian Vs ketidakstabilan emosi. Mengidentifikasi kecenderungan individu akan distress psikologi, gagasan tidak nyata, keinginan yang lebih, koping respon tidak tepat	Emosi, cemas, discomfort, sedih tak beralasan, kurang penyesuaian	Tabah, nyaman, tidak emosional, puas pada diri, tenang, santai, comfort
<i>Extraversion</i> (E), mengukur jumlah interaksi intrapersonal, kebutuhan stimulasi, kesenangan, level aktivitas	Aktif, bersahabat, kasih sayang, suka bergaul, optimis, berorientasi pada orang, aktif, menyenangkan	Tenang, tidak periang, tidakn ramah, pendiam, malu, menyendiri, orientasi pada tugas
<i>Openness to New experience</i> (O), mengukur keinginan untuk mencari, menghargai pengalaman baru, suka sesuatu yang tidak familiar	Ketertarikan luas, original, kreatif, rasa ingin tahu tinggi, tidak ketinggalan jaman, imajenatif	Mengukur keinginan untuk mencari, menghargai pengalaman yang

		baru, jiwa seni, tidak analitis
<i>Agreeableness</i> (A), kualitas orientasi interpersonal, dimulai dari sikap kasihan sampai sikap permusuhan dalam perasaan, pikiran serta tindakan	Suka menolong, baik, amanah, suka memaafkan, hati lembut, terus terang, mudah dimanfaatkan	Paranoid, kasar, sinis, pendendam, kejam, manipulative, agresif
<i>Conscientiousness</i> (C), mengukur tingkat keteraturan orang, motivasi dan ketahanan orang dalam mencapai tujuan. Berlawanan dengan ketergantungan, cenderung malas, lemah	Amanah, disiplin, teratur, on time, rapi, tekun, teliti, suka bekerja keras	Tidak amanah, lalai, indipliner, suka senang – senang, keinginan lemah, kurang perhatian, tidak ada visi, malas

2.7 Emosi

James dan Lange (Atkinson & Atkinson, 2005) meyakini bahwa faktor yang penting dalam emosi yang dirasakan individu adalah umpan balik dari perubahan badani yang terjadi sebagai respons terhadap situasi yang menakutkan atau membingungkan. Gambaran umpan balik diterangkan melalui gambar berikut:



Gambar 2.4 Proses terjadinya emosi.

Spielberger (1988) menyatakan bahwa marah adalah emosi negatif yang dialami oleh seseorang, yang dapat menimbulkan suatu perasaan terganggu dan tidak nyaman. Kemarahan dapat disertai oleh tanda-tanda fisiologis yang berupa menegangnya otot-otot dan terjadinya percepatan dalam peredaran darah. Spielberger

menyatakan bahwa kemarahan terbagi menjadi dua komponen, yaitu pengalaman marah dan ekspresi kemarahan. Pengalaman kemarahan terdiri atas keadaan marah dan sifat marah (*state and trait state*). Keadaan marah (*state anger*) diartikan sebagai suatu keadaan emosi yang ditandai dengan perasaan-perasaan subjektif yang bervariasi dari rasa kecewa yang ringan atau jengkel sampai dengan kemarahan yang intens atau meledak – ledak. Keadaan marah pada umumnya disertai dengan ketegangan otot dan bangkitnya sistem syaraf otonom.

Sebagai orang yang berada dalam fase dewasa, pengasuh perlu sekali dapat mengendalikan rasa marah, dan akhirnya dapat memberikan dukungan sosial pada lansia. Pada fase ini, proses menerima dan penyesuaian diri, serta menjalin hubungan yang hangat dengan orang lain, merupakan salah satu tanda kepribadian yang matang. Bila seseorang pada fase dewasa tidak dapat melalui proses ini, maka selanjutnya dia tidak menjalani kehidupan dengan penuh rasa cinta dan puas (Schultz, 1991).

Individu yang memiliki kepribadian yang matang dan sehat mampu menerima emosi-emosinya. Individu tersebut juga mampu mengontrol emosi-emosi mereka, sehingga emosi-emosi ini tidak mengganggu aktivitas antarpribadi. Kontrol emosi bukan merupakan sebuah represi. Emosi-emosi diarahkan kembali ke dalam saluran-saluran yang lebih konstruktif. Kualitas emosi tersebut oleh Allport (Schultz, 1991) disebut “sabar terhadap kekecewaan”, yang menunjukkan bagaimana seseorang bereaksi terhadap tekanan dan terhadap hambatan dari keinginan – keinginan. Individu yang sehat sabar menghadapi kemunduran-kemunduran, tidak menyerah pada kekecewaan, tetapi mampu memikirkan cara-cara yang berbeda untuk mencapai

tujuan dan niat yang baik. Sebaliknya, orang yang neurotis menyerah pada emosi yang dominan pada saat itu, memperlihatkan kemarahan atau kebencian, betapapun perasaan-perasaan itu mungkin tidak tepat.

2.8 Keaslian Penelitian

Tabel 2.7 Keaslian Penelitian

No.	The title, name of the researcher	Design	Samples	Variables	Instrument	Analysis	Result
1	Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. Mirja Koschorke, 2017	Quantitative, Qualitative	282 caregiver age 16-60 yrs, a, dx ICD 10, 12 bln pain	schizophreni caregiver Family	Deep interviews		The impact of stigma on the lives of families, need planning and intervention care for families. The interview describes the caregiver with stigma, the impact on relationships and emotional well-being is very high; blame experiences, comments and avoidance of others,
2	The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana Ayuurebobi Kenneth et al, 2015	qualitative	75 caregiver		Interview, FGD		Caregivers reporting burden, financial, social exclusion, emotion, depression, and a lack of time for other social responsibilities
3	Experiences and Influencing factors of caregivers of Patients with mental disorders Huang et al, 2014	survey	139 caregivers		questionnaires Experience of Cargiving Intervention (ECI)		ECI score influenced leh age, gender, occupation, relationships with patients, caregivers economic status, and the first onset and patient self-care ability
4	Experiences of caring for a sibling with schizophrenia in a Chinese context: A neglected issue Cheng-I Yang, 2016	Descriptive, qualitative	10 caregiver				Step into a caregiver; parenting challenges; Support; and worry about future care.
5	Relationship between Mental Health and Burden Among Primary Caregivers of Outpatients with schizophrenia Yu Wenjun, 2018	cross sectional	355 primary caregivers of adults caregiver live at home, at least 1 year. Age over 18 years			cross sectional	significant care burden associated with mental health outcomes directly. personality, coping style, and family functions affect caregiver burden and mental health caregiver parents experiencing higher caregiver burden (gg routines and family kegiaatan) personality (extraversion / introversion and psychoticism) no direct impact on caregiver burden, but it has a direct effect on the functioning of the family, family function affects mental health as a result of caregiver burden

No.	The title, name of the researcher	Design	Samples	Variables	Instrument	Analysis	Result
6	The Adaptation Model Of Caregiver In Treating Family Members With Schizophrenia In Kediri, East Java Melda Byba Suhita, 2017	cross-sectional design with nature explanatory research	135 respondents	Schizophrenia, caregiver, adaptation	questionnaire	test models of SEM with AMOS 19	The results Showed caregiver self esteem (-0.25 <0.05), community resources (0.24 <0.05), self-efficacy (0.22 >0.05), caregiver coping effort (12:17 <0.05), and the perception of caregivers about the family situation at this time (0:19 <0.05), the which means that adaptation of caregiver in treating Patients with schizophrenia is influenced by the characteristics of the family items, namely community resources, self-efficacy, coping caregiver effort, self-esteem and perception of family caregiver to the conditions experienced at this time.
7	Family experiences of caring among caregivers of schizophrenia Patients Mohamad et al, 2013	-	154 caregiver	-	Experiences of Caregiving Inventory (ECI) and the Life Skills Profiles (LSP-39)		negative votes; the patient's young age, unemployment, income and low skills. Positive assessment: are married, have a skill, fixed income and urban residents. Life skills a strong predictor of the positive and negative ratings
8	Female Families' Experiences of Caring for Persons With Schizophrenia. Eriko Mizuno, 2013		11 family caregivers		Focus group interviews		Family experiences, perceptions and family relations, family burden, family attitudes, and knowledge of family
9	Effect of living with Patients on caregiver burden of individuals with Schizophrenia in China. Yanling Zhou et al, 2016	comparative	243 respondents	Living caregiver burden with Schizophrenia		Multiple regression analysis, analysis of variance (ANOVA)	living with a caregiver explained 6.7%, 8.3% and 6.7% of the variance in distress, disrupted routines and helpfulness. Living with patients is a strong correlation of the increased burden experienced by caregivers
10	The experiences of carers in Taiwanese culture who have long-term schizophrenia in their families: a phenomenological study. Huang et al, 2009	phenomenological qualitative	10 caregivers		Semi-structured face-to-face interviews		the burden of care (helping clients disease, lack of support professional and family conflict), the emotional burden (sad, worried and scared) and coping strategies (strategies prevention of cognitive and religion).
11	Emotions, Ideas and Experiences of Caregivers of Patients With Schizophrenia About "Family to Family Support Program" Bademli, 2015	phenomenological method	20 caregivers.	Living caregiver burden with Schizophrenia	interview		positive attitude to feelings, stress reduction family support. ideas, emotions, and experiences of caregivers
12	Parents experience of living with and caring for an adult son or daughter	descriptive qualitative			Semi-structured, in-depth interviews		The psychological trauma of a parent (caregiver), caring activities, coping with enduring illness

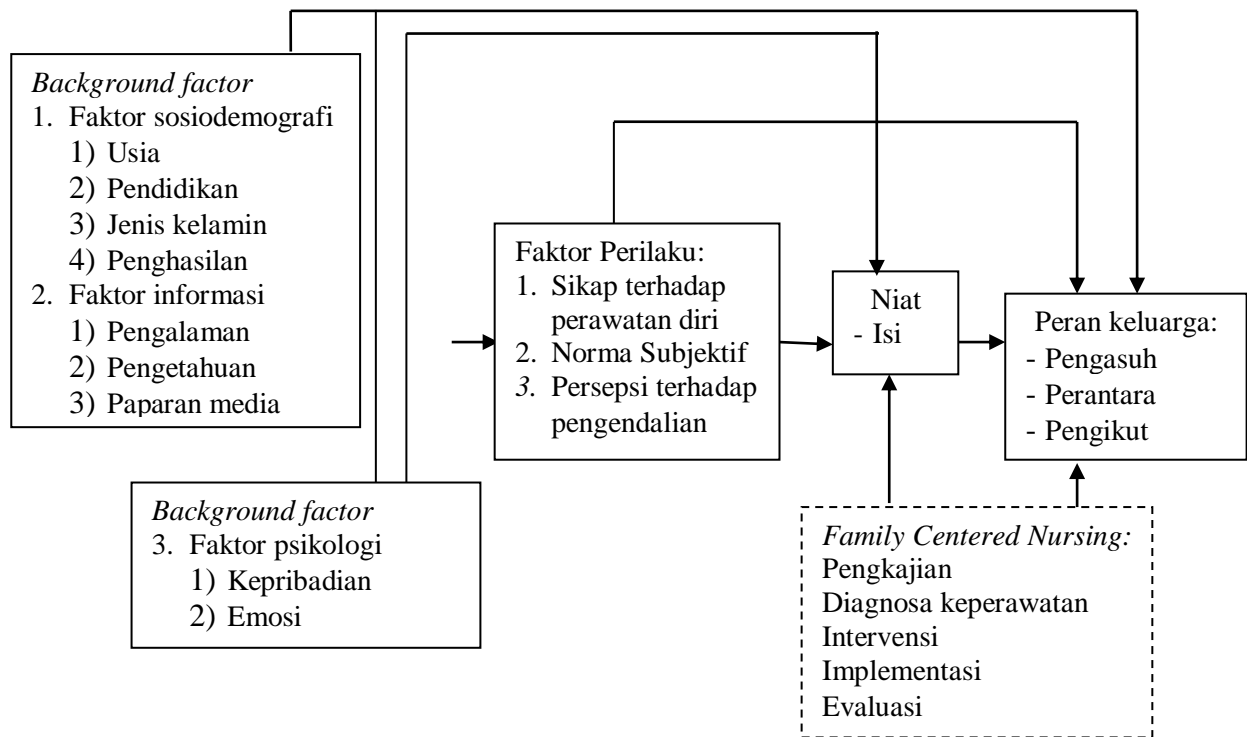
No.	The title, name of the researcher	Design	Samples	Variables	Instrument	Analysis	Result
	with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study Mc Auliffe et al, 2014						Feelings of love and taste the responsibility of creating awareness in schizophrenia. Family-centered approach at the core of the plan of care
13	A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of Patients with schizophrenia. Wai-Tong Chien et al, 2004	randomized controlled trial (RCT)	48 caregivers.	Family caregivers; schizophrenia	Family burden interview schedule (FBIS), family assessment device (FAD), family support service index (FSSI)	Chi square test (for nominal data), Mann Whitney (For ordinal data), and independent-sample t-test (for interval or ratio data) t-tests and ANOVA test with significansi (p <0.01).	support group interventions can overcome / reduce the burden and distress (identifying problems parenting and problem-solving techniques). The experimental group showed a significant decrease in the duration of re-hospitalization of patients at 3 months compared with the control group.
14	The effects of group psychoeducational program on family burden in caregivers of Iranian Patients with schizophrenia. M. Fallahi Khoshknab et al, 2013	randomized-controlled trial design	71 caregivers	psychoeducational caregivers		analysis of variance (ANOVA; DF = 2, 2077) or χ^2 tests (DF = 2) structural Equation Models (SEMS)	caregivers who receive psycho-intervention intervention tidakmenderita heavy family burden anymore. Karenaintervensi inorganic enhanced as kelompokProgram psikoedukatif could be useful for
15	Understanding the complex family experiences Of Behavioral Family Therapy Brendan et al, 2016	qualitative research	40 of participants (20 patient, 20 caregiver		Behavioral Family Therapy (BFT)		The most frequently associated with the component informasi regarding terbukatanang BFT and discussion of their family member's illness and a greater understanding of mental baikpenyakit
16	Family Support Mental Disorder Patients Treated With Health Promotion Model Approach Nirwan et al, 2016	cross sectional study,	72 families of patients with mental disorders	family support, mental disorders	questionnaires		Family perception of the benefits, the ability to care for patients and interpersonal factors have a significant influence on the support of family, while the family's perception of barriers, daily activities and situational factors do not have a significant influence of family support in the treatment of mental patients
17	Correlates of caregiving burden in schizophrenia: A cross-sectional, comparative analysis from India. Stanley, 2017	Quantitative cross-sectional	75 caregivers	caregiver burden, coping strategies that come into play, as well as social support	The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), ZBI, Family Crisis Oriented Personal Scales (F-Copes), Social Provisions Scale (SPS)	t-test, ANOVA	a high level of load, low social support, and poor tackle on caregivers

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual

Pada kerangka konseptual penelitian ini menggunakan dua teori yaitu *Theory Of Planned Behavior* (TPB) dari Ajzen (2005) dan teori *Family Centered Nursing* menurut Friedman (2003). Adapun rancangan kerangka konseptual penelitian ebagai berikut:



Keterangan: : diteliti : tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual Penelitian Model peran keluarga dalam mengatasi masalah defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia (Ajzen 2005, Friedman, 2003)

Keterangan :

Berdasarkan kerangka konseptual diatas *Theory Of Planned Behavior* (TPB) menjelaskan perilaku yang ditampilkan oleh individu timbul karena adanya intensi/niat untuk berperilaku (Ajzen, 2006). Dalam penelitian ini adalah perilaku keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia. Menurut *Theory Of Planned Behavior* (TPB) munculnya intensi dalam berperilaku ditentukan oleh tiga faktor Utama (Perilaku) yaitu *Attitude Toward The Behavioral*, *Subjective Norm*, *Perceived Behavioral Control*. Yang selanjutnya kita namakan faktor perilaku. Ketiga faktor perilaku tersebut dipengaruhi oleh *background factor* yaitu sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan), psikologi (kepribadian dan emosi) dan informasi (pengetahuan, pengalaman, paparan media). *Background factor* mempengaruhi peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia.

Pada saat keluarga mengetahui terdapat anggota keluarga dengan gangguan jiwa melalui pengkajian seperti pada konsep *Family centered nursing*, maka hal tersebut akan mempengaruhi keyakinan keluarga dalam melakukan perawatan diri kepada pasien atau anggota keluarga yang sakit (ODS-Orang Dengan Skizofrenia). Pengetahuan keluarga terhadap ODS akan berkaitan dengan peran keluarga. Faktor perilaku ini dapat mempengaruhi niat caregiver dalam peningkatan perawatan diri. Dengan niat yang bulat dan kuat maka terbentuklah suatu perilaku (*behavior*) yang dalam hal ini adalah peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia.

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada pengaruh sosiodemografi terhadap perilaku
2. Ada pengaruh sosiodemografi terhadap peran keluarga
3. Ada pengaruh psikologi terhadap perilaku
4. Ada pengaruh psikologi terhadap peran keluarga
5. Ada pengaruh psikologi terhadap niat
6. Ada pengaruh informasi terhadap perilaku
7. Ada pengaruh informasi terhadap peran keluarga
8. Ada pengaruh perilaku terhadap niat
9. Ada pengaruh perilaku terhadap peran keluarga
10. Ada pengaruh niat terhadap peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain yang digunakan adalah *explanative observational* untuk mengetahui hubungan sebab akibat antara dua variabel secara observasional, bentuk hubungan dapat berupa perbedaan, hubungan, atau pengaruh. Bentuk hubungan dapat berupa korelasional, kontribusi satu variabel terhadap variabel lainnya ataupun berupa hubungan sebab akibat. Menggunakan pendekatan *cross sectional* karena variabel terikat dan bebas bersamaan diamati (Sugiyono, 2015). Menyusun model peran keluarga dalam meningkatkan perawatan diri pada skizofrenia. Penelitian ini meneliti pengaruh antara *background factor*, niat, perilaku, pengetahuan, sikap dengan peran keluarga.

