

**LAPORAN PENELITIAN HIBAH INTERNAL**



**Pengaruh Peran Keluarga Dalam Perawatan Diri Pada Pasien  
Skizofrenia**

TIM PENGUSUL

Dr. Mundakir, S.Kep., Ns., M.Kep (0023037401)

Uswatun Hasanah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J (0710069006)

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

TAHUN 2018/2019

## HALAMAN PENGESAHAN

### PENELITIAN HIBAH INTERNAL

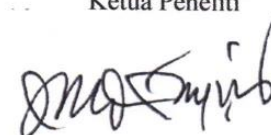
Judul Penelitian : Pengaruh Peran Keluarga Dalam Perawatan Diri Pada Pasien Skizofrenia  
Skema : Penelitian  
Jumlah Dana : Rp. 12.300.0000  
Ketua Penelitian :  
a. Nama Peneliti : Dr. Mundakir S.Kep, Ns., M.Kep  
b. NIDN/NIDK : 0023037401  
c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli  
d. Program Studi : S1 Keperawatan  
e. Nomor Hp : 08214082356  
f. Alamat Email : [mundakir.ners@fik.um-surabaya.ac.id](mailto:mundakir.ners@fik.um-surabaya.ac.id)  
Anggota Peneliti 1 :  
a. Nama Lengkap : Uswatun Hasanah, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J  
b. NIDN : 0710069006  
c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya  
Anggota Peneliti 2 :  
a. Nama mahasiswa : Lailatur Rohemah  
b. NIM : 20151660012  
Anggota Peneliti 3 :  
a. Nama mahasiswa : Vika Ramadhana Fitriyani  
b. NIM : 20151660013

Surabaya, 25 Juni 2019

Mengetahui,

Ketua Peneliti

Dekan/Ketua  
  
Dr. Mundakir S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 197403232005011

  
Dr. Mundakir S.Kep, Ns., M.Kep  
NIDN. 0023037401

Menyetujui,  
Ketua LP/LPPM  
  
Dr. Sujinah, M.Pd  
NIK.01202196590004

## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
DAFTAR ISI .....	iv
ABSTRAK .....	v
ABSTRACT .....	vi
BAB 1 .....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan.....	2
1.3.1 Tujuan Umum.....	2
1.3.2 Tujuan Khusus.....	2
1.4 Manfaat.....	3
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	3
1.4.2 Manfaat Praktis .....	3
BAB 2 .....	4
TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Konsep Keluarga .....	4
2.1.1 Definisi Keluarga.....	4
2.1.2 Peran keluarga pada gangguan jiwa.....	5
2.1.3 Fungsi Keluarga Fungsi keluarga .....	6
2.2 Konsep Skizofrenia.....	9
2.2.1 Pengertian Skizofrenia .....	9
2.2.2 Etiologi Skizofrenia .....	10
2.2.3 Tanda Gejala Skizofrenia .....	11
2.2.4 Konsep Penatalaksanaan Skizofrenia.....	15
2.2.5 Hubungan Peran Keluarga dengan Kejadian Kekambuhan .....	16
BAB 3 .....	19
TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....	19
3.1 Tujuan.....	19
3.1.1 Tujuan Umum.....	19
Untuk menganalisis peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia..	19
3.1.2 Tujuan Khusus.....	19
3.2 Manfaat.....	19
3.2.1 Manfaat Teoritis .....	19
3.2.2 Manfaat Praktis .....	19
BAB 4 .....	21

METODELOGI PENELITIAN .....	21
4.1 Jenis Penelitian .....	21
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling .....	21
4.2.1 Populasi .....	21
4.2.2 Sampel .....	21
4.2.3 Sampling .....	21
4.3 Identifikasi Variabel .....	22
4.3.1 Variabel Bebas (Indepent).....	22
4.3.2 Variabel Terikat (dependent).....	22
4.4 Pengumpulan Data Dan Analisa Data .....	22
4.4.1 Pengumpulan Data .....	22
4.4.2 Analisa Data .....	22
4.5 Lokasi penelitian .....	22
BAB 5 Hasil Dan Luaran yang Dicapai .....	23
5.1 Hasil.....	23
5.2 Pembahasan.....	26
5.3Luaran yang dicapai .....	29
BAB 6 .....	30
RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA.....	30
6.1 Rencana jangka pendek: .....	30
6.2 Rencana jangka panjang: .....	30
BAB 7 .....	31
7.1 Kesimpulan .....	31
7.2 Saran.....	31
DAFTAR PUSTAKA .....	32
LAMPIRAN .....	33

## ABSTRAK

### THE FAMILY ROLE MODEL IN SELF-CARE AT SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Family Role Model dalam meningkatkan Self Care pada pasien skizofrenia dengan menggunakan Pendekatan Theory of Planned Behavior. Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional design*, sampel 126 keluarga di Ponorogo, Indonesia.

**Hasil:** Pengaruh perilaku signifikan terhadap peran keluarga ( $t = 3,304 > 1,96$ ); Niat berpengaruh terhadap peran keluarga ( $t = 2,885 > 1,96$ ).

**Kesimpulannya:** Keluarga dengan pasien skizofrenia merasa masih mengalami kendala dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan jiwa.

**Kata kunci:** Keluarga, Peran, Skizofrenia, Perawatan Diri, Perilaku.

## **ABSTRACT**

### **THE FAMILY ROLE MODEL IN SELF-CARE AT SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

This study aims to analyze the Family Role Model in improving Self Care in schizophrenic patients using the Theory of Planned Behavior Approach. This study used a cross-sectional design, a sample of 126 families in Ponorogo, Indonesia.

**Results:** Significantly behavioral influences on family roles ( $t = 3.304 > 1.96$ ); intent have an effect on family role ( $t = 2.885 > 1.96$ ).

**In conclusion:** Families with schizophrenic patients felt still experience obstacles in relation to mental health services.

**Keywords:** Family, Role, Schizophrenia, Self-Care, Behaviour.

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Skizofrenia merupakan masalah kesehatan jiwa global yang memiliki implikasi serius tidak hanya bagi pasien tetapi juga bagi keluarga dan salah satu jenis gangguan kesehatan jiwa yang masih menjadi masalah pelik. Gangguan skizofrenia merupakan beban pemerintah dalam membayar perawatan dan memiliki risiko kematian yang tinggi hampir di seluruh dunia (AVASTHI & SINGH,2004). Studi di Asia menunjukkan bahwa sekitar 70% orang dengan skizofrenia tinggal bersama keluarga mereka dan bergantung pada anggota keluarga untuk penyediaan perawatan. Dibutuhkan peran keluarga sebagai pengasuh utama untuk merawat pasien skizofrenia. WHO menjelaskan manifestasi klinis skizofrenia yaitu halusinasi, gangguan jiwa, kesulitan mengekspresikan emosi, menarik diri, kehilangan motivasi, tidak berminat melakukan aktivitas sehari-hari, dan defisit perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan/minum, sehingga membutuhkan bantuan keluarga.

Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat; memiliki peran dalam proses penyembuhan skizofrenia. Keluarga merawat pengalaman skizofrenia kecemasan, kebingungan dan kesulitan pengasuhan sehari-hari. Beberapa keluarga memprioritaskan dan melindungi anggota keluarga yang sehat daripada anggota keluarga skizofrenia. Salah satu model yang ingin peneliti kembangkan adalah role model keluarga dalam perawatan diri pasien skizofrenia melalui pendekatan integrasi teori perilaku AJZEN (2005) dari

Planned Behavior (TPB). TPB menyampaikan bahwa perilaku yang ditampilkan individu muncul karena adanya niat untuk berperilaku baik. Munculnya niat untuk berperilaku ditentukan oleh tiga determinan, yaitu behavioral belief (keyakinan individu tentang hasil dari suatu perilaku), normative belief (keyakinan tentang harapan normatif orang lain) dan control belief (keyakinan tentang adanya hal-hal yang mendukung atau mendukung/menghambat perilaku). Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis role model keluarga dalam meningkatkan perawatan diri pada pasien skizofrenia dengan menggunakan teori perilaku terencana (TPB).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah pada penelitian ini adalah “bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisis bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia



## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi dalam menganalisis bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

3. Bagi keluarga

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan tentang bagaimana peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Keluarga**

##### **2.1.1 Definisi Keluarga**

Menurut Nasir & Muhith (2011), keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atassuami–istri, atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sementara itu, menurut WHO keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Berdasarkan tiga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sebuah unit terkecil dalam kehidupan sosial dalam masyarakat yang terdiri atas orang tua dan anak baik yang terhubung melalui pertalian darah, perkawinan, maupun adopsi. Menurut ahli keluarga yaitu Friedman (1998, dalam Nasir & Muhith, 2011), menjelaskan bahwa keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi efektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pematangan kepribadian orang dewasa, serta pemenuhan kebutuhan psikologis para anggotanya. Apabila fungsi efektif ini tidak dapat berjalan semestinya, maka akan terjadi gangguan psikologis yang berdampak pada kejiwaan dari keseluruhan unit keluarga tersebut. Banyak kejadian dalam keluarga yang terkait fungsi efektif ini yang bisa memicu terjadinya gangguan kejiwaan baik pada anggotanya maupun pada keseluruhan unit keluarganya, contoh kejadian-kejadian tersebut seperti perceraian, kekerasan dalam rumah tangga, kultural, dan lain-lain. Kejadian tersebut tidak semata-mata muncul, tetapi selalu ada pemicunya, dalam konsep keluarga yang biasanya menjadi pemicu adalah struktur nilai, struktur peran, pola komunikasi, pola interaksi, dan iklim keluarga yang mendukung untuk mencetuskan kejadian-kejadian yang memicu

terjadinya gangguan kejiwaan pada keluarga tersebut.