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah keluarga (*caregiver*) dengan pasien skizofrenia di wilayah puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo yang berjumlah 187 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau oleh peneliti (Nursalam, 2015).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Usia antara 35 – 65 tahun

2. Mampu berkomunikasi dengan baik

Kriteria eksklusi:

1. *Caregiver* mengalami gangguan jiwa
2. Jumlah pasien gangguan jiwa lebih dari satu
3. *Caregiver* tidak kooperatif

Pengambilan besar sampel menggunakan rumus Toro Yamane (1967) dalam (Nursalam, 2015):

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q} \\
 &= \frac{187 (1,96)^2 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (160 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\
 &= 126 \text{ responden}
 \end{aligned}$$

Keterangan:

- n = besar sampel
 N = besar populasi
 z = nilai standart normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)
 p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%
 q = 1 - p (100% - p)
 d = tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05)

4.2.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini menggunakan teknik sampling yang digunakan adalah *probability sampling* dengan cara *simple random sampling* dengan mengambil sampel secara acak dari jumlah populasi (Nursalam 2015).

4.3 Variabel dan definisi operasional

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu variabel independen (bebas) dan variabel dependen (tergantung).

4.3.1 Variabel Dependen

Variabel dependen penelitian ini adalah peran keluarga

4.3.2 Variabel Independen

Variabel independen penelitian ini adalah faktor sosiodemografi, psikologi, informasi

4.3.3 Variabel mediator (antara)

Variabel antara pada penelitian ini adalah faktor perilaku dan niat (*intention*)

Tabel 4.1 Variabel, definisi operasional dan indikator penelitian model peran keluarga terhadap perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Keterangan	Indikator
Variabel independent		
X1	Faktor Sosiodemografi	X2.1 Usia X2.2 Pendidikan X2.3 Jenis kelamin X2.4 Penghasilan
X2	Faktor Psikologi	X2.1 Kepribadian X2.2 Emosi
X3	Faktor Informasi	X3.1 Pengetahuan X3.2 Pengalaman X3.3 Paparan media
Variabel antara		
Y1	Faktor Utama (Perilaku)	Y1.1 Sikap terhadap perawatan diri Y1.2 Norma subjektif Y1.3 Persepsi terhadap pengendalian
Y2	Niat	Y2.1 Isi
Variabel Dependent		
Y3	Peran keluarga	Y3.1 Pengasuh Y3.2 Perantara Y3.3 Pengikut

4.3.3 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian model peran keluarga terhadap perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Nilai
Independen					
X1					
Faktor Sociodemografi	Faktor sosial <i>caregiver</i> dalam keluarga yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, penghasilan				
1. Usia	Hitungan lama hidup <i>caregiver</i> mulai dari lahir sampai ulang tahun terakhir	Identitas diri sesuai KTP	Kuisisioner	Interval	1. 35 – 45 th 2. 46 – 55 th 3. 55 – 65 th 4. > 65 th
2. Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang ditamatkan oleh <i>caregiver</i> berdasarkan ijazah terakhir	Tingkat pendidikan yang berhasil diselesaikan	Kuisisioner	Ordinal	1. Tidak sekolah/S D 2. SMP 3. SMU 4. PT
3. Jenis kelamin	<i>Caregiver</i> yang merawat keluarga laki – laki atau perempuan	Identitas diri sesuai KTP	Kuisisioner	Nominal	1. Laki – laki 2. Perempuan
4. Penghasilan	Jumlah pendapatan yang diperoleh <i>caregiver</i> rata – rata selama satu bulan	Besar pendapatan keluarga dalam kurun satu bulan	Kuisisioner	Interval	1. < UMR (1,5 juta/bulan) 2. ≥ UMR (1,5 juta/bulan)
X2 Faktor Psikologi					
1. Kepribadian	Faktor <i>caregiver</i> terhadap sesuatu meliputi kepribadian, emosi, yang dimiliki Sifat dan tingkah laku khas <i>caregiver</i> yang membedakan antara diri dengan orang lain.	Jenis kepribadian: <i>Neuroticism</i> = khawatir, gugup, merasa tidak aman, emosional dan suka bersedih tanpa alasan. <i>Extraversion</i> = supel, aktif, banyak bicara, suka berorientasi, <i>fun loving</i> , memiliki kasih sayang	Kuisisioner <i>Big Five</i>	Interval	Hasil skor 50 – 250 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean 1) Baik= > mean 2) Buruk= < mean

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Nilai
		<p><i>Openness</i> = memiliki rasa ingin tahu, aneh, ketertarikan yang besar, kreatif, alami, imajenatif, modern.</p> <p><i>Agreeableness</i> = berhati lembut, baik hati, saling percaya, penolong, pemaaf, mudah tertipu, jujur</p> <p><i>Conscientiousness</i> = terorganisasi, dapat diandalkan, pekerja keras, disiplin diri, tepat waktu, teliti, rapi, tekun dan ambisius</p>			
2. Emosi	Ungkapan empati, kepedulian dan perhatian <i>caregiver</i> terhadap pasien dalam merawat pasien di rumah	Emosi dibedakan menjadi: 1. Stabil 2. Tidak stabil	Kuisisioner	Interval	Hasil skor 3 – 12 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean <i>Solution Focus Coping</i> – SFC = > mean. <i>Problem Focus Coping</i> – SFC = < mean
X3 Faktor Informasi	Faktor yang mempengaruhi <i>caregiver</i> dalam mendapatkan info tentang kesehatan jiwa meliputi pengetahuan, pengalaman.				

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Nilai
1. Pengetahuan	Pemahaman <i>caregiver</i> tentang pengertian, gejala, kebutuhan pasien pada keluarga, perawatan diri, pentingnya <i>caregiver</i> , peran keluarga pada skizofrenia	Mengetahui tentang skizofrenia: 1. Pengertian 2. Gejala 3. Kebutuhan pasien pada keluarga 4. Perawatan diri 5. Pentingnya <i>caregiver</i> 6. Peran keluarga pada skizofrenia	Kuisisioner	Ordinal	Rentang skor 7 – 28 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean. Baik = > mean Kurang = < mean
2. Pengalaman	Lama waktu sejak merawat sampai penelitian berlangsung, dirasakan oleh <i>caregiver</i> baik yang menyenangkan atau tidak selama merawat pasien di rumah	Penilaian tentang pengalaman: 1. Pernah merawat atau tidak 2. Hambatan saat merawat 3. Perasaan selama merawat	Kuisisioner	Interval	Rentang skor 3 – 7 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean. Baik = > mean Kurang = < mean
3. Paparan media	Jenis media sosial yang paling sering digunakan oleh <i>caregiver</i> untuk memperoleh informasi dalam merawat pasien	Penilaian paparan media melalui; TV/Radio, Koran, petugas kesehatan, leaflet, internet	Kuisisioner	Nominal	Rentang skor 1 – 5 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean. Baik = > mean Kurang = < mean
Dependen Y1 Faktor Perilaku	Faktor yang terdiri dari sikap terhadap perawatan diri, norma subjektif dan persepsi terhadap pengendalian	Perawatan diri meliputi: 1. Mandi 2. Berpakaian 3. Makan, minum			
Y1.1 Sikap terhadap perawatan diri (<i>Attitude Toward Behavior</i>)	Tanggapan atau reaksi <i>caregiver</i> mendukung atau tidak terhadap perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit	Penilaian sikap terhadap perawatan diri pasien terdiri 2 skala: 1. Evaluasi terhadap <i>Belief</i>	Kuisisioner TPB	Interval	Rentang skor 1 – 24. <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean Baik = > mean

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Nilai
		2. <i>Belief Strenght</i>			Buruk = < mean
Y1.2 Norma subjektif (<i>Subjective Norm</i>)	Persepsi <i>caregiver</i> terhadap tekanan sosial atau orang lain yang dianggap penting dalam menganjurkan untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku perawatan diri terhadap anggota keluarga yang sakit	Penilaian norma subjektif terhadap pengendalian perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit, terdiri 2 skala; 1. <i>Motivation to comply</i> 2. <i>Normative belief</i>	Kuisisioner TPB	Interval	Rentang Skor 10 – 40 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean Baik = > mean Kurang = < mean
Y1.3 Persepsi terhadap pengendalian (<i>Perceived Behavioral Control</i>)	Persepsi <i>caregiver</i> mengenai situasi yang mendorong/memotivasi atau menghambat perilaku perawatan diri terhadap anggota keluarga yang sakit	Penilaian keluarga tentang adanya faktor internal dan eksternal untuk mengontrol perilaku perawatan diri terhadap anggota keluarga yang sakit. Terdiri 2 skala; 1. <i>Control belief</i> 2. <i>Power belief</i>	Kuisisioner TPB	Interval	Rentang Skor 10 – 40 Positif = > mean Negatif = < mean
Y2 Niat (<i>Intention</i>)	Suatu keyakinan yang muncul dari hati <i>caregiver</i> untuk membantu melakukan perawatan diri terhadap pasien dirumah	Keadaan keluarga untuk melakukan perawatan diri terhadap anggota keluarga yang sakit jiwa	Kuisisioner TPB	Interval	Rentang Skor 6 – 24 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean. Baik = > mean Kurang = < mean
Y3 Peran Keluarga	Pola sikap perilaku, nilai dan tujuan dari <i>caregiver</i> dalam membantu pasien di rumah	Aktivitas keluarga dalam merawat pasien di rumah.	Kuisisioner	Ordinal	Rentang Skor 10 – 40 <i>Cut off point</i> dihitung dari nilai mean.
1. Pengasuh	Keluarga mengasuh dan merawat anggota keluarga dengan skizofrenia				Baik = > mean
2. Perantara	Keluarga (<i>caregiver</i>) menjadi penghubung saat komunikasi				Kurang = < mean

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Nilai
3. Pengikut	dalam keluarga menerima ide orang lain secara pasif, pendengar saat diskusi atau keputusan kelompok				

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini yaitu kuisioner meliputi sosiodemografi dan karakteristik *caregiver*, sikap umum, usia, pendidikan, pengetahuan dan pengalaman serta peningkatan perawatan diri.

4.4.1 Data sosiodemografi dan karakteristik caregiver

Terdiri atas 4 pertanyaan yaitu faktor sosiodemografi dalam keluarga antara lain: usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, serta 1 pertanyaan faktor informasi yaitu paparan media.

1) Usia

Usia diketahui dengan menggunakan pertanyaan terbuka dengan satu pertanyaan.

Usia dikategorikan yaitu: 35 – 45 tahun, 46 – 55 tahun, 55 – 65 tahun dan > 65 tahun

2) Jenis kelamin

Jenis kelamin diketahui melalui pertanyaan tertutup dengan satu pertanyaan dengan dua pilihan jawaban yaitu laki – laki dan perempuan

3) Pendidikan

Pada pendidikan diketahui melalui satu pertanyaan dengan empat pilihan jawaban yaitu SD/tidak sekolah, SMP, SMU dan PT.

4) Hubungan Anda dengan pasien.

Hubungan caregiver dengan pasien meliputi saudara kandung, orang tua, atau anak.

5) Pengalaman lama Anda merawat pasien

Meliputi lama merawat caregiver kepada pasien meliputi < 6 bulan, 6 bulan – 1 tahun, 1 – 3 tahun.

6) Pekerjaan

Menyebutkan pekerjaan caregiver saat ini, meliputi tani/pedagang, Guru, PNS.

7) Penghasilan

Penghasilan diketahui dengan menggunakan kuisisioner tertutup terdiri satu pertanyaan dengan tiga pilihan jawaban yaitu < UMR (1,5 juta) dan > UMR (1,5 juta/bulan).

4.4.2 Karakteristik Pasien

Pada kuisisioner ini di ambil dari konsep skiofrenia Stuart & Laraia (2005).

1) Lama sakit pasien

Menjelaskan lama sakit pasien yang dirawat oleh caregiver meliputi < 6 bulan, 6 bulan – 1 tahun, 1 – 3 tahun

2) Gejala yang paling dominan ada pada pasien

Menggambarkan gejala yang paling menonjol pada pasien, meliputi Amuk, Perilaku kekerasan, halusinasi, pendiam.

4.4.3 Faktor Psikologi

Pada faktor psikologi terdiri atas dua aspek yaitu:

1) Kepribadian

Kepribadian diketahui dengan menggunakan kuisisioner kepribadian *Big Five* dari Feist dan G.J Feist (2009) yang terdiri dari 50 pertanyaan dengan alternatif 5 jawaban yaitu STS = Sangat Tidak Setuju, TS = Tidak Setuju, R = Ragu, S = Setuju dan SS = Sangat Setuju. Rentang skor dari kuisisioner adalah 50 – 250. Terdapat 2 kelompok yaitu Positif (lebih dari mean) dan Negatif (kurang dari mean).

2) Emosi

Emosi diketahui dengan menggunakan kuisisioner terdiri 3 pertanyaan dengan alternatif jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, dan “sangat tidak setuju” = 1. Hasil dari kuisisioner ini berupa skor 3 – 9 dimana masing – masing poin nantinya akan memiliki makna. Kuisisioner di adopsi dari konsep emosi (Sarafino, 1997). Hasil skor didapatkan 3 sebagai skor minimal dan 12 skor maksimal. Terdapat 2 kelompok klasifikasi yaitu *Solution Focus Coping* – SFC (lebih dari mean) dan *Problem Focus Coping* – PFC (kurang dari mean).

4.4.4 Faktor informasi

Meliputi pengetahuan, pengalaman dan paparan media. Pada kuisisioner pengetahuan responden akan menjawab 7 pertanyaan berupa pertanyaan *favorable* dengan alternatif jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, dan “sangat tidak setuju” = 1. Sedangkan untuk *unfavorable* menggunakan penilaian jawaban “sangat setuju” = 1, “setuju” = 2, “tidak setuju” = 3, dan “sangat tidak setuju” = 4. Pada kuisisioner pengetahuan diadopsi dari teori Skizofrenia (Videbeck, (2008), Stuart & Laraia (2005)). Hasil dari kuisisioner ini

berupa skor 7 – 28 dimana masing – masing poin nantinya akan memiliki makna. Terdapat 2 klasifikasi yaitu Baik (lebih dari mean) dan Kurang (kurang dari mean). Pada kuisioner pengalaman terdapat 3 pertanyaan, berupa pertanyaan pengalaman merawat skizofrenia dan terdapat hambatan selama merawat menggunakan penilaian jawaban “tidak pernah” = 1, “pernah” = 2. Pertanyaan ketiga pengalaman merawat, menggunakan penilaian jawaban “ikhlas” = 3, “terpaksa” = 2, “kadang – kadang” = 1. Hasil skor didapatkan 3 sebagai skor minimal dan 7 skor maksimal. Terdapat 2 kelompok klasifikasi yaitu Baik (lebih dari mean) dan Kurang (kurang dari mean). Sedangkan pada paparan media terdapat pertanyaan, dengan skor minimal 1 dan maksimal 5. Terdapat 2 kelompok klasifikasi yaitu Baik (lebih dari mean) dan Kurang (kurang dari mean).

Tabel 4.3 Blue print kuisioner pengetahuan tentang Peran keluarga pada peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Indikator	Jml Soal	No. Soal
Pengetahuan	Pengertian skizofrenia	1	1
	Gejala skizofrenia	1	2
	Kebutuhan pasien skizofrenia akan keluarga	1	3
	Defisit perawatan diri skizofrenia	1	4
	Pentingnya caregiver/pengasuh bagi skizofrenia	1	5
	Peran keluarga terhadap kesembuhan skizofrenia	2	6,7
Pengalaman	Pernah merawat pasien jiwa	2	1,3
	Hambatan selama merawat pasien jiwa	1	2

4.4.5 Faktor perilaku

Dalam variabel ini terdiri dari 3 subvariabel yaitu sikap terhadap perawatan diri, norma subjektif, persepsi terhadap pengendalian. Instrumen yang digunakan adalah langsung dari Ajzen yaitu TPB *Questionnaire* (Ajzen, 1991). Dengan dimodifikasi pada pertanyaan yang ada yang disesuaikan dengan penelitian,

sehingga hal tersebut akan dilakukan uji validitas dan reabilitas. Perawatan diri pasien skizofrenia meliputi mandi, berpakaian, makan/minum.

1) Sikap terhadap perawatan diri

Pada sikap ini menggunakan kuisisioner yang terdiri dari 6 pertanyaan yang berasal dari Nursalam (2016) yang dikombinasi dengan penilaian jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, dan “sangat tidak setuju” = 1 untuk jenis pertanyaan meliputi *favorable*, sedangkan untuk *unfavorable* menggunakan penilaian jawaban “sangat setuju” = 1, “setuju” = 2, “tidak setuju” = 3, dan “sangat tidak setuju” = 4. Hasil dari kuisisioner ini berupa skor 6 – 24 dimana masing – masing poin nantinya akan memiliki makna. Terdapat 2 kelompok makna yaitu Baik (lebih dari mean) dan Buruk (kurang dari mean).

Tabel 4.4 Blue print kuisisioner sikap pada model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Indikator	Jml Soal	No. Soal
Sikap	1. keyakinan terhadap perilaku	2	1,2,
	2. keyakinan terhadap harapan/ motivasi		3,4,
	3. keyakinan yang mendukung/ menghambat		5,6

2) Norma Subjektif

Pada norma subjektif terdiri atas 10 pertanyaan dengan penilaian jawaban sesuai dengan Skala *Likert* yaitu “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, dan “sangat tidak setuju” = 4. Rentang skor dari hasil kuisisioner adalah 4 – 40. Terdapat 2 kelompok klasifikasi yaitu Baik (lebih dari mean) dan Kurang (kurang dari mean).

Tabel 4.5 Blue print kuisiener norma subjektif pada model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Indikator	Jml Soal	No. Soal
Norma subjektif	1. keyakinan individu untuk melakukan perilaku (<i>Normative belief</i>)	6	1,2,3,4,5,6
	2. motivasi untuk mengikutinya (<i>Motivation to comply</i>)	4	7,8,9,10

3) Persepsi terhadap pengendalian

Pada Persepsi terhadap pengendalian ini terdiri atas 10 pertanyaan dengan penilaian jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, dan “sangat tidak setuju” = 1. Hasil pengukuran terhadap persepsi terhadap pengendalian didapatkan skor 4 sebagai nilai minimal dan 40 sebagai skor maksimal. Terdapat 2 kelompok klasifikasi yaitu Positif (lebih dari mean) dan Negatif (kurang dari mean).