### **2.1.2 Peran keluarga pada gangguan jiwa**

1. Keluarga perlu memperlakukan penderita gangguan jiwa dengan sikap yang bisa membubuhkan dan mendukung tumbuhnya harapan dan optimisme. Harapan dan optimisme akan menjadi motor penggerak pemulihan dari gangguan jiwa, dilain pihak kata menghina memandang rendah dan membubuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pemulihan. Harapan merupakan pendorong proses pemulihan, salah satu faktor penting adalah pemulihan adalah adanya keluarga, saudara dan teman yang percaya bahwa seorang penderita gangguan jiwa bisa pulih dan kembali hidup produktif di masyarakat. Mereka bisa memberikan harapan, semangat dan dukungan sumber daya yang diperlukan untuk pemulihan. Melalui dukungan yang terciptanya lewat jaringan persaudaraan dan pertemanan, maka penderita gangguan jiwa bias mengubah hidupnya, dari keadaan kurang sehat dan tidak sejahtera menjadi kehidupan yang lebih sejahtera dan mempunyai peranan di masyarakat. Hal tersebut akan mendorong kemampuan penderita gangguan jiwa mampu hidup mandiri, mempunyai peranan dan berpartisipasi di masyarakatnya. Harapan dan optimisme akan menjadi motor penggerak pemulihan dari gangguan jiwa. Dilain pihak, kata-kata yang menghina, memandang rendah dn menumbuhkan pesimisme akan bersifat melemahkan proses pemulihan (Setiadi, 2014 dalam Waskitho, 2016).
2. Peran keluarga diharapkan dalam pemberian obat, pengawasan minum obat dan meminimalkan ekspresi keluarga. Keluarga merupakan unit paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan klien, keberhasilan perawat di rumah sakit akan sia-sia jika tidak diteruskan di rumah yang kemudian mengakibatkan klien harus di rawat kembali (kambuh) (Yosep & Sutini, 2016).

3. Peran keluarga mengontrol ekspresi emosi keluarga, seperti mengkritik, bermusuhan dapat mengakibatkan tekanan pada klien Andri (2008, dalam Waskitho, 2016), pendapat serupa diungkapkan David (2003, dalam Waskitho, 2016), yang menyatakan bahwa kekacauan dan dinamika keluarga memegang peranan penting dalam menimbulkan kekambuhan Ruspawan, dkk (2011, dalam Waskitho, 2016).
4. Peran keluarga sebagai upaya pencegahan kekambuhan kepedulian ini diwujudkan cara meningkatkan fungsi efektif yang dilakukan dengan memotivasi, menjadi pendengar yang baik, membuat senang, memberi kesempatan rekreasi, memberi tanggung jawab dan kewajiban peran dari keluarga pemberi asuhan (Wuryaningsih dkk, 2013 dalam Waskitho, 2016).

### **2.1.3 Fungsi Keluarga Fungsi keluarga**

Menurut Efendi (1998) sebagai berikut:

1. Fungsi Biologis, berikut merupakan pembagian dari fungsi biologis:
  - a. Untuk meneruskan keturunan
  - b. Memelihara dan membesarkan anak
  - c. Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
  - d. Memelihara dan merawat anggota keluarga.
2. Fungsi Psikologis, berikut merupakan pembagian dari fungsi psikologis:
  - a. Memberikan kasih sayang dan rasa aman
  - b. Memberikan perhatian di antara anggota keluarga
  - c. Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga

- d. Memberikan identitas keluarga.
3. Fungsi Sosialisasi, berikut merupakan pembagian dari fungsi sosialisasi
- a. Membina sosialisasi pada anak
  - b. Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak
  - c. Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
4. Fungsi Ekonomi, berikut merupakan pembagian dari fungsi ekonomi :
- a. Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga
  - b. Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga
  - c. Menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang misalnya pendidikan anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.
5. Fungsi Pendidikan, berikut merupakan pembagian dari fungsi pendidikan:
- a. Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
  - b. Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa
  - c. Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.
6. Fungsi Perlindungan Tugas keluarga dalam hal ini adalah melindungi anak dari

tindakan-tindakan yang tidak baik, sehingga anggota keluarga merasa terlindung dan merasa aman.

7. Fungsi Perasaan Tugas keluarga dalam hal ini adalah menjaga secara intuitif, merasakan perasaan dan suasana anak dan anggota yang lain dalam berkomunikasi dan berinteraksi antar sesama anggota keluarga sehingga saling pengertian satu sama lain dan menumbuhkan keharmonisan dalam keluarga.
8. Fungsi Religius Tugas keluarga dalam fungsi ini adalah memperkenalkan dan mengajak anak dan anggota keluarga yang lain dalam kehidupan beragama, dan tugas kepala keluarga untuk menanamkan keyakinan bahwa ada kekuatan lain yang mengatur kehidupan ini dan ada kehidupan lain setelah di dunia ini.
9. Fungsi Rekreatif Tugas keluarga dalam fungsi rekreasi ini tidak selalu harus pergi ke tempat rekreasi, tetapi yang penting bagaimana menciptakan suasana yang menyenangkan dalam keluarga sehingga dapat mencapai keseimbangan kepribadian masing-masing anggotanya. Rekreasi dapat dilakukan di rumah dengan cara nonton televisi bersama, bercerita tentang pengalaman masing-masing dan sebagainya. Dari berbagai fungsi di atas ada 3 fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah :
  1. Asih, adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
  2. Asuh, adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

3. Asah, adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya

## **2.2 Konsep Skizofrenia**

### **2.2.1 Pengertian Skizofrenia**

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku, pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi. Orang-orang yang menderita skizofrenia umumnya mengalami beberapa episode akut simtom–simtom, diantara setiap episode mereka sering mengalami simtom–simtom yang tidak terlalu parah namun tetap sangat mengganggu keberfungsian mereka. Komorbiditas dengan penyalahgunaan zat merupakan masalah utama bagi para pasien skizofrenia, terjadi pada sekitar 50 persennya. (Konsten & Ziedonis. 1997, dalam Davison 2010).

Skizofrenia berasal dari kata mula-mula digunakan oleh Eugene Bleuler, seorang psikiater berkebangsaan Swiss. Bleuler mengemukakan manifestasi primer skizofrenia ialah gangguan pikiran, emosi menumpul dan terganggu. Ia menganggap bahwa gangguan pikiran dan menumpulnya emosi sebagai gejala utama dari pada skizofrenia dan adanya halusinasi atau delusi (waham) merupakan gejala sekunder atau tambahan terhadap ini (Lumbantobing, 2007). Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui), dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Kaplan & Sadock, 2010).

### 2.2.2 Etiologi Skizofrenia

Skizofrenia dapat dianggap sebagai gangguan yang penyebabnya multipel yang saling berinteraksi. Diantara faktor multipel itu dapat disebut :

- a. Keturunan Penelitian pada keluarga penderita skizofrenia terutama anak kembar satu telur angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8%, bagi saudara kandung 7- 15%, anak dengan salah satu menderita skizofrenia 7-16%. Apabila kedua orang tua menderita skizofrenia 40-60% kembar dua telur 2-15%. Kembar satu telur 61- 68%. Menurut hukum Mendel skizofrenia diturunkan melalui genetik yang resesif (Lumbantobing, 2007).
- b. Gangguan anatomik Dicurigai ada beberapa bangunan anatomi di otak berperan yaitu : Lobus temporal, sistem limbik dan reticular activating system. Ventrikel penderita skf lebih besar dari pada kontrol. Pemeriksaan MRI menunjukkan hilangnya atau 9 berkurangnya neuron dilobus temporal. Didapatkan menurunnya aliran darah dan metabolisme glukosa di lobus frontal. Pada pemeriksaan post mortem didapatkan banyak reseptor D2 di ganglia basal dan sistem limbik, yang dapat mengakibatkan meningkatnya aktivitas DA sentral (Lumbantobing, 2007).
- c. Biokimiawi Saat ini didapat hipotesis yang mengemukakan adanya peranan dopamine, katekolamin, norepinefrin dan GABA pada skf (Lumbantobing, 2007).

Perjalanan penyakit skizofrenia dapat dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Fase prodromal Biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial, fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan



mengatakan “orang ini tidak seperti yang dulu”. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosinya.

2. Fase aktif Gejala positif/psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkohereni, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan. Fase aktif akan diikuti oleh fase residual.
3. Fase residual Gejala-gejala fase ini sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizofrenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial) (Luana, 2007).

### **2.2.3 Tanda Gejala Skizofrenia**

Tanda gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi 4 kelompok gejala positif, gejala negatif, gejala kognitif dan gejala suasana hati. a. Gejala Negatif Sebuah penurunan atau hilangnya fungsi otak yang normal, biasanya tidak responsif terhadap antipsikotik tradisional dari lebih responsif terhadap antipsikotik tipikal (Stuart, 2016). Pada gejala negatif terjadi penurunan, pengurangan proses mental atau proses perilaku (Behavior). Hal ini dapat mengganggu bagi pasien dan orang disekitarnya.

1. Gangguan afek dan emosi Gangguan dan emosi pada skizofrenia berupa adanya kedangkalan afek dan emosi (emotional blunting), misalnya : pasien menjadi acuh tak acuh terhadap hal-hal yang penting untuk dirinya sendiri seperti keadaan keluarga dan masa depannya serta perasaan halus sudah hilang, hilangnya kemampuan untuk mengadakan hubungan emosi yang baik (emotional rapport), terpecah belahnya

kepribadian maka hal-hal yang berlawanan mungkin terdapat bersama-sama, umpamanya mencintai dan membenci satu orang yang sama atau menangis, dan tertawa tentang suatu hal yang sama (ambivalensi) (Lumbantobing, 2007).

2. Alogia Penderita sedikit saja berbicara dan jarang memulai percakapan dan pembicaraan. Kadang isi pembicaraan sedikit saja maknanya. Ada pula pasien yang mulai berbicara yang bermakna, namun tiba-tiba ia berhenti bicara, dan baru bicara lagi setelah tertunda beberapa waktu (Lumbantobing, 2007).
3. Avolisi Ini merupakan keadaan dimana pasien hampir tidak bergerak, gerakannya miskin. Kalau dibiarkan akan duduk seorang diri, tidak bicara, tidak ikut beraktivitas jasmani (Lumbantobing, 2007).
4. Anhedonia Tidak mampu menikmati kesenangan, dan menghindari pertemanan dengan orang lain (Asociality) pasien tidak mempunyai perhatian, minat pada rekreasi. Pasien yang sosial tidak mempunyai teman sama sekali, namun ia tidak memperdulikannya (Lumbantobing, 2007).
5. Gejala Psikomotor Adanya gejala katatonik atau gangguan perbuatan dan sering mencerminkan gangguan kemauan. Bila gangguan hanya kemauan saja maka dapat dilihat adanya gerakan yang kurang luwes atau agak kaku, stupor dimana pasien tidak menunjukkan pergerakan sama sekali dan dapat berlangsung berhari-hari, berbulan-bulan dan kadang bertahun-tahun lamanya pada pasien yang sudah menahun; hiperkinesia dimana pasien terus bergerak saja dan sangat gelisah (Kaplan and Sadock, 2010).
6. Gangguan Perhatian adalah Ketidak mampuan mental untuk fokus dan memperhatikan perhatian.