Tabel 4.6 Indikator kuisiener persepsi terhadap pengendalian pada model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Indikator	Jml Soal	No. Soal
Persepsi terhadap pengendalian	1. keyakinan mengenai mudah atau sulitnya suatu perilaku dilakukan (<i>Control belief</i>)	5	1,2,4,5,8
	2. kekuatan faktor dalam memfasilitasi atau menghambat tingkah laku (<i>Power belief</i>)	5	3,6,7,9,10

4.4.6 Niat

Pada variabel *intention* ini terdiri atas 6 pertanyaan dengan penilaian jawaban “sangat setuju” = 4, “setuju” = 3, “tidak setuju” = 2, dan “sangat tidak setuju” = 1.

Hasil pengukuran terhadap *intention* berupa rentang skor 6 – 24. Dari hasil skor didapatkan 2 kelompok makna yaitu Baik (lebih dari mean) dan kurang (kurang dari mean).

Tabel 4.7 Indikator kuisisioner Niat model peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Indikator	Jml Soal	No. Soal
Niat	Motivasi berperilaku	6	1,2,3,4,5,6

4.4.7 Peran keluarga

Peran keluarga pada variabel ini terdiri atas 10 pertanyaan dengan penilaian jawaban “Selalu” = 4, “sering” = 3, “kadang” = 2, dan “tidak pernah” = 1. Kuisisioner diadopsi dari konsep peran keluarga dari Friedman (2003). Hasil pengukuran terhadap peran keluarga memiliki nilai minimal 6 dan nilai maksimal 24. Dikategorikan menjadi dua kelompok yaitu Baik (lebih dari mean) dan Kurang (kurang dari mean).

Tabel 4.8 Indikator kuisisioner peran keluarga pada perawatan diri pada pasien skizofrenia

Variabel	Indikator	Jml Soal	No. Soal
Peran Keluarga	Pengasuh	5	1,2,5,6,9
	Perantara	3	3,8,10
	Pengikut	2	4,7

4.5 Uji Validitas dan reliabilitas

Pada penelitian ini uji validitas dan reliabilitas untuk mengetahui kualitas dari instrument yang telah dibuat. Dengan cara menyebarkan kuisisioner kepada partisipan yang hampir sama dengan sampel yang nanti akan digunakan dengan wilayah yang berbeda dengan subyek penelitian. Pengujian validitas dan reliabilitas diberikan kepada 6 partisipan kemudiann dilakukan penghitungan.

Menurut Syarifudin (2010) menyatakan bahwa pertanyaan dalam kuisioner perlu dilakukan uji validitas untuk memperoleh kualitas soal yang akurat dan tepat. Sedangkan untuk mendapatkan suatu alat ukur yang terpercaya, handal dan konsisten serta dapat dipakai berulang perlu dilakukan uji reliabilitas. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji *Pearson Product Moment* dengan rumus:

$$r_{xy} = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\}\{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Keterangan:

r_{xy} = Koefisien korelasi antara variabel X dan Y

N = Jumlah Subjek

X = Skor dari tiap-tiap item

Y = Jumlah dari skor item

Dengan kriteria pengujian apabila $r_{hitung} > r_{tabel}$ dengan $\alpha=0,05$ maka alat ukur tersebut dinyatakan valid, dan sebaliknya apabila $r_{hitung} < r_{tabel}$ maka alat ukur tersebut tidak valid.

Uji realibilitas menunjukkan sejauhmana instrument dapat memberikan hasil pengukuran yang konsisten apabila pengukuran dilakukan secara berulang. Pengujian reliabilitas instrumen penelitian ini menggunakan rumus *Alfa Cronbach* (Sugiyono, 2015).

$$r_{11} = \left[\frac{n}{(n-1)} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r_{11} = Reabilitas instrument

$\sum \sigma_i^2$ = Skor tiap item

n = Banyaknya butiran soal

σ_t^2 = Varians total

Kuisisioner sebagai instrumen menjadi reliabel jika hasilnya $> r$ tabel. Item dikatakan reliabel jika nilai α item lebih besar dari nilai α tabel. Alat ukur dikatakan baik jika *Alfa Cronbach* lebih dari atau sama dengan 0,800, sekitar 0,700 diterima dan kurang 0,600 berarti buruk (Purwanto, 2002).

Sebelum proses pengumpulan data, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen yang akan digunakan. Uji instrumen dilakukan pada lansia dengan jumlah 6 responden di luar sampel dengan karakteristik sama dengan penelitian. Analisis uji validitas dan reliabilitas menggunakan program SPSS dengan r tabel = 0,5140 ($N = 15$, *level of significance* = 0,05).

Hasil uji validitas kuisisioner TPB adalah pertanyaan valid dilihat dari r hitung $> r$ tabel, hasil uji validitas diperoleh nilai r hitung yang berkisar antara 0,669-0,869. Hasil uji validitas Kuisisioner TPB, niat, dan peran keluarga hasil uji validitas diperoleh nilai r hitung yang berkisar antara 0,553 - 0,959.

Tabel 4.9 Uji reliabilitas penelitian Model Peran Keluarga dalam Perawatan diri pasien skizofrenia

No	Kuisisioner	Nilai r <i>alpha cronbach's</i>	Kesimpulan
1	Faktor psikologi (emosi)	0.876 – 0.882	Reliabel
2	Faktor Informasi	0.869 – 0.889	Reliabel
3	TPB (sikap, norma subjektif, persepsi terhadap pengendalian)	0.868 – 0.881	Reliabel
4	Niat	0.881	Reliabel
5	Peran keluarga	0.869 – 0.893	Reliabel

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi penelitian

Pada penelitian ini tempat pengambilan sampel adalah di wilayah kerja puskesmas Jambon Kab. Ponorogo selama bulan Maret – April 2018.

4.6.2 Waktu Penelitian

Tabel 4.10 Matrik waktu penelitian

No	Kegiatan	Bulan Pelaksanaan						
		Des 2017	Jan 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mei 2018	Juni 2018
1.	Penyusunan proposal dan ujian PraProposal							
2.	Ujian Proposal Tesis							
3.	Uji etik dan Uji validitas dan reabilitas							
4.	Pengumpulan data dan pengolahan data							
5.	Ujian Hasil							
6.	Ujian Tesis							

4.6.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini adalah:

- 1) Permohonan perizinan surat dari Fakultas Keperawatan kepada Kesbangpol Kab. Ponorogo dan Dinas Kesehatan Ponorogo setempat
- 2) Setelah mendapatkan perizinan dari kesbangpol, selanjutnya adalah memilih responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Menjelaskan maksud, tujuan penelitian kepada responden serta meminta persetujuan responden (*informed consent*).
- 3) Peneliti dibantu perawat puskesmas setempat membagikan kuisioner
- 4) Langkah selanjutnya jawaban responden dianalisis menggunakan metode analisis data yang disajikan dalam sub bab berikutnya.

- 5) Langkah selanjutnya melakukan analisis dan menghubungkan antar Variabel, selanjutnya dari analisis ini digunakan dalam menyusun model peningkatan peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia.
- 6) Memberikan rekomendasi model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia berbasis *Theory of Planned Behavior* dan *Family Centered Nursing*

4.7 Analisis Data

4.7.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk melihat hasil dari masing – masing variabel.

Data yang berjenis kategori disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

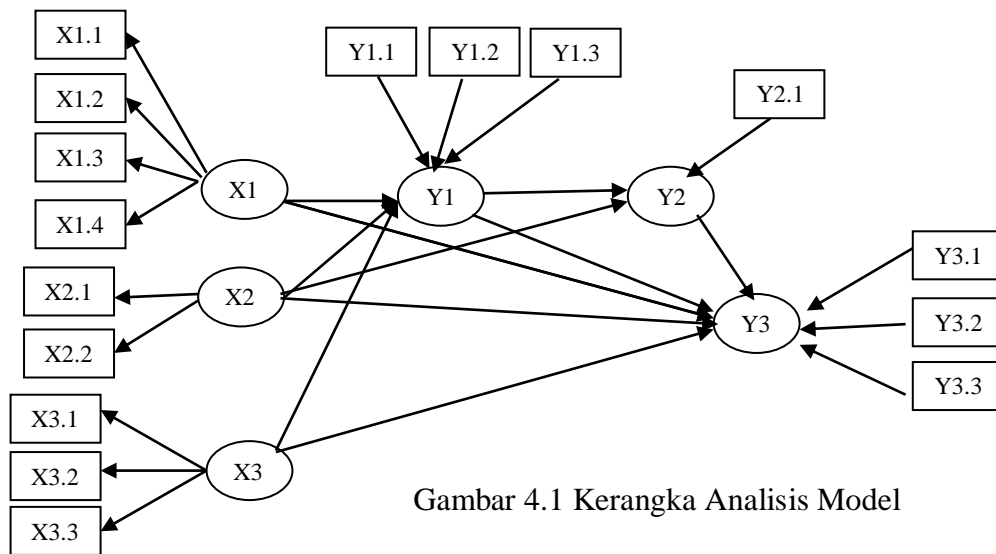
4.7.2 Analisis inferensial

Analisis data pada penelitian ini menggunakan SEM – PLS (*Structural Equation Modeling – Partial Least Square*) yaitu metode analisis yang digunakan pada setiap jenis skala data dengan syarat asumsi yang lebih fleksibel (Yamin & Kurniawan, 2011). Metode analisis dengan data tidak harus normal, skala data sesuai dengan kebutuhan peneliti, Termasuk dalam hubungan dan informasi antar Variabel yang diteliti. Dalam analisis jalur SEM – PLS yang terdiri atas tiga model yaitu *inner model* yang menspesifikan hubungan antar variabel laten, *outer model* yang mengkhususkan korelasi antara Variabel laten dengan Variabel indikator serta *weight relation* yang mengestimasi nilai dari variabel laten. Evaluasi model terdiri dari dua bagian yaitu evaluasi model pengukuran dan evaluasi struktural. Teknik pengelolaan SEM – PLS dilakukan dalam dua tahap:

- 1) Pengujian *measurement mode*, yaitu melakukan uji validitas dan reliabilitas pada tiap – tiap indikator apakah bagian dari variabel. Indikator dikatakan valid dan reliable apabila memiliki *loading factor* lebih besar atau sama dengan 0,5 atau mempunyai nilai $t > 1,96$. Pembacaan validitas dan reliabilitas konstruk adalah dari nilai *loading factor* (Ghozali, 2013).
- 2) Pada tahap kedua, pengujian *structural model* untuk menguji hipotesis, sehingga diketahui terdapat korelasi antar variabel atau tidak. Dengan menggunakan uji statistic t (*t-test*). Hasil penilaian dalam uji ini jika *t-value* $> 1,96$ ($\alpha = 10\%$) berarti pengujian signifikan, dan jika *t-value* $< 1,96$ ($\alpha = 10\%$) berarti pengujian tidak signifikan (Ghozali, 2013).

3) Pengujian hipotesis

Pengujian dilakukan dengan *t-test*, jika diperoleh *p-value* $\leq 0,05$ ($\alpha 5\%$), maka dapat disimpulkan ada pengaruh dan sebaliknya. Bilamana hasil pengujian hipotesis pada *outer model* signifikan, hal ini menunjukkan bahwa indikator dipandang dapat digunakan sebagai instrument pengukur *variabel laten*. Sedangkan apabila hasil pengujian pada *inner model* adalah signifikan, maka dapat dikatakan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna pada *variabel laten* terhadap *variabel laten* lainnya.



Gambar 4.1 Kerangka Analisis Model

Keterangan:

X1	: Faktor Sociodemografi	Y1	: Faktor Perilaku
X1.1	: Usia	Y1.1	: Sikap terhadap perawatan diri
X1.2	: Pendidikan	Y1.2	: Norma subjektif
X1.3	: Jenis kelamin	Y1.3	: Persepsi terhadap pengendalian
X1.4	: Penghasilan	Y2	: Niat
X2	: Faktor Psikologi	Y2.1	: Isi
X2.1	: Kepribadian	Y3	: Peran keluarga
X2.2	: Emosi	Y3.1	: Pengasuh
X3	: Faktor Informasi	Y3.2	: Perantara
X3.1	: Pengetahuan	Y3.3	: Pengikut
X3.2	: Pengalaman		
X3.3	: Paparan media		

4.8 Etika Penelitian

Etika penelitian dalam keperawatan harus terpenuhi karena hal ini berkaitan langsung dengan manusia dan merupakan aspek penting dalam sebuah riset atau penelitian (Hidayat, 2010). Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga No 675 – KEPK. Etik penelitian dengan melihat pada Komisi Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional 2016 yang meliputi:

1) Menghormati harkat martabat manusia (*Respect for Persons*)

Menghargai dan menghormati harkat martabat manusia sebagai insan yang bebas berkehendak dan tanggung jawab pada keputusannya sendiri. Dalam hal ini peneliti memberikan *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar penelitian.

2) Berbuat baik dan tidak merugikan (*Beneficence and non-maleficence*)

Peneliti mampu mengetahui dan mempertimbangkan untung rugi dari penelitian ini bagi responden. Penelitian diharapkan memiliki manfaat banyak bagi responden, dengan meminimalkan dampak yang negatif bagi responden. Pada penelitian ini, peneliti akan melaksanakan sesuai dengan prosedur yang dianjurkan tanpa merugikan responden.

3) Keadilan (*Justice*)

Pada aspek keadilan ini, responden yang menjadi objek penelitian harus diperlakukan secara adil selama dan setelah selesai penelitian.

4) Tanpa nama (*anonymity*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus di rahasiakan, untuk itu perlu adanya

5) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Pada aspek ini peneliti memberikan jaminan kerahasiaan baik informasi maupun hal – hal yang berkaitan dengan responden. Semua informasi yang sudah diambil oleh peneliti dijamin kerahasiaannya dan hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2010).

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Bab ini akan disajikan gambaran umum lokasi penelitian, hasil penelitian dan analisis hasil penelitian model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo. Hasil penelitian menjelaskan hasil dari analisis deskriptif dan analisis inferensial.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Jambon merupakan Puskesmas Perawatan di Kabupaten Ponorogo Propinsi Jawa Timur, terletak 2 km dari jalan Raya Ponorogo – Solo masuk ke Selatan satu arah dengan kantor Kecamatan Jambon. Jumlah wilayah kerjanya meliputi 13 desa terbagi dalam 1 Puskesmas Jambon (Ds. Jambon), 1 Puskesmas Pembantu (Pustu Jambon), 1 Puskesmas Pembantu (Pustu Sidoharjo), Polindes (Polindes Jambon), dan 3 Ponkesdes (Ds. Blembem, Ds. Menang, Ds. Polusari), 7 Polindes (Ds. Jonggol, Ds. Bringinan, Ds. Poko, Ds. Karanglo Kidul, Ds. Bulu Lor, Ds. Kreet, Ds. Blembem), 1 Poskesdes (Ds. Sidoharjo). Struktur organisasi Puskesmas Jambon dipimpin oleh kepala Puskesmas, kemudian struktur dibawahnya yaitu, Penanggung Jawab Manajemen Mutu, Ka TU (Bendahara, Kepegawaian Umum, Sistem Informasi Puskesmasn Rumah Tangga), Penanggung Jawab UKM Essensial dan Perkesmas (Program Promkes – UKS, Kesling, KIA – KB, Gizi, Pencegahan dan Pengendalian Penyakit – P2, Perkesmas/CHN), Penanggung Jawab UKM Pengembangan (Program Kesehatan

Jiwa, Olah raga, Kesehatan Indera, Lansia, Tradisional), Penanggung Jawab UKP, Kefarmasian dan Lab. (Pelayanan Kesehatan Umum, Kesehatan Gigi – Mulut, Gawat Darurat, Rawat Inap, Pojok Gizi, Kefarmasian, Laboratorium, Ambulans, Imuniasa, Kesehatan Lansia), Penanggung Jawab Jaringan dan Jejaring (Pustu dan Polindes).

Jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Jambon tahun 2017 sebesar 49.197 orang. Sedangkan distribusi pasien jiwa di wilayah Puskesmas Jambon sebanyak 217 pasien gangguan jiwa yang tersebar di wilayah Kec. Jambon (Sumber Data Puskesmas Jambon 2017).

Uraian tugas Penanggung Jawab Program Kesehatan Jiwa antara lain: (1) menyusun rencana kegiatan kesehatan jiwa berdasarkan data program Puskesmas, (2) memimpin, penyelenggaraan kegiatan Program Kesehatan Jiwa, (3) melaksanakan pengawasan, pengendalian dan evaluasi kegiatan Program Kesehatan Jiwa. Tanggung jawab Penanggung Jawab Program Kesehatan Jiwa antara lain: (1) bertanggung jawab atas penyelenggaraan Program Kesehatan Jiwa di Puskesmas dan jaringannya, (2) bertanggung jawab atas keberhasilan upaya Program Kesehatan Jiwa wilayahnya, (3) bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas secara teknis dan administratif. Wewenang dari Penanggung Jawab Program Kesehatan Jiwa antara lain: (1) melaksanakan fungsi manajemen yang meliputi (perencanaan, penggerakan dan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian), (2) melakukan penilaian kinerja atas penyelenggaraan Program Kesehatan Jiwa.

Beberapa program kesehatan jiwa di wilayah kerja puskesmas Jambon adalah pengkajian – perawatan pasien gangguan jiwa, rujukan ke RSJ (Rumah Sakit Jiwa) Menur (Surabaya, Lawang, Solo), kunjungan pasien, *health education*, dan *Gathering* bersama keluarga dan pasien gangguan jiwa.