Gejala Positif Fungsi tak berlebihan atau distorsi fungsi otak yang normal, biasanya responsif terhadap semua kategori obat antipsikotik (Stuart, 2016).

1. Delusi (Waham) Merupakan gejala skizofrenia dimana adanya suatu keyakinan yang salah pada pasien. Pada skizofrenia waham sering tidak logis sama sekali tetapi pasien tidak menginsyafi hal ini dan dianggap merupakan fakta yang tidak dapat dirubah oleh siapapun. Waham yang sering muncul pada pasien skizofrenia adalah waham kebesaran, waham kejaran, waham sindiran, waham dosa dan sebagainya (Kaplan and Sadock, 2010).
2. Halusinasi Mendengar suara, percakapan, sentuhan, pengecapan, penciuman, bunyi asing dan aneh atau malah mendengar musik, merupakan gejala positif yang paling sering dialami penderita skizofrenia (Lumbantobing, 2007).

Sedangkan menurut Bleuler dalam Maramis (2008) gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu :

1. Gejala primer yaitu gejala yang terdiri dari gangguan proses berpikir, gangguan emosi, gangguan kemauan serta autisme.
2. Gejala sekunder yaitu gangguan sekunder terdiri dari waham, halusinasi, dan gejala katatonik maupun gangguan psikomotor yang lain. Gejala Kognitif Gejala kognitif adalah tindakan atau proses mengetahui. Kognitif melibatkan kesadaran dan penilaian yang memungkinkan otak untuk memproses informasi dengan cara menyediakan akurasi, penyimpanan, dan pengambilan. Orang dengan skizofrenia sering tidak dapat menghasilkan pemikiran logis yang kompleks atau mengungkapkan kalimat yang koheren karena neurotransmisi pada sistem pengolahan informasi otak yang rusak. Defisit kognitif sering hadir pada klien yang

secara klinis berisiko tinggi gangguan jiwa sebelum timbulnya gangguan jiwa (Stuart, 2016).

3. Perhatian (attention) Perhatian adalah kemampuan untuk berkonsentrasi dan fokus pada satu kegiatan. Perhatian yang terganggu tidak memungkinkan seseorang untuk memerhatikan mengamati, fokus, dan berkonsentrasi pada realitas eksternal. Gangguan perhatian umum terjadi pada skizofrenia dan meliputi kesulitan menyelesaikan tugas-tugas, kesulitan berkonsentrasi pada pekerjaan, dan mudah terdistraksi (distractibility). Distractibility mengacu pada perhatian klien yang ditarik dan mudah dirangsang oleh eksternal yang tidak relevan seperti suara, buku yang rusak di rak buku, atau orang-orang yang lewat. Selain itu, klien yang mengalami halusinasi pendengaran sering terganggu oleh hal tersebut dan dengan demikian memiliki masalah dengan perhatian (Stuart, 2016).
4. Daya Ingat (memory) Daya ingat adalah retensi atau penyimpanan pengetahuan tentang dunia. Daya ingat adalah fungsi biologis yang dilakukan di beberapa bagian otak. Masalah daya ingat yang berhubungan dengan skizofrenia dapat mencakup lupa. Ketidaktertarikan, kesulitan belajar, dan kerangannya kepatuhan (Stuart, 2016).
5. Bentuk dan Organisasi Bicara Bentuk dan organisasi bicara adalah inti komunikasi. Masalah dalam pengolahan informasi dapat mengakibatkan komunikasi inkoheren. Masalah dengan bentuk dan organisasi bicara (gangguan pikiran formal) meliputi asosiasi longgar, word salad, tangensial, irasional, sirkumtansial, pressured speech, miskin bicara, distractible speech, dan clanging (Stuart, 2016).
6. Pengambilan Keputusan. Pengambilan keputusan berarti tiba pada solusi atau membuat pilihan. Masalah dengan pengambilan keputusan memengaruhi insight, penilaian, logika, ketegasan, perencanaan, kemampuan seseorang untuk

melaksanakan keputusan, dan berpikir abstrak. Kurangnya wawasan mungkin salah satu masalah terbesar dalam skizofrenia, karena klien biasanya tidak percaya bahwa mereka sakit atau berbeda dengan cara apapun (Stuart, 2016) Beberapa orang dengan skizofrenia tidak mampu membuat keputusan. Bagi mereka, hidup adalah sulit. Mereka bergulat dengan keputusan sederhana dengan secangkir kopi mana yang digunakan. Perencanaan berdasarkan pengambilan keputusan yang salah tidak akan berhasil. Gejala ini menciptakan banyak kegagalan yang dialami oleh klien dengan skizofrenia (Stuart, 2016).

5. Isi Pikir Isi pikir adalah daerah akhir untuk penilaian fungsi kognitif. Masalah dengan isi pikir termasuk adanya waham pada orang yang mengalami gangguan jiwa. Sebuah waham adalah keyakinan pribadi berdasarkan kesimpulan yang salah dari realitas eksternal (Stuart, 2016). Salah satu fungsi utama pikiran adalah untuk menghasilkan pikiran. Pikiran memberikan rasa identitas. Pikiran adalah hasil dari skrining dan penyaringan stimulus internal dan eksternal serta penggunaan beberapa putaran umpan balik di otak. Pengetahuan tentang defisit kognitif yang telah dijelaskan membantu perawat memahami mengapa orang dengan skizofrenia kadang-kadang memiliki keyakinan yang berbeda dari orang-orang lain. Hal ini juga penting untuk menyadari bahwa waham tidak selalu terjadi. Keyakinan menetap umumnya terjadi hanya beberapa minggu atau beberapa bulan, terutama dalam bentuk skizofrenia yang kurang parah (Stuart, 2016). Ketidakmampuan otak untuk memproses data secara akurat dapat mengakibatkan waham paranoid, grandiose, agama, nihilistik, dan somatik. Waham dapat menjadi lebih lanjut oleh penarikan pikiran, sisip pikir, kontrol pikir, atau siar pikir (Stuart, 2016).

#### **2.2.4 Konsep Penatalaksanaan Skizofrenia**

Ada tiga fase pengobatan dan pemulihan skizofrenia (Ikawati, 2011) :

1. Terapi fase akut Pada fase ini pasien menunjukkan gejala psikotik yang intensif. Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Terapi utamanya adalah dengan menggunakan obat dan biasanya dibutuhkan rawat inap. Pemilihan antipsikotik yang benar dan dosis yang tepat dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu.
2. Terapi fase stabilisasi Pada fase ini pasien masih mengalami gejala psikotik dengan intensitas yang lebih ringan. Pada fase ini pasien masih memiliki kemungkinan yang besar untuk kambuh sehingga dibutuhkan pengobatan yang rutin untuk menuju ke tahap pemulihan yang lebih stabil.
3. Terapi fase pemeliharaan Pada fase ini dilakukan terapi jangka panjang dengan harapan dapat mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala, mengurangi resiko, kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan, keterampilan untuk hidup mandiri. Terapinya meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan sosial.

### **2.2.5 Hubungan Peran Keluarga dengan Kejadian Kekambuhan**

Menurut Yosep & Sutini (2016) mengatakan salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah. Empat faktor penyebab klien kambuh dan perlu dirawat di rumah sakit :

1. Klien; Sudah umum diketahui bahwa klien yang gagal memakan obat secara teratur mempunyai kecendrungan untuk kambuh. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan 25% sampai 50% klien yang pulang dari rumah sakit tidak memakan obat secara teratur (Appleton, 1982 dikutip oleh Sullinger, 1988).

2. Dokter (pemberian resep); Makan obat yang teratur dapat mengurami kambuh, namun pemakaian obat neuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping Tardive Diskinesia yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada mengidentifikasi dosis terapiutik yang dapat mencegah kambuh dan efek samping.
3. Penanggung jawab klien; Setelah pulang ke rumah maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien di rumah.
4. Keluarga; Berdasarkan penelitian di Inggris (Vaugh, 1976 & di AS Synder, 1981, dalam Yosep & Sutini, 2016 ) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, banyak melibatkan diri dengan klien diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan, hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi keluarga yang rendah. Selain itu klien juga mudah dipengaruhi oleh stress yang menyenangkan (naik pangkat, menikah) maupun yang menyedihkan (kematian atau kecelakaan). Dengan terapi keluarga klien dan keluarga dapat mengatasi dan mengurangi stress. Keluarga merupakan salah satu penyebab klien gangguan jiwa menjadi kambuh lagi. Oleh karena itu diharapkan jika keluarga ikut berperan dalam mencegah klien kambuh setidaknya membantu klien untuk dapat mempertahankan derajat kesehatan mentalnya karena keluarga secara emosional tidak dapat dipisahkan dengan mudah (Nasir & Muhith, 2011). Keluarga juga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien. Umumnya, keluarga meminta bantuan tenaga kesehatan jika mereka tidak sanggup lagi merawatnya. Oleh karena itu asuhan keperawatan yang berfokus pada keluarga bukan hanya memulihkan keadaan klien tetapi bertujuan untuk mengembangkan dan

meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarga tersebut (Yosep & Sutini, 2016). Keluarga mempunyai fungsi dasar seperti memberi kasih sayang, rasa aman, rasa dimiliki, dan menyiapkan peran dewasa individu di masyarakat. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem, maka gangguan jiwa pada satu anggota keluarga akan mengganggu semua sistem atau keadaan keluarga. Hal ini merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa pada anggota keluarga. Berdasarkan kedua pernyataan di atas, dapat disimpulkan betapa pentingnya peran keluarga pada peristiwa terjadinya gangguan jiwa dan proses penyesuaian kembali setelah selesai program perawatan. Oleh karena itu, keterlibatan keluarga dalam perawatan sangat menguntungkan proses pemulihan klien (Nasir & Muhith, 2011)



## **BAB 3**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1 Tujuan**

##### **3.1.1 Tujuan Umum**

Untuk menganalisis peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

##### **3.1.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

#### **3.2 Manfaat**

##### **3.2.1 Manfaat Teoritis**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi dan sebagai referensi dalam menganalisis peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia
2. Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapat dan sekaligus menambah wawasan mengenai peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

##### **3.2.2 Manfaat Praktis**

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

### 3. Keluarga dan Pasien

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan tentang peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia.