5.2 Hasil Penelitian Deskriptif

5.2.1 Sosiodemografi

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi Responden berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

Karakteristik Sosiodemografi Responden	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Jenis kelamin		
Laki – laki	60	47,6
Perempuan	66	52,4
Usia		
36 – 45 tahun	27	21,4
46 – 55 tahun	22	17,5
56 – 65 tahun	56	44,4
> 65 tahun	21	16,7
Pendidikan		
SD/tidak sekolah	102	81,0
SMP	16	12,7
SMU	8	6,3
Pekerjaan		
Tani/pedagang	118	93,7
Wiraswasta, IRT	8	6,3
Penghasilan		
< UMR (1,5 juta)	52	41,3
≥ UMR (1,5 juta)	74	58,7

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 126 keluarga yang menjadi responden penelitian ini berjenis kelamin perempuan sebanyak 66 responden (52,4%) dan laki – laki sebanyak 60 responden (47,6%). Usia responden pada penelitian ini sebagian besar berada pada rentang usia 55 – 65 tahun sebesar 56 orang (44,4%). Sebagian besar tingkat pendidikan responden adalah SD/tidak sekolah yaitu sebesar 102 (81%). Sebagian besar responden di wilayah Puskesmas Jambon

memiliki pekerjaan Tani/pedagang yaitu sebanyak 118 responden (93,7%). Penghasilan responden sebagian besar \geq UMR (1,5 juta/bulan) sebesar 74 responden (58,7%).

5.2.2 Karakteristik Keluarga

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Karakteristik Keluarga di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

Karakteristik Responden	Jumlah	Persentase(%)
Hubungan Keluarga		
Saudara kandung	22	17.5
Anak	15	11.9
Orang tua	48	38.1
Lain – lain (suami/istri, ipar)	41	32.5
Pengalaman Merawat		
< 6 bulan	4	3.2
6 bulan – 1 tahun	4	3.2
1 – 3 tahun	19	15.1
> 3 tahun	99	78.6
Tipe Keluarga		
<i>Nuclear Family</i>	108	85.7
<i>Extended Family</i>	17	13.5
Lain – lain	1	.8

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah orang tua pasien sebanyak 48 responden (32,5%). Pengalaman merawat keluarga terhadap pasien di rumah sebanyak 99 responden (78,6%), sedangkan tipe keluarga pada penelitian ini sebagian besar adalah *Nuclear Family* sebanyak 108 keluarga (85,7%).

5.2.3 Karakteristik Pasien

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Karakteristik Pasien di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

Karakteristik Pasien	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Lama Sakit		
< 6 bulan	1	8
6 bulan – 1 tahun	3	2,4
1 – 3 tahun	19	15,1
> 3 tahun	103	81,7

Karakteristik Pasien	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Keluhan Dominan		
Amuk	37	29,4
Perilaku Kekerasan	10	7,9
Halusinasi	23	18,3
Diam	48	38,1
Lain – lain (mondar mandir)	8	6,4

Berdasarkan tabel 5.3 di atas berkaitan dengan karakteristik pasien, menunjukkan bahwa sebagian besar lama sakit pasien skizofrenia lebih dari 3 tahun sebanyak 126 pasien (81,7%). Sedangkan keluhan paling dominan pada pasien adalah diam sebanyak 48 pasien (38,1%).

5.2.4 Faktor Psikologi

Dari hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden tentang faktor psikologi dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan faktor psikologi di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

Faktor Psikologi	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Kepribadian		
Positif	65	51,6
Negatif	61	48,4
Emosi		
<i>Solution Focus Coping – SFC</i>	49	38,9
<i>Problem Focus Coping – PFC</i>	77	61,1

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa responden pada penelitian ini sebagian besar memiliki kepribadian positif yaitu sebanyak 65 orang (51,6%). Dan keluarga yang memiliki emosi negatif sebanyak 77 responden (61%).

5.2.5 Faktor Informasi

Hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan faktor informasi di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

Faktor Informasi	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Pengetahuan		
Baik	21	16,7
Kurang	105	83,3
Pengalaman		
Baik	52	41,3
Kurang	74	58,7
Paparan media		
Baik	51	40,5
Kurang	75	59,5

Tabel di atas menunjukkan bahwa responden pada penelitian ini sebagian besar memiliki pengetahuan yang buruk yaitu sebanyak 105 orang (83,3%). Dan sebagian besar responden pada penelitian ini memiliki pengalaman yang buruk sebanyak 74 keluarga (58,7%). Paparan media sebagian besar responden menunjukkan hasil yang kurang sebanyak 75 keluarga (59,5%).

5.2.6 Perilaku

Hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden tentang perilaku dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan Perilaku di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

Perilaku	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Sikap		
Baik	56	44,4
Buruk	70	55,6
Norma subjektif		
Baik	41	32,5
Buruk	85	67,5
Persepsi terhadap pengendalian		
Positif	58	46,0
Negatif	68	54,0

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwa sebagian besar sikap terhadap perawatan diri keluarga adalah buruk sebanyak 70 keluarga (55,6%), norma subjektif tentang perawatan diri keluarga terhadap pasien adalah buruk sebanyak 70 keluarga (67,5%) sedangkan pada persepsi terhadap pengendalian tentang perawatan diri keluarga terhadap pasien adalah Negatif sebanyak 68 keluarga (54%).

5.2.7 Niat

Hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden tentang niat dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5.7 Distribusi responden berdasarkan Niat

Niat	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Baik	47	37,3
Kurang	79	62,7

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki niat terhadap perawatan diri pasien adalah buruk sebanyak 70 keluarga (55,6%).

5.2.8 Peran Keluarga

Hasil pengumpulan data yang didapatkan dari responden tentang peran keluarga dapat dilihat dari tabel di bawah ini :

Tabel 5.8 Distribusi frekuensi responden berdasarkan peran keluarga di wilayah kerja Puskesmas Jambon Ponorogo

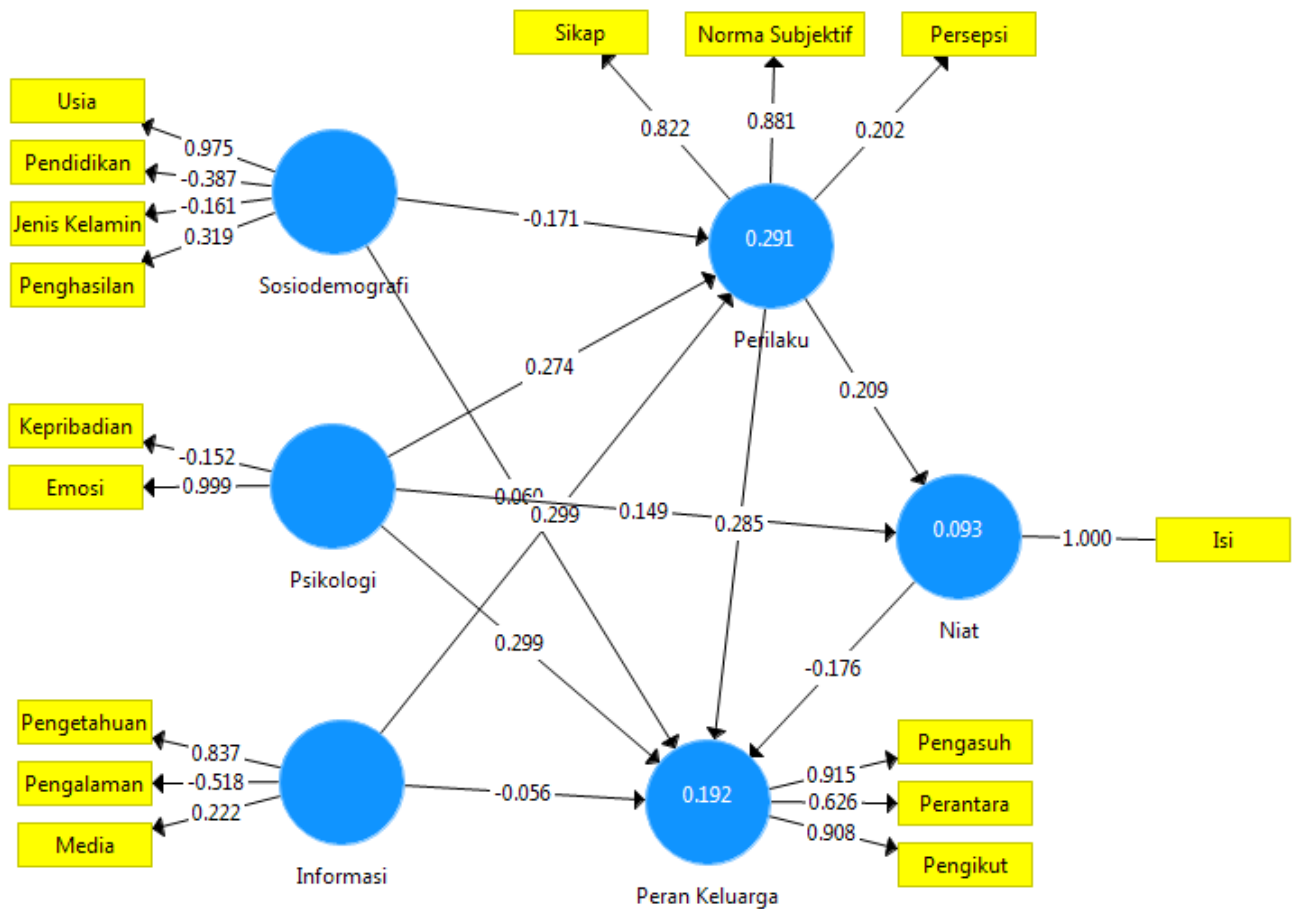
Peran Keluarga	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Pengasuh		
Baik	57	45,2
Kurang	69	54,8
Perantara		
Baik	52	41,3
Kurang	74	58,7

Peran Keluarga	Jumlah (n = 126)	Persentase(%)
Pengikut		
Baik	50	39,7
Kurang	76	60,3

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki peran sebagai pengasuh terhadap perawatan diri pasien adalah buruk sebanyak 69 keluarga (54,8%), perantara sebagian besar mendapatkan nilai buruk sebanyak 74 (58,7%) dan sebagai pengikut sebanyak 76 keluarga (60,3%) memiliki nilai buruk.

5.1. Analisis Inferensial Model Peran Keluarga

5.3.1. Pengujian *measurement model (outer model)*



Gambar 5.1 *Measurement model (outer model)*

Tahap ini menampilkan gambaran hasil pengujian SEM-PLS tahap *measurement model (outer model)* pada variabel sosiodemografi terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, variabel Psikologi (psikologi, emosi), variabel informasi terdiri dari pengetahuan, pengalaman dan media, variabel perilaku terdiri dari sikap (*attitude toward behavioral*), norma subjektif (*subjective norm*), persepsi (*perceived behavioral control*), variabel Niat, variabel peran keluarga terdiri dari pengasuh, perantara dan pengikut. Hasil perhitungan *measurement model* pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 5.9.

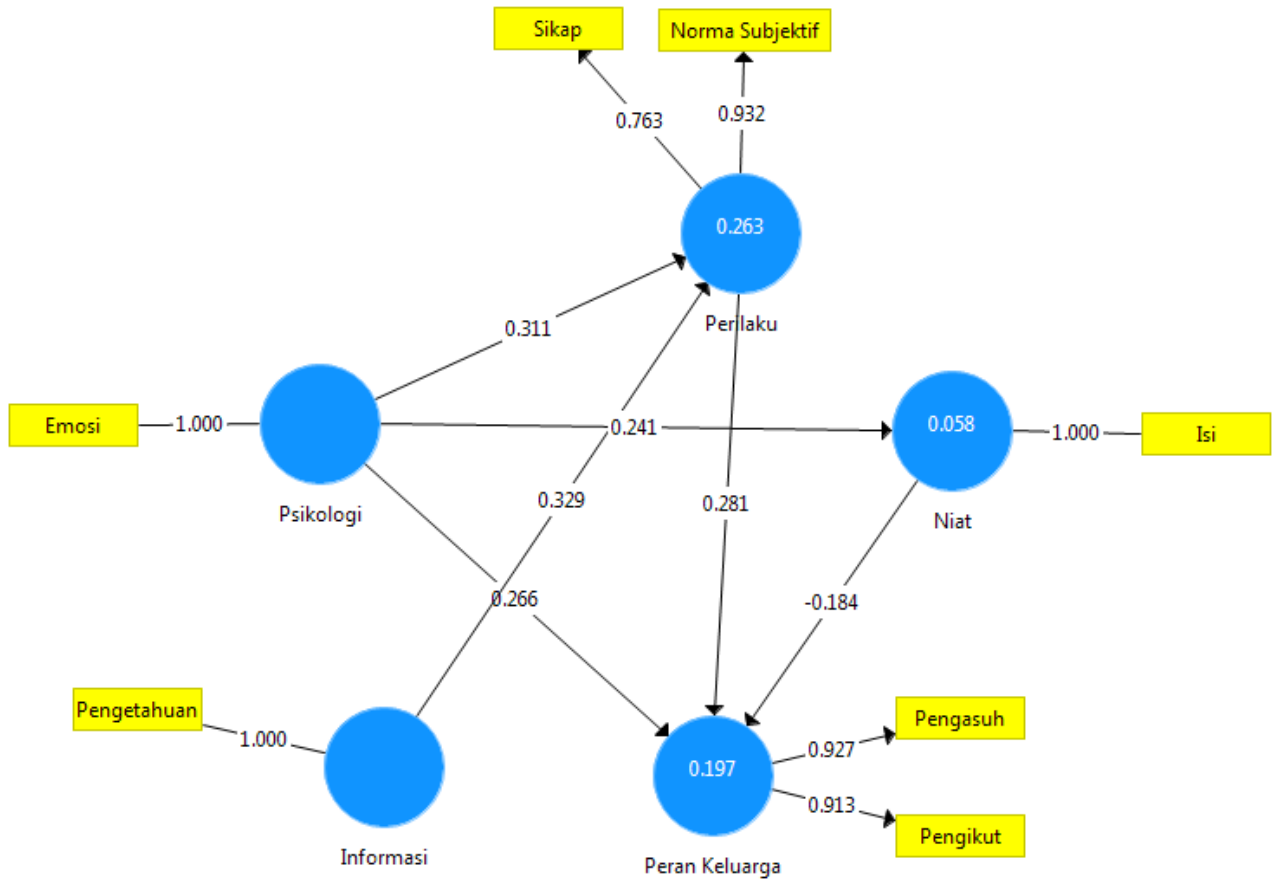
Tabel 5.9 Perhitungan *Measurement Model (Outer Model)* pada Model Peran keluarga di Puskesmas Jambon Ponorogo

Variabel	Sub Variabel	Faktor Loading	Average Variance Extracted (AVE)	Composite reliability
Sosiodemografi	Usia	0.975	0,307	0,167
	Jenis kelamin	-0.387		
	Pendidikan	-0.161		
	Penghasilan	0.319		
Psikologi	Kepribadian	-0.152	0,510	0,422
	Emosi	0.999		
Informasi	Pengetahuan	0.837	0,340	0,129
	Pengalaman	-0.518		
	Media	0.222		
Perilaku	Sikap	0.822	0,498	0,707
	Norma subjektif	0.881		
	Persepsi	0.202		
Niat	Isi	1,000	1,000	1,000
Peran keluarga	Pengasuh	0.915	0,685	0,864
	Perantara	0.626		
	Pengikut	0.908		

Hasil perhitungam tabel 5.9 menunjukkan sub variabel dari jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, kepribadian, pengalaman, media dan persepsi memiliki faktor loading < 0,6. Sub variabel dan variabel tersebut akan dihapus dari model ini. Pada penelitian ini nilai AVE pada variabel sosiodemografi tidak valid (0,307

< 0,6), informasi (0,340 < 0,6), perilaku (0,497 < 0,6). Nilai *composite reliability* pada variabel sosiodemografi tidak reliabel (0,167 < 0,6), informasi (0,129 < 0,6).

5.3.2 Pengujian *measurement model (inner model)*



Gambar 5.2 *Measurement model (inner model)*

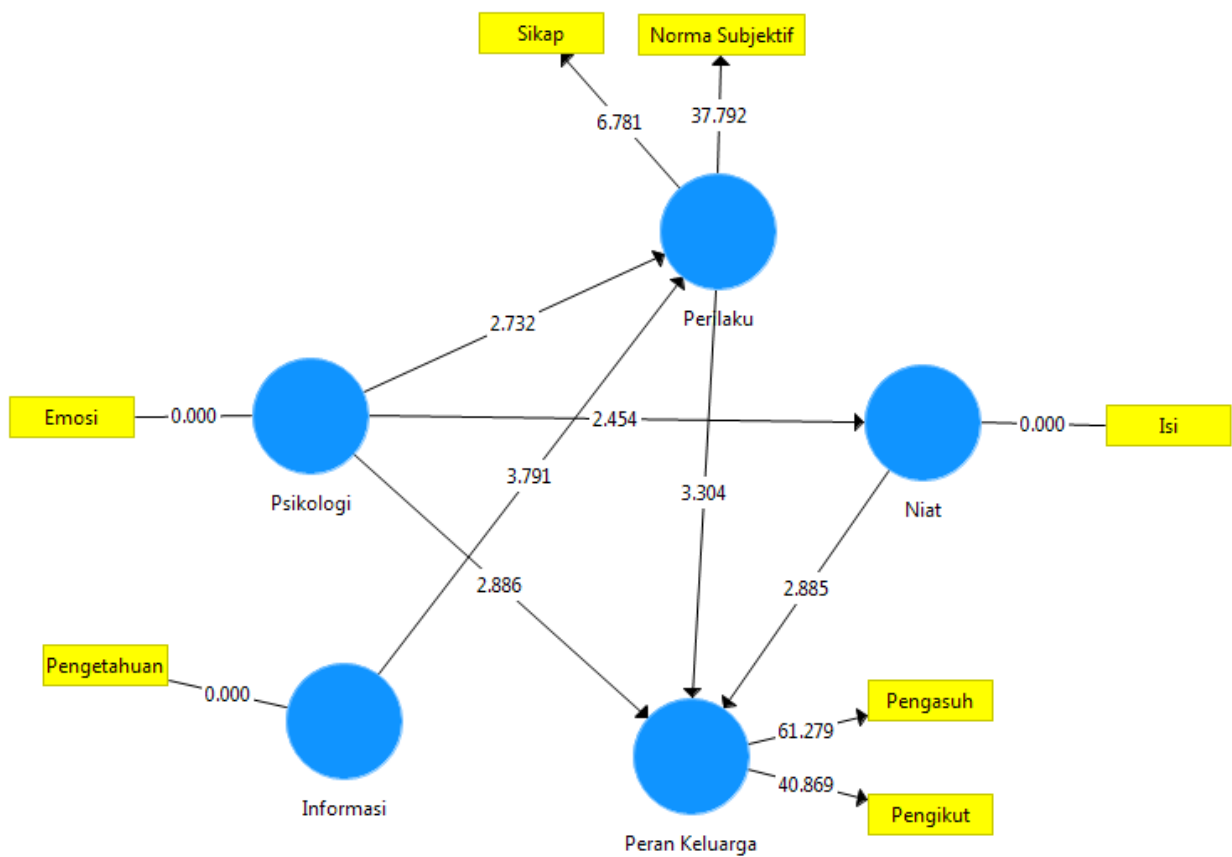
Tabel 5.10 Perhitungan *Measurement Model (Inner Model)* pada Model Peran keluarga di Puskesmas Jambon Ponorogo

Variabel	Faktor Loading	Average Variance Extracted (AVE)	Composite reliability
Psikologi	1,000	1,000	1,000
- Emosi			
Informasi	1,000	1,000	1,000
- Pengetahuan			
Perilaku		0.725	0.839
- Sikap	0,763		
- Norma subjektif	0,932		

Variabel	Faktor Loading	Average Variance Extracted (AVE)	Composite reliability
Niat (Isi)	1,000	1,000	1,000
Peran keluarga		0.846	0.917
- Pengasuh	0,927		
- Pengikut	0,913		

Hasil perhitungan tabel 5.10 menunjukkan seluruh variabel memiliki faktor loading $\geq 0,6$. Pada penelitian ini nilai AVE pada seluruh variabel valid $\geq 0,5$. Nilai *composite* pada seluruh variabel adalah reliabel $\geq 0,7$.

5.3.3 Pengujian Hipotesis (Bootstrapping)



Gambar 5.3 *Structural model* (Pengujian hipotesis)

Tahap selanjutnya adalah melakukan pengujian *structural model* pada tahap ini memiliki tujuan mengetahui adanya pengaruh antar variabel. Pengujian ini menggunakan perbandingan *uji t (t-test)*, apabila nilai t hitung lebih besar dari t tabel, *t-value* > 1,96 berarti pengujian signifikan.

Tabel 5.11 Hasil Perhitungan Uji t (*T-Test*) pada Model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada skizofrenia di Jambon Ponorogo

Hubungan antar variabel	Original sample	Sample mean	T Statistic	Ket.
Psikologi -> Perilaku	0.311	0.301	2.919	Signifikan
Psikologi -> Peran Keluarga	0.309	0.311	3.533	Signifikan
Psikologi -> Niat	0.241	0.242	2.426	Signifikan
Informasi -> Perilaku	0.329	0.349	3.983	Signifikan
Perilaku -> Peran Keluarga	0.281	0.272	3.197	Signifikan
Niat -> Peran Keluarga	-0.184	-0.188	2.819	Signifikan

Berdasarkan tabel 5.12 didapatkan :

1. Psikologi berpengaruh terhadap perilaku dengan nilai koefisien parameter sebesar 0,311 dan nilai $t = 2,919 > 1,96$.
2. Psikologi berpengaruh terhadap peran keluarga dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.309 dan nilai $t = 3.533 > 1,96$.
3. Psikologi berpengaruh terhadap niat dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.241 dan nilai $t = 2.426 > 1,96$.
4. Informasi berpengaruh terhadap perilaku dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.329 dan nilai $t = 3.983 > 1,96$.
5. Perilaku berpengaruh terhadap peran keluarga dengan nilai koefisien parameter sebesar 0.281 dan nilai $t = 3.197 > 1,96$.
6. Niat berpengaruh terhadap peran keluarga dengan nilai koefisien parameter sebesar -0.184 dan nilai $t = 2.819 > 1,96$.

Tabel 5.12 *Goodness of Fit* (GoF) pengembangan model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia *reliability*

Variabel	R square
Niat	0,058
Perilaku	0,263
Peran keluarga	0,197

Berdasarkan nilai tabek R-square pada tabel 5.12 maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Nilai R-square variabel niat = 0,058. Hal ini berarti bahwa faktor niat mampu dijelaskan oleh faktor perilaku sebesar 5,8%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh indikator isi (*content*).
2. Nilai R-square variabel perilaku = 0,263. Hal ini berarti bahwa faktor perilaku mampu dijelaskan oleh faktor sosiodemografi, psikologi dan faktor informasi sebesar 26,3%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh indikator seperti sikap dan norma subjektif.
3. Nilai R-square variabel peran keluarga = 0,197. Hal ini berarti bahwa faktor peran keluarga mampu dijelaskan oleh faktor sosiodemografi, psikologi, faktor informasi, perilaku, dan niat sebesar 19,7%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh indikator seperti pengasuh dan pengikut.

Untuk memvalidasi model structural secara keseluruhan digunakan *Goodness of Fit* (GOF). GOF indeks merupakan ukuran tunggal untuk memvalidasi performa gabungan antara model pengukuran dan model structural. *Goodness of fit* pada model penelitian ini diukur menggunakan *Q-Square predictive relevance*. Rumus Q-Square:

$$Q^2 = 1 - (1 - R_1^2) (1 - R_2^2) \dots (1 - R_p^2)$$

$$Q^2 = 1 - (1 - 0,058)(1 - 0,263)(1 - 0,197)$$

$$Q^2 = 1 - (0,942)(0,737)(0,803)$$

$$Q^2 = 1 - 0,557 = 0,443$$

Nilai *Goodness Of Fit* (GOF) terbentang antara 0 sd 1 dengan interpretasi nilai-nilai : 0,1 (GOF kecil), 0,25 (GOF *moderate*), dan 0,36 (GOF baik). Nilai GOF pada model penelitian ini $0,443 > 0,36$ artinya model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada skizofrenia melalui pendekatan teori *Planned of Behavior* baik atau obstruk.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan menyajikan pembahasan dari hasil penelitian model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo.

6.1 Pengaruh Sosiodemografi terhadap perilaku keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini menghasilkan bahwa faktor sosiodemografi tidak berpengaruh terhadap perilaku keluarga. Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar caregiver berada pada usia yaitu 56 – 65 tahun. Usia sering dihubungkan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensoris. Pemenuhan perawatan diri oleh keluarga pasien skizofrenia akan bertambah efektif seiring dengan bertambahnya usia dan kemampuan (Orem, 2001).

Lansia akhir pada umur sekitar 56 sampai 65 tahun, merupakan puncak pertumbuhan fisik manusia. Setelah itu, dengan perlahan semua kondisi fisik akan menurun. Kondisi ini akan berpengaruh terhadap peran dan hubungan dirinya dengan lingkungan. Menurut teori perkembangan psikososial, masa dewasa akhir ditandai perkembangan tiga gejala penting, yaitu; keintiman, degeneratif dan integritas.

Keintiman dapat diartikan kemampuan memperhatikan orang lain dan membagi pengalaman dengan mereka. Seseorang dapat terisolasi dikarenakan tidak mampu mengembangkan hubungan baik dengan orang lain. Pembentukan

hubungan baik merupakan tantangan utama yang harus dihadapi oleh orang yang memasuki masa dewasa akhir. Perkembangan degeneratif seseorang mendekati usia dewasa akhir, cenderung mengalami perubahan dalam hal memandang jarak kehidupan. Mereka mulai memikirkan mengenai tahun yang tersisa untuk hidup. Pada masa ini, banyak mereka yang membangun kembali kehidupan dengan prioritas apa yang paling penting dilakukan dalam waktu yang tersisa. Integritas menggambarkan keberhasilan seseorang dalam memelihara orang, benda, produk, dan ide – ide hidup. Keberhasilan menciptakan kebahagiaan, kegagalan akan menimbulkan keputusasaan dalam menghadapi kehidupan pribadi, kondisi sosial, historis, dan persiapan menghadapi kematian (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995; Grimm, 1991 dalam Puchalski, 2004 dalam Yusuf *et al*, 2017). Melakukan suatu tindakan atau pekerjaan, umur mempengaruhi produktivitas, pada umumnya umur yang masih muda dan baru menginjak dewasa memiliki tingkat kinerja yang baik dan optimal dibandingkan dengan tenaga kerja yang usianya sudah dewasa.

6.2 Pengaruh Sosiodemografi terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini menemukan bahwa faktor sosiodemografi tidak berpengaruh pada peran keluarga. Pendidikan *caregiver* sebagian besar adalah SD/Tidak Sekolah. Responden pada penelitian ini memiliki karakteristik rentang umur dan tingkat pendidikan yang sama. Mereka berada pada rentang usia lansia akhir (56 – 65 tahun) yang memiliki tingkat pendidikan SD/tidak sekolah. Jahja (2011) menyampaikan dalam bukunya perkembangan kognitif pada usia dewasa akhir memiliki kecepatan memproses informasi mengalami penurunan. Orang pada

masa dewasa akhir kurang mampu mengeluarkan kembali informasi yang telah disimpan dalam ingatannya.

Menurut Notoatmodjo (2007) tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Hal tersebut karena pendidikan akan memberikan pengetahuan sehingga terjadi perubahan perilaku positif yang meningkat sesuai tingkatan pendidikan tersebut diterima oleh individu. Dalam penelitian disebutkan bahwa pengambilan keputusan untuk memilih pemberi bantuan dilandasi oleh proses belajar sebelumnya, signifikan gejala dan evaluasi hasil pengobatan (Anderson, 2006). Berdasarkan karakteristik tersebut peneliti menyimpulkan bahwa responden memiliki informasi yang kurang tentang perawatan diri pasien skizofrenia dalam keluarganya, sehingga perubahan perilaku pada *caregiver* dalam perawatan masih perlu ditingkatkan.

Faktor yang lain yang berpengaruh pada pengetahuan adalah pengalaman dan media. Penelitian ini menemukan bahwa paparan media yang masih terbatas yaitu dengan paparan media baik sebanyak 40,5% responden. Sehingga dapat disimpulkan adanya kesamaan karakteristik antara rentang usia dan paparan media, yaitu responden berada pada rentang usia dewasa akhir dimana keterbatasan fungsi sensoris berupa indera dan fisik serta adanya keterbatasan informasi dengan minimnya paparan media yang diterima oleh *caregiver*.

Rentang usia pada lansia akhir, memasuki telah masuk lanjut usia, mulai terdapat beberapa perubahan – perubahan fisik sebagai proses fisiologis yaitu berkurangnya fungsi panca indera, kemampuan otak, paru, *gastro intestinal*, saluran kemih, sistem *endokrin*, *kardiovaskuler*, pernafasan otot dan tulang.

Semua peristiwa ini menimbulkan gangguan kesehatan fisik pada lansia. Keadaan ini, menjadi beban penderitaan berat dan mengakibatkan gangguan psikologis bagi *caregiver*. Gangguan psikologis yang bisa muncul adalah paranoid akibat berkurangnya penglihatan atau pendengaran, demensia (Yusuf *et al*, 2017). Sehingga dapat peneliti dapat memberikan kesimpulan, responden lanjut usia memiliki permasalahan fisik maupun psikologis yang berdampak pada perannya sebagai caregiver dalam merawat skizofrenia dalam keluarganya.

Penelitian ini menemukan adanya tipe keluarga (*caregiver*) dengan *extended family* sebanyak 18,5%. *Extended family* adalah keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti orang tua, kakak, adik dan keluarga dekat lainnya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan (Friedman, 2010). Kecenderungan dalam pemberian asuhan dengan tanggung jawab ganda; misalnya tanggung jawab pada pasien dan tanggung jawab pada anak atau anggota keluarga yang lain, sehingga mengurangi intensitas dalam melakukan perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit skizofrenia.

6.3 Pengaruh Psikologi terhadap perilaku keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini terdapat psikologi yang baik didukung dengan emosi yang baik berpengaruh terhadap perilaku. Allport menyatakan dalam (Schultz, 1991) kualitas emosi disebut “sabar terhadap kekecewaan”, yang menunjukkan bagaimana seseorang bereaksi terhadap tekanan dan hambatan dari keinginan – keinginan. Individu yang sehat sabar menghadapi kemunduran-kemunduran, tidak

menyerah pada kekecewaan, tetapi mampu memikirkan cara-cara yang berbeda untuk mencapai tujuan dan niat yang baik. Penelitian Lautenschlager, Kurz and Loi, (2013) menemukan bahwa karakter kepribadian dapat meningkatkan risiko beban pengasuh dan depresi pada pengasuh skizofrenia. Emosi yang diikuti dengan niat yang sesuai dan tepat mampu menjadikan seseorang berperilaku positif atas apa yang ia hadapi, termasuk memberikan pengasuhan pada pasien di rumah. Aspek psikologi seperti emosi dan kepribadian dapat mempengaruhi tindakan dan perilaku *caregiver* dalam melakukan perawatan diri pasien skizofrenia sehari – hari.

Dampak terhadap kualitas hubungan perkawinan berkontribusi terhadap beban *caregiver*. Penelitian lain yang senada menyebutkan bahwa *caregiver* yang merupakan pasangan pasien, akan berdampak pada tambahan peran yang harus digantikan oleh *caregiver* (Fitrikasari *et al.*, 2012). Hal ini akan berpengaruh pada aspek psikologi keluarga sebagai pengasuh pasien, disamping beban perawatan, pengobatan, dan tanggung jawab peran sosialnya juga menambah terjadinya perubahan psikologi.

Friedman (2010) menyatakan adanya dukungan emosional, yakni dengan memberikan dukungan emosional pada anggota keluarga dengan skizofrenia, maka akan terbentuk rasa empati, perasaan dihargai, dicintai, kebersamaan, kenyamanan, rasa percaya diri dan keluarga berfungsi sebagai penyedia tempat untuk tinggal. Keluarga atau *caregiver* memberikan ekspresi pengharapan positif kepada anggota keluarga dengan skizofrenia, termasuk dalam hal ini dukungan dalam peningkatan perawatan diri pasien, sehingga pasien akan memahami

kebutuhan perawatan dirinya dengan optimal. Oleh karena itu harus didukung dengan informasi tentang cara merawat diri yang baik.

6.4 Pengaruh Psikologi terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini ditemukan psikologi berupa kepribadian yang positif dan emosi yang baik (*solution focus coping-SFC*) sehingga mempengaruhi peran keluarga. Diungkapkan oleh Friedman (1998) dalam (Setiadi, 2008) bahwa keluarga sebagai pemberi dukungan emosional merupakan sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Penelitian yang senada menyatakan bahwa pengasuh dari pasien skizofrenia sebagian besar bukan orang tua, tetapi pasangan (24% pasangan, 15% ibu), pengasuh pasien skizofrenia melaporkan tingkat beban subjektif dan psikologis yang lebih tinggi gejala dari waktu ke waktu (Möller-Leimkühler and Mädger, 2011). Penelitian lain yang dilakukan oleh (Sariah, 2012) bahwa pasien yang berasal dari keluarga yang tidak peduli, masa pemulihan dan perawatannya di rumah sakit menjadi lebih panjang serta angka kemungkinan kekambuhan lebih tinggi dibandingkan dengan klien yang berasal dari keluarga dengan kepedulian lebih tinggi.

Psikologi keluarga termasuk emosi dan kepribadian salah satunya dapat dipengaruhi oleh beban saat merawat pasien skizofrenia di rumah. Di Indonesia, keluarga memainkan peran sebagai pengasuh kepada orang-orang dengan penyakit mental (Yusuf, *et al.*, 2018). Peran serta aktif keluarga sebagai pengasuh dan perawat sebagai *edukator* diharapkan mampu mengurangi beban psikologi

caregiver. Möller and Mädger (2011) menemukan dalam penelitiannya bahwa kepribadian *neurotisme* (merasa khawatir, tidak aman, sedih) sebagai prediktor yang relevan dari timbulnya stres dan beban psikologis pengasuh pasien skizofrenia. Semakin tinggi tingkat neurotisme, semakin tinggi beban subjektif dan lebih tinggi tingkat gejala psikologis. Sebaliknya pengasuh dengan kepribadian seperti sikap empati, ramah, hormat, membantu, sabar dan amanah, dalam menghadapi pasien lebih banyak mendengarkan, menanggapi serta interaksi yang lebih toleran, hormat dan memiliki reaksi yang positif. Kepribadian seseorang memiliki kelebihan dan kekurangan di dalamnya, dan dapat mempengaruhi keluarga selama melakukan perawatan kepada pasien.

Friedman, (2010) dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien mencakup empat aspek yaitu, dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dukungan penilaian. Dari empat aspek tersebut dapat saling berkesinambungan dalam praktiknya. Ketika individu mendapatkan dukungan tersebut secara maksimal, maka individu akan belajar menggunakan *coping* yang positif terhadap tekanan yang ada dalam diri individu maupun dari luar. House dan Kahn dalam (Friedman, et al, 2010), menyatakan dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang, serta empati. Dukungan ini bagian dari fungsi *afektif* keluarga yang mampu bermanfaat untuk pasien jika diterapkan pada anggota keluarga. Termasuk dalam hal perlindungan dan dukungan psikososial bagi anggota keluarga, keluarga bertindak sebagai sumber utama dari cinta, kasih sayang, dan pengasuhan. Salah satu nilai keluarga yang penting ialah menganggap

keluarga sebagai tempat memperoleh kehangatan, dukungan, dan penerimaan. Loveland, Cherry dalam (Friedman, 1998) mengutarakan bahwa kasih sayang dikalangan anggota keluarga menghasilkan suasana emosional pengasuhan yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan secara positif. Dukungan sosial menjadi salah satu sumber yang utama sering pasien rawat jalan atau perawatan di rumah, terutama keluarga sebagai *caregiver* atau pengasuh pasien. Hal ini juga berkaitan dengan kesembuhan dan kemampuan pasien dalam perawatan diri dalam kehidupan sehari – hari.