## **BAB 4**

### **METODELOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain observasional eksplanatif untuk mengetahui hubungan sebab akibat dua variabel, bentuk hubungan, pengaruh, prevalensi, distribusi, dan hubungan antar variabel dalam populasi (BENGTSSON-TOPS & HANSSON, 2001).

#### **4.2 Populasi, Sampel dan Sampling**

##### **4.2.1 Populasi**

Menurut Notoatmodjo (2010) populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti, bukan hanya objek atau subjek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tersebut, atau kumpulan orang, individu, atau objek yang akan diteliti sifat-sifat atau karakteristiknya. Sebanyak 187 orang penderita gangguan jiwa menjadi populasi sasaran penelitian.

##### **4.2.2 Sampel**

Menurut Arikunto (2006: 131), Sampel adalah sebagian atau sebagai wakil populasi yang akan diteliti. Kriteria inklusi adalah keluarga berusia 35-65 tahun, berkomunikasi dengan baik, sedangkan kriteria eksklusi adalah keluarga yang mengalami gangguan jiwa, lebih dari satu jumlah penderita gangguan jiwa, keluarga tidak kooperatif. Sampel sebanyak 126 responden

##### **4.2.3 Sampling**

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam,

2018). Sampel yang diambil secara simple random sampling

### **4.3 Identifikasi Variabel**

#### **4.3.1 Variabel Bebas (Indepent)**

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel ini bergantung pada variabel bebas terhadap perubahan (Hidayat, 2017). Variabel indepent pada penelitian ini adalah peran keluarga

#### **4.3.2 Variabel Terikat (dependent)**

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas. Variabel ini bergantung pada variabel bebas terhadap perubahan (Hidayat, 2017). variabel terikatnya adalah pasien skizofrenia.

### **4.4 Pengumpulan Data Dan Analisa Data**

#### **4.4.1 Pengumpulan Data**

Sebelum tahap pengumpulan data, izin untuk melakukan penelitian diperoleh dari administrasi universitas dan administrasi penelitian di lokasi penelitian ini. Penelitian ini telah disetujui oleh komite etik penelitian kesehatan universitas (persetujuan etik no: 675-KEPK). Peserta diberitahu sebelum memulai penelitian, dan persetujuan. Selain itu, izin tertulis diperoleh dari penulis untuk alat ukur yang digunakan dalam penelitian.

#### **4.4.2 Analisa Data**

Data yang terkumpul dianalisis menggunakan SEM - PLS (Structural Equation Modelling – Partial Least Square).

### **4.5 Lokasi penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah Jambon Ponorogo Jawa Timur, Indonesia.

## BAB 5

### HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

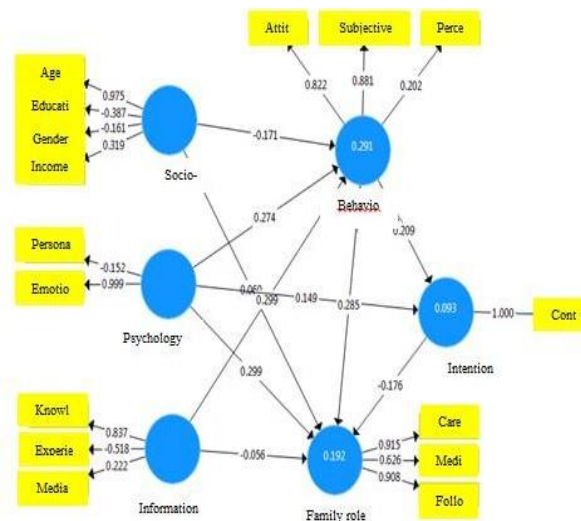
#### 5.1 Hasil

Berdasarkan tabel 1, Sosiodemografi dilihat berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan. Psikologi yang digambarkan oleh kepribadian dan emosi. Informasi tersebut memiliki 3 indikator yaitu pengetahuan, pengalaman, dan media, Faktor perilaku diukur melalui tiga aspek indikator yaitu sikap, norma subjektif, dan persepsi. Niat diukur dengan isi, dan terakhir peran keluarga diukur dengan pengasuh, mediator, dan pengikut.

Tabel 1 Hasil Perhitungan Outer Model

Variabel	Sub Var.	memuat <b>G</b> Faktor	Keterangan.
sosiodemografi	Usia	<u>0,975</u>	Sah
	Jenis kelamin	<u>- 0,387</u>	Tidak sah
	Pendidikan	<u>- 0,161</u>	Tidak sah
	Penghasilan	<u>0,319</u>	Tidak sah
Psikologi	Kepribadian	<u>- 0,152</u>	Tidak sah
	Emosi	<u>0,999</u>	Sah
Informasi	Pengetahuan	<u>0,837</u>	Sah
	Pengalaman	<u>- 0,518</u>	Tidak sah
	Media	<u>0,222</u>	Tidak sah
Perilaku	Sikap	<u>0,822</u>	Sah
	Subjektif Norma	0,881	Sah
	Persepsi	<u>0,202</u>	Tidak sah
Maksud	Isi	<u>1,000</u>	Sah
Peran Keluarga	Pengasuh	<u>0,915</u>	Sah
	Penengah	<u>0,626</u>	Tidak sah
	pengikut	<u>0,908</u>	Sah