Penelitian ini menemukan bahwa keluhan pasien sebagian besar yaitu (37,3%) amuk/perilaku kekerasan. Wallace (1996) dalam Friedman (2010) menyebutkan kekerasan dalam keluarga adalah setiap tindakan atau kelalaian oleh seseorang yang hidup bersama yang mengakibatkan cedera berat (bahaya fisik atau emosional) kepada anggota keluarga yang lain. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan hilangnya kendali perilaku seseorang yang diarahkan pada diri sendiri, orang lain, atau lingkungan. Perilaku kekerasan pada diri sendiri dapat berbentuk melukai diri untuk bunuh diri atau membiarkan diri dalam bentuk penelantaran diri. Perilaku kekerasan pada orang adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting, dan semua yang ada di lingkungan (Yusuf *et al*, 2015). Gejala dominan seperti di atas mempengaruhi peran *caregiver* dalam memberikan perawatan karena kekhawatiran jika hal tersebut bisa muncul sewaktu – waktu dan mencederai baik keluarga maupun lingkungan. Hal tersebut juga mempengaruhi keluarga untuk

tetap mengajak kontrol secara rutin ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan terapi farmaka yang sesuai.

6.5 Pengaruh Psikologi terhadap niat keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Hasil penelitian ini menemukan bahwa emosi (faktor psikologi) memiliki pengaruh terhadap niat keluarga dalam melakukan perawatan diri pada pasien skizofrenia. Amelia dan Anwar (2014), adanya stigma rasa malu, penyalahan lingkungan serta persepsi negatif keluarga menimbulkan sikap dan perilaku yang menimbulkan ekspresi emosi pada keluarga. Emosi yang tinggi pada umumnya dimiliki oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa, hal ini disebabkan keluarga memiliki persepsi negatif dan perasaan terbebani oleh keberadaan anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Dengan perasaan malu dan terbebani tersebut biasanya keluarga akan mempengaruhi emosi pada diri keluarga dalam merawat sehari – hari pada pasien.

Sulistiyani (2015) menyatakan niat merupakan dasar dari sebuah perilaku muncul, tanpa adanya niat atau intensi tidak dapat terjadi sebuah perilaku. Positif atau negatifnya perilaku seseorang dipengaruhi oleh niat yang kuat pada diri seseorang tersebut. Hal ini senada dengan Ajzen (1985) perilaku manusia dipandu oleh tiga macam keyakinan yaitu keyakinan perilaku, keyakinan normatif dan keyakinan kontrol. Keyakinan perilaku akan menghasilkan sikap terhadap perilaku, keyakinan normatif menghasilkan keyakinan subjektif, dan keyakinan kontrol mengakibatkan kontrol perilaku yang dirasakan. Berdasarkan penjelasan di atas, semakin tinggi manfaat sikap terhadap perilaku, norma subjektif, dan

semakin besar kontrol perilaku yang dirasakan, maka akan semakin kuat niat seseorang untuk melakukan perilaku yang diinginkan ketika ada kesempatan (Ajzen, 1985). Penelitian ini di dukung oleh Rakesh (2014) yang menyatakan *caregiver* pasien gangguan jiwa adalah sistem pendukung utama selain rumah sakit dan tenaga kesehatan, *caregiver* memiliki banyak peran untuk merawat pasien gangguan jiwa dan memiliki beban berat karena tekanan yang dihadapi dari masyarakat dan pasien. Sama halnya dengan yang dilakukan oleh *caregiver* dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia, emosi pada *caregiver* dapat berpengaruh dalam perawatan diri pasien.

6.6 Pengaruh informasi terhadap perilaku keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini menemukan bahwa faktor informasi yaitu pengetahuan yang baik menghasilkan sikap yang baik sehingga berpengaruh terhadap perilaku. Sesuai dengan teori Green (1980) dalam (Notoatmodjo, 2007) yang mengatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi yang mendasari perubahan perilaku seseorang. Pengetahuan responden yang baik dapat dijadikan sebagai dasar dalam pembentukan perilaku responden dalam merawat pasien skizofrenia dirumah karena pengetahuan merupakan domain terendah dalam pembentukan perilaku seseorang. Perubahan perilaku terjadi karena adanya perubahan pengetahuan. Peningkatan pengetahuan disertai peningkatan kepercayaan diri dapat melahirkan perubahan perilaku kearah positif berupa adanya perbaikan (Nursalam, 2008). Pendidikan dapat membawa pengetahuan seseorang secara umum, individu yang berpendidikan tinggi akan memiliki

pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah. Seseorang yang berpendidikan tinggi lebih rasional, lebih terbuka dalam menerima informasi, sehingga wawasan dan pengetahuannya lebih luas dan menghasilkan sikap yang lebih positif dalam menghadapi permasalahan. Individu tersebut lebih matang terhadap proses perubahan pada dirinya (Notoatmodjo, 2010). Oleh karena itu, pengetahuan responden (*caregiver*) yang baik akan mempengaruhi perilaku (*caregiver*) dalam merawat pasien dirumah. Selain itu menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2007) perilaku yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*).

Penelitian ini ditemukan pengetahuan yang baik, pengalaman yang baik, dan paparan media yang baik mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia. Dikutip dari Nursalam (2015) teori *Family centered Nursing*, Keluarga merupakan *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan. Potensi dan keterlibatan keluarga menjadi makin besar, ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan terus menerus karena masalah kesehatannya bersifat kronik, seperti pasien skizofrenia. hal ini sesuai dengan penelitian Fitryasari *et al* (2018) menyatakan bahwa keluarga yang anggotanya menderita penyakit mental masih mengalami hambatan dalam layanan kesehatan mental. Praktik keluarga sebagai pusat keperawatan (*family-centered nursing*), didasarkan pada perspektif bahwa keluarga unit dasar untuk keperawatan individu dari anggota keluarga. Pengetahuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia yang benar menentukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien, sehingga

keluarga mampu melaksanakan tugas keluarga sesuai dengan teori Friedman 1981, yaitu mengenal, memutuskan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan. Hal ini ditunjang adanya pelayanan kesehatan puskesmas setempat dengan program kesehatan jiwa termasuk informasi lain. Informasi yang tepat dan sesuai dari perawat di puskesmas setempat akan sangat berarti dan bermanfaat bagi keluarga dalam perawatan diri pasien sehari – hari.

Perawat jiwa dan tenaga kesehatan lainnya yang telah banyak berperan dalam memberikan layanan kesehatan jiwa baik pengkajian, perawatan dan pemulihan termasuk edukasi kepada keluarga. Pendidikan kesehatan dilakukan oleh perawat untuk merubah perilaku klien dan keluarga (Notoatmodjo, 2011). Penelitian ini menemukan bahwa pengetahuan berpengaruh terhadap perilaku. Pendidikan kesehatan diartikan sebagai upaya untuk membentuk perilaku yang kondusif untuk kesehatan. Pendidikan kesehatan berupaya agar keluarga menyadari dan mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan, mencegah hal – hal yang dapat merugikan keluarga dan orang lain dan mengetahui kemana seharusnya mencari pertolongan jika sakit. Notoatmodjo (2011) menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan adalah meningkatkan tiga domain perilaku yaitu *cognitive domain*, *affective domain* dan *psychomotor domain*. Hal ini disebabkan oleh pengetahuan mengenai informasi kesehatan sehingga akan mempengaruhi perilaku mereka.

6.7 Pengaruh informasi terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini menemukan informasi tidak berpengaruh terhadap peran keluarga. Tingkat pendidikan *caregiver* di wilayah kerja Puskesmas Jambon adalah hampir seluruhnya adalah Sekolah Dasar/Tidak Sekolah. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendidikan, pengalaman, media massa maupun lingkungan. Ajzen (2005) dinyatakan faktor informasi adalah pengalaman, pengetahuan dan ekspose pada media. Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Peran keluarga sebagai pengasuh, pengikut membutuhkan informasi dan pengetahuan dari luar melalui orang lain dan paparan media. *Caregiver* yang belum memiliki informasi tentang bagaimana berperan sebagai pengasuh dan pengikut maka akan mengalami kesulitan dalam melakukan peran di keluarga dengan pasien skizofrenia. Pendapat ini sesuai dengan penelitian Simanungkalit (2011) dalam Mandias (2012) jika pendidikan seseorang rendah akan menghambat perkembangan perilakunya terhadap penerimaan informasi dan pengetahuan baru. Dan sebaliknya semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin mudah ia menerima informasi dan semakin banyak pengetahuan yang dimiliki. Perawat meningkatkan pemberian intervensi, seperti aplikasi cara menangani skizofrenia dan dukungan psikoterapi untuk membantu *caregiver* menjadi lebih simpati dan toleran terhadap pasien (Wang, Chen and Yang, 2017). Oleh karena itu informasi

dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, termasuk informasi dan pengetahuan tentang perawatan diri terhadap pasien skizofrenia dalam keluarga.

6.8 Pengaruh perilaku terhadap niat keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini ditemukan sikap dan norma subjektif yang baik berpengaruh terhadap niat atau intention keluarga. Penelitian ini ada pengaruh *subjective norm* dengan *intention*, karena mudah terjalinya keyakinan keluarga terhadap orang lain, maka menghasilkan rasa percaya keluarga dengan orang tersebut, dalam penelitian ini baiknya keyakinan keluarga terhadap seseorang, mengenai persetujuan untuk tindakan yang akan diambil dalam perawatan dirinya, menyebabkan ada pengaruhnya *subjective norm* terhadap niat. Hasil penelitian Huda (2012), norma subyektif memiliki pengaruh yang baik dengan *intention*. Menurut teori, rasa percaya yang dirasakan seseorang memiliki fungsi untuk memperkuat atau melemahkan *intention*. Jika sikap itu dianggap bisa dilakukan *intention* akan diperkuat dan jika sikap dianggap sulit maka tidak mungkin dilakukan *intention* itu akan melemah, pada penelitian ini baiknya pengetahuan lansia tentang pentingnya perawatan diri, serta sudah berniat untuk mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti; makan sendiri, berpindah tempat, mandi, menjaga kebersihan diri, dan berpakaian, maka lansia dapat mempertahankan kemandirian. Penelitian Rhodes & Courneya (2005), mengemukakan bahwa norma subyektif yang dibangun dari *intention*, jika norma subjektif buruk maka niat akan melemah, sebaliknya jika norma subjektif baik maka niat akan baik pula, dalam penelitian ini hasil norma subyektif baik sehingga ada hubungan antara norma

subyektif dengan intention. Sehingga penelitian ini memberikan kepercayaan kepada keluarga dalam pengambilan keputusan untuk perawatan dirinya. Sehingga norma subjektif yang baik menghasilkan pengaruh baik didukung oleh adanya niat yang kuat.

Penelitian ini menemukan perilaku keluarga tidak berpengaruh dengan niat. Hal tersebut senada dengan hasil penelitian mengenai niat yang kurang tetapi memiliki kecenderungan berperilaku yang baik, hal tersebut memiliki makna tidak ada pengaruh antara niat dengan perilaku (Rohmah, 2017). Hal ini dikarenakan terdapat faktor lain yang mempengaruhi kecenderungan perilaku keluarga pada pasien gangguan jiwa seperti hubungan dengan keluarga. Karakteristik responden menunjukkan bahwa hampir setengahnya adalah orang tua dari pasien skizofrenia sehingga cenderung memiliki perilaku yang baik kepada pasien karena merupakan darah dagingnya. Perilaku yang positif ini sangat penting dan dapat mengurangi resiko kekambuhan serta mempercepat kesembuhan.

6.9 Pengaruh Perilaku terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Penelitian ini menemukan perilaku yaitu pada sikap terhadap perawatan diri dengan hasil yang baik dan peran keluarga yang baik sehingga mempengaruhi perilaku. Pada penelitian ini ditemukan peran keluarga; pengikut baik dan pengasuh baik yang berpengaruh pada perilaku. Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi keluarga dalam kelompok sosialnya. Peran informal keluarga; pengikut adalah menerima ide orang lain secara pasif, pendengar saat

diskusi atau keputusan kelompok. Sedangkan peran pengasuh adalah anggota keluarga yang diperlukan untuk mengasuh dan merawat anggota lainnya yang membutuhkan (Friedman 2003).

Kundu, *et al*, (2013) menyatakan bahwa adanya dukungan sosial yang diberikan baik dari keluarga lingkungan kerja, masyarakat dalam lingkup sosialnya meminimalkan munculnya gejala positif pada pasien skizofrenia. Dalam *Theory of Planned Behavior* sikap yang dimiliki seseorang terhadap suatu tingkah laku dilandasi oleh *belief* seseorang terhadap konsekuensi (*outcome*) yang akan dihasilkan jika tingkah laku atau perilaku tersebut dilakukan (*outcome evaluation*) dan kekuatan terhadap *belief* tersebut (*belief strength*). *Belief* merupakan pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek – aspek yang dapat dibedakan tentang dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang diri dan lingkungannya (I Ajzen, 2005). Perilaku keluarga yang mendukung perawatan diri pada pasien seperti pada kuisioner yaitu “Bagi saya, merawat pasien adalah kewajiban saya”. Termasuk dalam penelitian ini sikap keluarga dengan membantu perawatan diri pasien dapat membantu kesembuhannya, hal ini dapat menguatkan *belief* keluarga saat merawat pasien.

Kemampuan pasien yang terbatas dalam memenuhi kebutuhan dan menjalankan tugas sosial, menuntut untuk mendapatkan bantuan dari orang lain. Bantuan dari orang lain atau dukungan sosial merupakan suatu bentuk bantuan yang datang baik dari keluarga, teman, tenaga profesional, maupun masyarakat. Bantuan yang diberikan dapat berupa sumber daya fisik, *materil* maupun *non*

materiil, pemberian informasi, serta bantuan dukungan secara emosional (Dimatteo, 2002).

6.10 Pengaruh Niat terhadap peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia di Jambon Ponorogo

Secara statistik penelitian ini menemukan bahwa niat (*intention*) berpengaruh terhadap peran keluarga. *Theory of Planned Behavior* mempunyai dasar pendekatan *beliefs* yang membentuk niat (*intention*) dan mendorong individu untuk menampilkan atau melakukan suatu perilaku tertentu. *Beliefs* dipengaruhi oleh beberapa faktor latar belakang individu, antara lain faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan), faktor psikologi (kepribadian, emosi) serta faktor informasi yang meliputi (pengetahuan, pengalaman, dan media) (Icek. Ajzen, 2005). Perilaku mempunyai dasar pendekatan *belief* yang membentuk niat dan mendorong individu untuk melakukan suatu perilaku tertentu, faktor utama pembentuk niat antara lain sikap (*attitude*) norma subjektif (*subjective norm*), persepsi (*perceive behavior control*) (I Ajzen, 2005). Kuisisioner pada norma subjektif, “keluarga mengikuti apa yang disarankan oleh Pemegang Program Kesehatan Jiwa, dokter, perawat, kader jiwa dan pejabat desa. Oleh karena itu, niat tersebut dapat diperkuat dengan adanya dukungan norma subjektif dari luar.

Hasil penelitian Rohmah (2017), semakin tinggi niat (*intention*) semakin baik perilaku *caregiver* dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan sebaliknya niat (*intention*) yang kurang minat akan menyebabkan perilaku yang cenderung kurang baik dalam merawat anggota

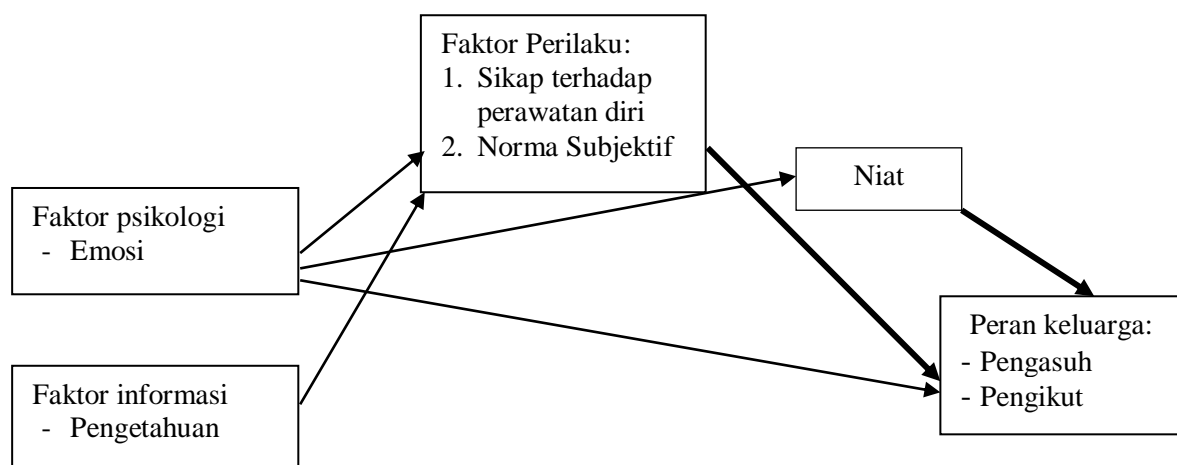
keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor predisposisi yang melatarbelakangi perilaku yang dilandasi dengan pemikiran, dimana salah satu faktor predisposisi perilaku adalah sikap dan keyakinan seseorang tentang suatu hal (Notoatmodjo, 2010). Hal ini dapat dikatakan bahwa niat (*intention*) yang dimiliki keluarga akan menentukan sikap terhadap penderita gangguan jiwa dimana sikap tersebut diyakini oleh keluarga dan ditunjukkan dalam perilaku dalam merawat pasien yang mengalami gangguan jiwa.

Munculnya niat berperilaku ditentukan oleh tiga faktor penentu yaitu (1) *Behavioral beliefs*, yaitu keyakinan individu akan hasil dari suatu perilaku (*beliefs strength*) dan evaluasi atas hasil tersebut (*outcome evaluation*), (2) *normative beliefs*, yaitu keyakinan tentang harapan normatif orang lain (*normative beliefs*) dan motivasi untuk memenuhi harapan tersebut (*motivation to comply*), (3) *Control beliefs*, yaitu keyakinan tentang keberadaan hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan (*control beliefs*) dan persepsinya tentang seberapa kuat hal-hal yang mendukung dan menghambat perilakunya tersebut (*perceived power*). Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi keluarga didalam kelompok sosialnya (Suliswati, dkk 2005). Menurut Murty (2003), peran keluarga dalam merawat pasien skizofrenia adalah keluarga mampu melihat kebutuhan – kebutuhan klien dan mempertahankan kekohesifan dalam keluarga dengan cara belajar keterampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis, serta memberi

dukungan emosional. Mohr (2006) mengatakan peran keluarga memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga, interaksi dan meningkatkan kesehatan personal. Penelitian Caqueo-urizar *et al.*, (2017) menjelaskan meningkatkan perawatan memerlukan komitmen dari keluarga, sistem layanan kesehatan mental, dan dukungan dari berbagai pihak untuk meningkatkan kualitas hidup skizofrenia. Oleh karena itu, keselarasan niat dan peran keluarga karena adanya keyakinan pada diri keluarga untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga. Seiring dengan terbentuknya niat dan pemahaman tentang peran keluarga dalam perawatan diri pasien, support dari lingkungan, petugas kesehatan secara berkala agar niat dan pemahaman tersebut dapat dikonversikan menjadi perilaku yang konsisten, sehingga keluarga mampu menerapkan perawatan diri pada pasien skizofrenia.

6.11 Temuan Penelitian

Berdasarkan keseluruhan hasil pengujian hipotesis menggunakan analisis SEM – PLS maka dapat diketahui jalur yang mempengaruhi model dalam penelitian ini:



Gambar 6.1 Temuan Penelitian

Gambar 6.1 menunjukkan hasil penelitian berupa rekomendasi model peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia. Rekomendasi model tersebut tersusun atas faktor sosiodemografi, psikologi, informasi, perilaku (sikap dan norma subjektif), niat yang mempengaruhi peran keluarga. Peran keluarga adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi keluarga didalam kelompok sosialnya. Meningkatkan perawatan memerlukan komitmen dari keluarga, sistem layanan kesehatan mental, dan dukungan dari berbagai pihak untuk meningkatkan kualitas hidup skizofrenia. (Caqueo-urizar et al., 2017)

Maka dapat disimpulkan bahwa adanya perilaku (sikap dan norma subjektif) yang baik mampu mempengaruhi peran keluarga (*caregiver*) sehingga keluarga mampu melakukan perannya yaitu sebagai pengasuh dan pengikut untuk meningkatkan perawatan diri pada pasien skizofrenia di dalam keluarganya. Keselarasan niat dan peran keluarga karena adanya keyakinan pada diri keluarga untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan dalam keluarga. Seiring dengan terbentuknya niat dan pemahaman tentang peran keluarga dalam perawatan diri pasien, support dari lingkungan, petugas kesehatan secara berkala agar niat dan pemahaman tersebut dapat dikonversikan menjadi perilaku yang konsisten, sehingga keluarga mampu menerapkan perawatan diri pada pasien skizofrenia.

Peran keluarga menurut Mohr (2006), individu yang memberikan respon terhadap kebutuhan anggota keluarga, interaksi dan meningkatkan kesehatan

personal. Niat yang diikuti dengan perilaku yang positif menumbuhkan peran keluarga (*caregiver*) sebagai pengasuh, pengikut dan perantara bagi penderita skizofrenia dalam keluarga. Peneliti merekomendasikan model peran keluarga dengan meningkatkan perilaku keluarga (*caregiver*) serta menyeleraskan keyakinan dan niat sehingga keluarga mampu merawat pasien skizofrenia dengan baik dan paripurna.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

- 1) Keterwakilan variabel dalam kuisisioner belum mendalam sehingga yang dihasilkan belum memenuhi harapan penelitian
- 2) Instrumen kuisisioner dalam variabel kurang spesifik menilai kondisi responden dan mencakup keadaan keluarga, sehingga menimbulkan makna atau persepsi ganda.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisikan tentang simpulan dan saran. Kesimpulan penelitian berisi tentang jawaban dari tujuan penelitian yang disusun pada bab terdahulu yang sesuai dengan hasil pengujian model pengukuran dan hasil pengujian struktural. Saran dibuat untuk menindaklanjuti hasil penelitian dan model yang dihasilkan dalam penelitian ini. Simpulan dan saran selengkapnya adalah sebagai berikut:

7.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh simpulan sebagai berikut:

1. Faktor sosiodemografi tidak berpengaruh pada perilaku maupun peran keluarga, faktor informasi tidak memiliki pengaruh terhadap peran keluarga dan perilaku tidak memiliki pengaruh terhadap niat (*intention*).
2. Faktor psikologi (emosi), faktor informasi (pengetahuan) berpengaruh terhadap perilaku (sikap dan norma subjektif) dalam memberikan perawatan diri pada pasien skizofrenia, sedangkan peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia dipengaruhi oleh faktor psikologi, perilaku dan niat (*intention*).
3. Model ini dapat membentuk perilaku dan niat sehingga mampu meningkatkan peran keluarga dalam memberikan perawatan diri pasien skizofrenia di rumah.

7.2. Saran

1) Keluarga

Keluarga diharapkan secara kontinyu melakukan perawatan diri secara mandiri maupun dengan bantuan petugas Puskesmas terhadap pasien, serta terlibat aktif dengan program kesehatan jiwa Puskesmas setempat sehingga mampu mengatasi berbagai masalah yang sedang dihadapi.

2) Puskesmas

Melibatkan turut serta keluarga dalam kegiatan yang berhubungan dengan keswa (kesehatan jiwa), pemberian intervensi harus diperkuat, seperti intervensi pendidikan menangani skizofrenia dan dukungan psikoterapi untuk membantu *caregiver* menjadi lebih simpatik dan toleran terhadap pasien, serta kerja sama lintas sektor puskesmas dengan pendidikan atau dinas terkait berupa inovasi agar partisipasi keluarga dan pasien optimal sehingga layanan tercapai paripurna.

3) Peneliti selanjutnya

Diharapkan pada peneliti memilih, memperbaiki kuisisioner dan menambahkan variabel yang tepat untuk kondisi responden. Mengembangkan model penelitian dengan disertakan intervensi kepada keluarga, sehingga didapatkan dapat diketahui efektifitas intervensi tersebut bagi keluarga dalam membantu perawatan diri pasien skizofrenia.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1988). *From Intentions to Actions, Attitudes, Personality and Behavior*. England: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*. University of Massachusetts, England: Academic Press.
- Ajzen, I. (2005) *Attitudes, Personality and Behavior*. (T. Manste. Open University Press.
- Allender, J. A., & Spradley, B. W. (2005). *Community Health Nursing: Concept and Practice* (6th ed.). Philadelphia.
- Alligood M. R., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing Theorist and Their Work* (Ed. 7). United State of Amerika: Mosby Elsevier.
- Amelia, Diny R dan Anwar, Zainul. (2014). Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*. Di akses pada 7 Juli 2018
- Anderson, Elizabeth T & Mc Farlane. 2006, Buku Ajar Keperawatan Komunitas: Teori dan Praktik Ed. 3. Jakarta: EGC.
- Bailey, J. M., Wye, P. M., Wiggers, J. H., Bartlem, K. M., & Bowman, J. A. (2017). Family carers: A role in addressing chronic disease risk behaviours for people with a mental illness? *Preventive Medicine Reports*, 7, 140–146. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2017.05.014> diakses 11 November 2017.
- Boyer, L., Caqueo-urizar, A., Lancon, C., Gutiérrez-maldonado, J., & Auquier, P. (2012). Kualitas hidup di antara pengasuh pasien dengan skizofrenia : perbandingan lintas budaya keluarga Chili dan Perancis.
- Caqueo-urizar, A., Rus-calafell, M., Craig, T. K. J., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., ... Rus-calafell, M. (2017). Schizophrenia : Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>
- Craven, R. F. & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamental of Nursing: Human Health and Function* (Ed.3). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Dermawan, D, & Rusdi. (2013). *Keperawatan Jiwa: Konsep Dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Dimatteo, M. R. (2002) *Health psychology*. Boston: A Pearson Education Company.
- Duckworth, K., & Halpern, L. (2014). Peer support and peer-led family support for persons living with schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 216–221. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000051>, diakses 11 November 2017, Google Scholar
- Fishbein, M & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory & Research*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Fishbein, M & Ajzen, I. (2010). *Predicting and Changing Behavior: The reasoned action*

- approach*. New York: Psychology Press.
- Fitria, Nita. (2009). *Prinsip Dasar Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP)*. Jakarta : Salemba Medika.
- Fitryasari, Rizki, Yusuf, Ah., Tristiana, Rr Dian, Wahyuni, Sylvia Dwi, Nihayati, Hanik Endang. (2018) 'Perceived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness', *International Journal of Nursing Sciences*. Elsevier Taiwan LLC, 5(1), pp. 63–67. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.12.003.
- Fontaine, K. L. (2003). *Mental Health Nursing*. New Jersey: Pearson Education. Inc.
- Freeman, R., & Heirinch, J. (1981). *Community Nursing Practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Friedman. (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek* (Edisi 3). Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing: Research, Theory and Practice* (Ed.5). New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, MM, Browden, V.R. & Jones, E. . (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. (alih bahasa Achir Yani S. Hamid dkk, Ed.) (Ed. 5). Jakarta: EGC.
- Frisch, N. C. & Frisch, L. . (2006). *Psychiatric Mental health Nursing* (Ed. 3). Clifton Park NY: Thomson.
- Ghozali (2013) *Aplikasi Analisis Multivariat dengan Program IBM SPSS 21*. Edisi 7. Semarang: Penerbit Universitas Diponegoro.
- Hawari, D. (2009). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: FKUI.
- Herdman, T. H. (2012). *Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Hidayat (2010) *Metode Penelitian Kesehatan Paradigma Kuantitatif*. Jakarta: Health Books.
- Huda (2012) 'The Analysis of Attitudes , Subjective Norms , and Behavioral Control on Muzakki ' s Intention to Pay Zakah', 3(22), pp. 271–279.
- Ibrahim. (2005). *Skizofrenia: Splitting Personality; Aspek Keluarga pada Skizofrenia* (Cetakan II). Jakarta: PT Dian Ariesta.
- Jahja, Yudrik. (2011). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Kencana
- Keliat, B. A. (2006). *Proses Keperawatan Jiwa* (Edisi 2). Jakarta: EGC.
- Kozier, B. & Erb, G. (2004). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice* (Ed. 7). Upper Saddle River, New Jersey: PearsonEducation, Inc.
- Lauriello, J, Bustillo JR, K. S. (2005). *Schizophrenia: Scope of the problem In: Saddock B.J., Saddock V.A (eds) Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of psychiatry* (8th Ed. Vo). Philadelphia: Lippincout Williams & Wilkins.
- Lautenschlager, N. T., Kurz, A. F., & Loi, S. (2013). Personality of mental health caregivers,

97–101. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835997b3>

- Marselina & Khomsiyah. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Personal Hygiene pada Pasien Gangguan Jiwa di Wilayah Kerja Puskesmas Wonokerto I Kabupaten Pekalongan*. STIKes Muhammadiyah Pekajangan.
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing* (Ed. 6). Philadelphia: Lipincott Williams Wilkins.
- Möller-Leimkühler, A. M., & Mädger, F. (2011). Personality factors and mental health outcome in caregivers of first hospitalized schizophrenic and depressed patients: 2-year follow-up results. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(3), 165–172. <https://doi.org/10.1007/s00406-010-0155-5> diakses 15 November 2017.
- Murthy, S. (2003). Family interventions and empowerment as an approach to enhance mental health resources in developing countries. *Www.pubmedcentral.nih.gov* diakses 14 November 2017
- Nasir, Abd dan Muhith, A. (2011). *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2008). *Nursalam. 2008. Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (Edisi 2). Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis* (Edisi 4). Jakarta: Salemba Medika.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concept of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Partha S Kundu, Vinod K Sinha, Sarita E Paul, P. D. (2013) 'Current social functioning in adult-onset schizophrenia and its relation with positive symptoms', *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1), pp. 65–68. doi: 10.4103/0972-6748.123635.
- Potter, P.A, Perry, A. . (2009). *Fundamental of Nursing: Concept, Process, and Practice* (Ed. 7). Singapore: Elsevier, Inc.
- Rakesh K. Chadda. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Journal Of Psyxhiatry*. 2014; 56 (3):221-227. doi:10.4103/0019-5545.140616
- Rohmah, Afia Nur, (2017). *Hubungan Antara Intensi dengan Kecenderungan Berperilaku pada Caregiver Dalam Merawat Anggota Keluarga yang Mengalami Gangguan Jiwa*. Skripsi. FIK Universitas Muhammadiyah Surakarta, tidakdipublikasikan. Diakses pada tanggal 22 Mei 2018.
- Sariah, A. (2012) *Factors Influencing relapse Among Patients with Schizophrenia in Muhimbili National Hospital: The Perspective of Patients and Their Caregivers*. Muhimbili University of Health and Allied Sciences.
- Setiadi (2008) *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

- Stuart G.W & Laraia, M. . (n.d.). *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing* (Ed.7). St Louis: Mosby.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D)*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Suhita, M.B. (2016). *Model Adaptasi Care Giver Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Skizofrenia Di Kota Kediri*. Universitas Airlangga. Surabaya.
- Sulistiyani, N.C. & Vallen Nella. (2015) Analisis faktor yang mempengaruhi Intensi Keluarga dalam memanfaatkan Pelayanan Klinik Prataman di Kecamatan Boja Kabupaten Kendal. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Volume 2No 3*. <http://pmb.stikestelogorejo.ac.id/e-journal/index.php/jikk/article/view>. di akses pada tanggal 7 Juli 2017
- Suliswati, Payapo, T.A; Maruhawa, J.: Sianturi, Y. & S. (2005). *Konsep Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Wang, X., Chen, Q., & Yang, M. (2017). Effect of caregivers ' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence 2017:11 1505–1511*, 1505–1511.
- Wartonah, T. (2011). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (Edisi kedua). Jakarta: Salemba Medika.
- WHO. *World Health Statistics 2010*.World Health Organization; 2010.
- Yamin & Kurniawan (2011) *Generasi Baru Mengolah Data Penelitian dgn Partial Least Square Path Modeling*. Jakarta: SALEMBA INFOTEK.
- Yang, C. I., Hsieh, M. Y., Lee, L. H., & Chen, S. L. (2017). Experiences of caring for a sibling with schizophrenia in a Chinese context: A neglected issue. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 409–417. <https://doi.org/10.1111/inm.12269>
- Yusuf, A., Fitryasari, R., et al. (2018) 'Family members perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients', *International Journal of Nursing Sciences*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.06.002.
- Yusuf, Ah., Fitryasari Rizky, Nihayati, Hanik E. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Yusuf, Ah, Nihayati Hanik Endang, Iswari Miranti Florencia, Okviasanti Fanni (2017). *Kebutuhan Spiritual: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*, Jakarta: Mitra Wacana Media.

Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agung Eko Hartanto, S.Kep, Ns

NIM : 131614153091

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian dengan judul “Model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia”.

Sehubungan dengan penelitian ini, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut. Adapun hal – hal yang perlu ketahui adalah:

1. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia di Ponorogo.
2. Manfaat dari penelitian ini adalah mampu menjadi bahan pertimbangan bagi keluarga serta perawat dalam menyusun strategi untuk meningkatkan perawatan diri pasien skizofrenia
3. Keuntungan dari penelitian ini adalah memperoleh pengetahuan mengenai model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia.
4. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya pengisian kuisioner.
5. Bapak/Ibu akan diminta mengisi kuisioner yang berkaitan dengan peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia.
6. Identitas Bapak/Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang Bapak/Ibu sampaikan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.

Demikian penjelasan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi bapak/ibu saya ucapkan terimakasih

Hormat Saya

Agung Eko Hartanto

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan yang sudah saya mengerti dan pahami dengan baik, maka saya:

Nama :

Alamat :

Telah memahami bahwa:

1. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia di Ponorogo.
2. Manfaat penelitian ini adalah menjadi bahan pertimbangan keluarga serta perawat dalam menyusun strategi untuk meningkatkan perawatan diri pasien skizofrenia
3. Keuntungan penelitian ini adalah memperoleh pengetahuan mengenai model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pasien skizofrenia.
4. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, karena penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya pengisian kuisioner.
5. Saya diminta mengisi kuisioner yang berkaitan dengan peran keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia.
6. Identitas saya akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang saya sampaikan yang akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Berdasar atas pemahaman tersebut, maka saya **bersedia/tidak bersedia*** untuk turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang berjudul: “Model peran keluarga dalam peningkatan perawatan diri pada pasien skizofrenia”.

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagai mana mestinya.

Ponorogo,2018

Peneliti

Yang menyetujui

Agung Eko Hartanto

()

*(coret yang tidak perlu)

Lampiran 3

KUISIONER

Petunjuk:

Berilah tanda centang (✓) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban Saudara.

No. Responden :..... (diisi petugas)

A. Data Sosiodemografi dan Karakteristik keluarga

1. Jenis kelamin

- Laki-laki
 Perempuan

2. Usia

- 35 – 45 tahun
 46 – 55 tahun
 55 – 65 tahun
 65 tahun

3. Pendidikan

- SD/Tidak sekolah SMP SMU PT

4. Hubungan Anda dengan pasien

- Saudara kandung Anak Orang tua

6. Pengalaman lama Anda merawat pasien

- < 6 bulan 6 bln – 1 tahun 1 – 3 tahun ... tahun

8. Pekerjaan

- Tani/Pedagang Guru PNS

10. Penghasilan

- > 3 juta/bulan
 UMR (1,5 juta) – 3 juta/bulan
 < UMR (1,5 juta/bulan)

B. Karakteristik pasien

11. Lama sakit pasien

- < 6 bulan 6 Bln – 1 tahun 1 – 3 tahun ... tahun

12. Gejala yang paling dominan ada pada pasien

- Amuk Perilaku kekerasan Halusinasi Diam

Lampiran 4

Kuesioner Faktor Psikologi**Kuesioner Kepribadian**

Berikut ini kuisisioner tentang kepribadian caregiver.

Petunjuk: berilah tanda (×) pada pernyataan yang dianggap benar pada kotak yang tersedia.

STS = Sangat Tidak Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

SS = Sangat Setuju

R = Ragu

No	Pernyataan	STS	TS	R	S	SS
1.	Kehidupan saya menyenangkan					
2.	Merasa sedikit peduli terhadap orang lain					
3.	Saya selalu siap menghadapi permasalahan kehidupan					
4.	Mudah mengalami stress					
5.	Memiliki pengetahuan yang banyak skizofrenia					
6.	Tidak banyak bicara					
7.	Mudah bergaul dengan orang lain					
8.	Mudah lupa					
9.	Sebagian besar waktu saya bersama					
10.	Mengalami kesulitan memahami hal – hal yang tidak nyata					
11.	Merasa nyaman di sekitar orang lain					
12.	Merasa orang yang terhina					
13.	Memperhatikan segala sesuatu dengan sangat teliti					
14.	Khawatir tentang berbagai macam hal akan terjadi pada saya					
15.	Memiliki pemikiran yang jelas					
16.	Perlu pengalaman di dalam mengambil keputusan					
17.	Bersimpan dengan perasaan orang lain					
18.	Membuat sesuatu hal berantakan/kacau					
19.	Jarang merasa sedih					
20.	Tidak tertarik pada ide – ide yang tidak nyata					
21.	Memulai percakapan dengan orang lain					
22.	Tidak tertarik pada masalah orang lain					

23.	Dapat melakukan pekerjaan dengan segera					
24.	Saya mudah terganggu					
25.	Memiliki ide yang sangat baik					
26.	Banyak bicara					
27.	Memiliki hati yang lembut					
28.	Sering lupa meletakkan sesuatu kembali di tempat yang tepat					
29.	Mudah marah					
30.	Tidak memiliki imagenasi yang baik					
31.	Berbicara pada banyak orang yang berbeda di suatu acara					
32.	Benar – benar tidak tertarik dengan orang lain					
33.	Suka memerintah					
34.	Suasana hati saya banyak berubah					
35.	Saya cepat untuk memahami sesuatu hal					
36.	Saya tidak ingin menarik perhatian					
37.	Meluangkan waktu untuk orang lain					
38.	Bertanggung jawab pada tugas saya					
39.	Sering mengalami perubahan suasana hati					
40.	Menggunakan kata – kata sulit					
41.	Tidak peduli menjadi pusat perhatian orang					
42.	Merasakan perasaan orang lain					
43.	Mengikuti jadwal					
44.	Mudah tersinggung					
45.	Meluangkan waktu untuk merenung					
46.	Saya merasa tenang di sekitar orang lain					
47.	Membuat orang lain merasas nyaman					
48.	Sangat tertarik dengan pekerjaan saya					
49.	Sering merasa sedih					
50.	Penuh dengan ide/gagasan					
	T o t a l					

Sumber: Kuisiener Kepribadian *Big Five* dari Feist dan G.J Feist (2009)

Kuisiener Emosi

Petunjuk: berilah tanda (×) pada pernyataan yang dianggap benar pada kolom yang tersedia

STS = Sangat Tidak Setuju

S = Setuju

TS = Tidak Setuju

SS = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya mendengarkan keluhan pasien selama melakukan perawatan				
2.	Saya memperlakukan pasien seperti anggota keluarga yang lain				
3.	Saya memotivasi pasien untuk melakukan perawatan diri setiap hari				

Lampiran 5

Kuisiener faktor informasi (pengetahuan, pengalaman)

Mengetahui informasi kesehatan jiwa dari Media :

TV/Radio Koran Petugas kesehatan Leaflet Internet

Pengetahuan

Petunjuk: berilah tanda (×) pada pernyataan yang dianggap benar pada kolom yang tersedia

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai ketidakmampuan berkomunikasi, berpikir				
2.	Pasien skizofrenia kesulitan dalam beraktifitas sehari – hari (mandi, berpakaian, makan/minum)				
3.	Pasien skizofrenia membutuhkan obat, dan dukungan keluarga untuk kesembuhan				
4.	Penampilan tidak rapi, bicara sendiri, mudah marah, menghayal merupakan gejala skizofrenia				
5.	Pasien skizofrenia mampu hidup sendiri				
6.	Peran pengasuh/caregiver di keluarga mampu meningkatkan perawatan diri pada pasien				
7.	Pasien skizofrenia dengan pengasuhan yang baik dapat membantu kesembuhan				

Kuisiener Pengalaman

Pertanyaan berikut ini tentang pengalaman merawat pasien, jawablah sesuai dengan pengalaman Anda dalam merawat pasien.

1. Apakah anda pernah merawat pasien gangguan jiwa sebelumnya?

Tidak Pernah Pernah.

2. Apakah ada hambatan selama anda merawat pasien di rumah?

Tidak

Ya. Sebutkan

3. Bagaimana pengalaman anda selama merawat pasien jiwa di rumah?

- ikhlas sepenuh hati
- melakukan dengan terpaksa
- kadang saya merawat, kadang tidak
-

Lampiran 6

KUISIONER SIKAP TERHADAP PERAWATAN DIRI

Berikut ini beberapa pernyataan tentang perawatan diri pada pasien. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang Anda pikirkan/rasakan. Dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Bagi saya, merawat pasien adalah kewajiban saya				
2	Bagi saya, membantu mandi, berpakaian, minum dan makan adalah sesuatu yang harus dilakukan				
3	Menurut saya, perawatan diri pasien dapat membantu kesembuhannya				
4	Menurut saya, dengan mengajak rutin kontrol dapat mempercepat kesembuhan pasien				
5	Jika pasien lupa minum obat, maka hal ini dapat menghambat kesembuhannya				
6	Menurut saya, dengan banyak melibatkan pasien dalam perawatan diri akan menjadikan ia mandiri				

Lampiran 7

KUISIONER NORMA SUBJEKTIF

Berikut ini pernyataan tentang norma subjektif. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang Anda pikirkan/rasakan. Dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia. Adapun pilihan jawabannya antara lain:

- STS = Sangat Tidak Setuju
 TS = Tidak Setuju
 S = Setuju
 SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Biasanya saya akan mengikuti apa yang disarankan oleh ketua Pemegang program kesehatan jiwa di puskesmas				
2.	Biasanya saya akan mengikuti apa yang disarankan oleh perawat jiwa di puskesmas				
3.	Biasanya saya akan mengikuti apa yang disarankan oleh kader kesehatan jiwa di desa				
4.	Biasanya saya akan mengikuti apa yang disarankan oleh perawat				
5.	Biasanya saya akan mengikuti apa yang disarankan oleh dokter				
6.	Biasanya saya akan mengikuti apa yang disarankan oleh Lurah atau ketua RT				
7.	Orang tua saya mendukung saya untuk melakukan perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit				
8.	Ketua RT saya mendukung saya untuk melakukan perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit				
9.	Perawat puskesmas mendukung saya untuk melakukan perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit				
10.	Petugas kesehatan mendukung saya untuk melakukan perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit				

Lampiran 8

KUISIONER PERSEPSI TERHADAP PENGENDALIAN

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan tentang persepsi terhadap pengendalian. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang Anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju S = Setuju
TS = Tidak Setuju SS = Sangat Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Kesadaran akan pentingnya kebersihan diri pasien skizofrenia adalah faktor pendorong untuk melakukan perawatan diri				
2.	Motivasi untuk menjalankan kewajiban, tanggung jawab keluarga menjadi faktor pendukung untuk melakukan hak pasien yang membutuhkan bantuan perawatan diri				
3.	Keluarga dengan jumlah anggota yang banyak dan rutinitas keluarga merupakan hambatan dalam melakukan perawatan diri pada pasien skizofrenia				
4.	Adanya delegasi dari keluarga untuk membantu perawatan diri kepada pasien skizofrenia				
5.	Faktor pengetahuan akan pentingnya perawatan diri pada setiap orang				
6.	Belum tersedianya arahan, penyuluhan dari petugas kesehatan setempat tentang pentingnya perawatan diri pada pasien yang sakit				
7.	Faktor malas merupakan faktor penghambat untuk saya dalam melakukan perawatan diri pada pasien yang sakit				
8.	Tersedianya pelatihan dan pendampingan cara perawatan diri pada pasien yang sakit adalah faktor pendukung untuk merawat pasien				
9.	Kondisi pasien yang masih labil merupakan faktor penghambat dalam merawat diri				
10.	Belum adanya penghargaan dari keluarga atau petugas kesehatan merupakan faktor penghambat dalam melakukan perawatan diri pada pasien				

Lampiran 9

KUISIONER NIAT

Berikut ini akan diberikan beberapa pernyataan tentang niat. Anda diminta untuk memberikan penilaian sesuai dengan apa yang Anda pikirkan/rasakan. Pilihan jawabannya adalah sebagai berikut:

STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Mohon bantuan untuk mengerjakan dengan cermat dan teliti

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya akan berusaha melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit di rumah				
2	Saya berusaha untuk memandikan keluarga yang sakit dirumah				
3	Saya berusaha untuk membantu memakaikan pakaian pada anggota keluarga yang sakit dirumah				
4	Saya berusaha memberikan makan dan minum setiap hari pada anggota keluarga yang sakit di rumah				
5	Saya berusaha menjaga kebersihan diri pada anggota keluarga yang sakit di rumah				
6	Saya berniat dengan rutin melakukan perawatan diri pada anggota keluarga yang sakit di rumah				

Lampiran 10

KUISSIONER PERAN KELUARGA

Petunjuk pengisian

Pada kuisisioner tentang peran dalam keluarga ini, Bapak/Ibu diminta memilih salah satu jawaban yang paling sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu, dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom yang tersedia.

Keterangan pilihan jawaban:

Selalu : SL

Sering : SR

Kadang : KD

Tidak pernah : TP

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
1	Saya merawat dan mengasuh pasien seperti makan, minum, mandi dan berpakaian setiap hari				
2	Saya membantu pasien skizofrenia dirumah untuk mandi dan berpakaian setiap hari				
3	Saya berinteraksi dan berkomunikasi setiap hari dengan pasien				
4	Saya melaksanakan hal - hal yang di sarankan oleh petugas puskesmas				
5	Saya mengajak kontrol pasien ke puskesmas dengan rutin				
6	Saya berusaha mencari informasi tentang cara merawat pasien jiwa di pelayanan kesehatan terdekat				
7	Saya menerima masukan dari anggota keluarga, orang lain dan petugas kesehatan berkaitan dengan kesehatan pasien				
8	Saya menjadi perantara saat berkomunikasi dengan keluarga dan orang lain				
9	Saya mendampingi pasien setiap minum obat setiap hari				
10	Saya mengajak berdialog setiap berinteraksi dengan pasien				

Lampiran 11: Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKp Unair Surabaya

Lampiran 11: Komisi Etik Penelitian Kesehatan FKp Unair Surabaya

141



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
 FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
 DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”

No : 675-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“MODEL PERAN KELUARGA DALAM PENINGKATAN PERAWATAN DIRI PASIEN SIKZOFRENIA”

<u>Peneliti utama</u>	: Agung Eko Hartanto
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Wilayah Puskesmas Jambon Kabupaten Ponorogo
<i>Setting of research</i>	


Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 28 Februari 2018

Ketua (CHAIRMAN)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran 12: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian (Universitas Airlangga)

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : /UN3.1.13/PPd/S2/2018 20 Februari 2018
Lamp. : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

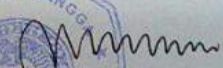
Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Ponorogo


Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami dibawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Agung Eko Hartanto, S.Kep.Ns
NIM : 131614153091
Judul Proposal : Model Peran Keluarga Dalam Peningkatan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia


Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terimakasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I


Dr. Kusnanto, S.Kp.,M.Kes
NIP. 196808291989031002



Lampiran 13: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian (Kesbangpol Ponorogo)



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jl. Aloon-aloon Utara Nomor 6 Telepon (0352) 483852
PONOROGO
 Kode Pos 63413

REKOMENDASI
 Nomor : 072 / Qb / 405.30 / 2018

Berdasarkan surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo, tanggal 1 Maret 2018, Nomor : 070/830/405.10/2018, perihal Rekomendasi Penelitian.

Dengan ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ponorogo memberikan Rekomendasi kepada :


Nama Peneliti	: AGUNG EKO HARTANTO, S.Kep. Ns. Mhs. Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
Alamat	: Dagangan RT. 04 RW. 02 Desa Dagangan Kec. Dagangan Kab. Madiun
Thema / Acara Survey / Research / PKL / Pengumpulan data/Magang	: " Model Peran Keluarga Dalam Peningkatan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia "
Daerah/ Tempat dilakukan PKN/ Survey/ Pengumpulan Data	: Wilayah Kerja Puskesmas Jambon Kec. Jambon
Tujuan Penelitian	: Tesis
Tanggal dan atau Lamanya Penelitian	: 2 (Dua) Bulan Menyesuaikan Jadwal Puskesmas.
Bidang Penelitian	: Kesehatan
Nama Penanggungjawab / Koordinator Penelitian	: Dr. TINTIN SUKARTINI, S.Kep..M.Kes. Kaprodi Magister Keperawatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya
Anggota Peneliti	: -
Nama Lembaga	: Universitas Airlangga Surabaya

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam jangka waktu 1 X 24 jam setelah tiba ditempat yang dituju diwajibkan melaporkan kedatangannya kepada Camat setempat ;
2. Mentaati ketentuan- ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah setempat ;
3. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan dan kesusilaan serta menghindari pernyataan baik dengan lisan ataupun tulisan / lukisan yang dapat melukai / menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara dari suatu golongan penduduk ;
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan-kegiatan diluar ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan seperti tersebut diatas ;
5. Setelah berakhirnya dilakukan Survey/ Research/ PKL diwajibkan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Pemerintah setempat mengenai selesainya pelaksanaan Survey / Research / PKL, sebelum meninggalkan daerah tempat Survey / Research / PKL ;
6. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukan Survey / Research / PKL diwajibkan memberikan laporan tentang pelaksanaan dan hasil-hasilnya kepada :
- Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Ponorogo.
7. Surat Keterangan ini akan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata bahwa pemegang Surat Keterangan ini tidak memenuhi ketentuan-ketentuan sebagaimana tersebut diatas.


Demikian untuk menjadikan perhatian dan guna seperlunya.

Ponorogo, 01 Maret 2018
 a.n. Plt. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN PONOROGO
 Kabid. Sospol


SUHARNO, S.Sos, M.Si.
 Pembina
 NIP. 19660102 199003 1 009

Tembusan :
 Yth. 1. Kepala Dinkes Kab. Ponorogo
 2. Kaprodi Magister Keperawatan Fak. Kesehatan Masyarakat Univ. Airlangga Surabaya

Lampiran 14: Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian (Dinkes Ponorogo)



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
 Gedung Terpadu Graha Bhakti Praja Lt. I dan II
 Jalan Basuki Rahmat Telp. (0352) 481438, Fax (0352) 484550
PONOROGO
 Kode Pos : 63418

Ponorogo, | Maret 2018

Kepada :

Nomor : 070/830 / 405.10/ 2018
 Sifat : Penting
 Lampiran : -
 Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) Kabupaten Ponorogo di -


PONOROGO

Menindaklanjuti surat dari Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Surabaya Nomor : 100/UN3.1.13/PPd/S2?2018 tanggal 20 Pebruari 2018 Perihal Permohonan Ijin Penelitian, maka bersama ini diberikan Rekomendasi di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Jambon Kecamatan Jambon Kabupaten Ponorogo sebagai tempat penelitian kepada mahasiswa berikut :

Nama : AGUNG EKO HARTANTO, S.Kep. Ns
 NIM : 131614153091
 Judul : Model Peran Keluarga Dalam Peningkatan Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia
 Pelaksanaan : 2 (dua) bulan (menyesuaikan jadwal puskesmas)

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

A.n. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN PONOROGO
 Sekretaris




Drs. H. MINARTO, MM
 Pembina Tingkat I
 NIP. 19601112 198603 1 017

Tembusan :

1. Dekan I Fakultas Keperawatan Unair Surabaya
2. Arsip

Lampiran 15: Surat Selesai Penelitian (Puskesmas Jambon Kab. Ponorogo)



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS JAMBON
 Jl.Merdeka No.01 Telp.(0352) 751590 – jambonpkm@gmail.com
PONOROGO
 Kode Pos 63456

Ponorogo,5 Maret 2018

Nomor : 890 / 05 / 405.10.30/2018
 Sifat : Penting
 Lampiran :
 Perihal : Surat Balasan Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth.Kaprodi Magister Keperawatan
 Fakultas Kesehatan Masyarakat
 Universitas Airlangga Surabaya
SURABAYA

Menindak lanjuti Surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Tertanggal 1 Maret 2018 No:070 / 830 / 405.30/2018. Perihal Surat Ijin Penelitian. Maka dengan ini dihadapkan kepada saudara Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Kadiri, guna ijin penelitian dalam rangka penyusunan tugas akhir di wilayah kerja UPT Puskesmas Jambon Yang bertanda tangan di bawah ini :


Nama : dr.PENI SAYEKTI
 NIP : 19750618 200801 2 008
 Pangkat / Gol : Penata Tingkat I . III D
 Jabatan : Kepala UPT Puskesmas Jambon

Menerangkan bahwa :

Nama : AGUNG EKO HARTANTO,S.Kep.Ns
 No Mahasiswa :
 Mahasiswa : Mahasiswa Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga Surabaya

Telah kami setuju,melaksanakan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Jambon. Sebagai sebagai syarat penyusunan Skripsi dengan judul:
“ Model Peran Keluarga Dalam Peningkatan Perawatan Dini Pada Pasien Skizofrenia”

Demikian pemberitahuan dari kami,atas kerja samanya kami ucapakan terima kasih


 Kepala UPT Puskesmas Jambon
PENI SAYEKTI.
 Penata Tingkat I
 NIP.19750618 200801 2 008