Beberapa indikator gender, pendidikan, pendapatan, kepribadian, pengalaman, media, persepsi, perantara tidak valid. Indikator yang tidak valid dapat dihilangkan karena nilainya < 0,6 atau tidak signifikan. Sub-variabel dan variabel yang tidak valid akan dihapus dari model ini. Dalam penelitian ini nilai AVE pada variabel sosiodemografi tidak valid ( $0,307 < 0,6$ ), informasi ( $0,340 < 0,6$ ), perilaku ( $0,497 < 0,6$ ). Nilai komposit reliabilitas variabel sosiodemografi tidak reliabel ( $0,167 < 0,6$ ), informasi ( $0,129 < 0,6$ ).



Gambar 1: Model pengukuran

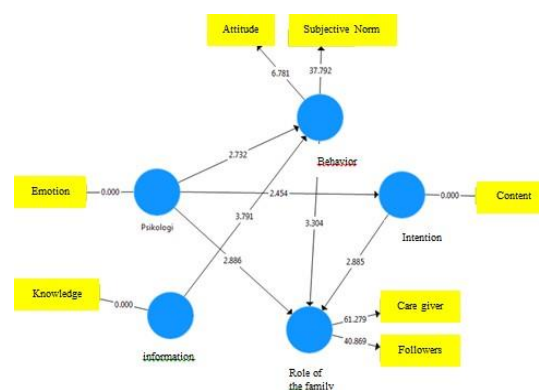
Pengujian ini menggunakan uji-t perbandingan (t-test) jika nilai t-hitung lebih besar dari t-tabel, nilai t-hitung > 1,96 berarti pengujian signifikan (tabel 2).

Tabel 2 Hasil Perhitungan Uji-t pada Keluarga Model Peran dalam Perawatan Diri

Variabel relasi	statistik T	Keterangan
Psikologi -> Perilaku	2.919	Penting
Psikologi -> Psikologi Peran	3.533	Penting
Keluarga -> Informasi	2.426	Penting

Niat		
-> Informasi Perilaku ->	3,983	Penting
Peran Keluarga	1.424	Tidak signifikan
Perilaku -> Niat	1.778	Tidak signifikan
Perilaku -> Peran keluarga	3.197	Penting
Niat -> Peran keluarga	2.819	Penting

Tahapan ini adalah melakukan pengujian model struktural, pada tahap ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh antar variabel. Pengujian ini menggunakan uji t perbandingan (uji-t), jika nilai t hitung lebih besar dari t tabel maka nilai thitung > 1,96 berarti pengujian signifikan.



Gambar 2: Model Struktur

## 5.2 Pembahasan

Penelitian ini menyatakan psikologi yang baik didukung oleh emosi yang baik yang mempengaruhi perilaku. Emosi positif muncul dalam psikologi positif yang merupakan salah satu kekuatan dalam proses perkembangan manusia. Emosi yang disertai dengan niat yang baik dan benar dapat membuat seseorang berperilaku positif terhadap apa yang dilakukannya, termasuk memberikan perawatan kepada pasien di rumah. Penelitian serupa lainnya menyatakan bahwa caregiver memiliki tingkat beban yang tinggi, terutama orang tua, dengan tingkat pengetahuan yang rendah, tanpa pekerjaan dan harus merawat pasien (CAQUEO-URÍZAR & GUTIÉRREZ-MALDONADO, 2006).

Hal ini akan mempengaruhi aspek psikologis keluarga sebagai pengasuh pasien, selain beban perawatan, pengobatan, dan tanggung jawab sosial juga menambah perubahan psikologis. Dukungan emosional yaitu dengan memberikan dukungan emosional kepada anggota keluarga dengan skizofrenia akan membentuk rasa empati, perasaan dihargai, dicintai, kenyamanan, kepercayaan diri, dan berfungsinya keluarga sebagai penyedia tempat tinggal (CANTOR, 1989). Keluarga atau caregiver diberikan harapan positif kepada anggota keluarga dengan skizofrenia, termasuk dalam hal ini dukungan dalam meningkatkan perawatan diri pasien sehingga pasien akan memahami kebutuhan perawatannya sendiri secara optimal.

Penelitian ini menemukan psikologi berupa kepribadian positif dan emosi baik yang mempengaruhi peran keluarga. Keluarga sebagai pendukung emosional merupakan tempat istirahat yang aman dan tenang dan pemulihan serta membantu penguasaan emosi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan bahwa pasien yang berasal dari keluarga yang tidak peduli, masa pemulihan dan pengobatan lebih lama. Di Indonesia, keluarga berperan sebagai pengasuh bagi penderita gangguan jiwa. Dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien meliputi empat aspek yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan



instrumental, dukungan penilaian. Dari keempat aspek tersebut dapat saling berkesinambungan dalam prakteknya. Ketika individu mendapatkan dukungan secara maksimal, maka individu tersebut akan belajar menggunakan koping positif terhadap tekanan yang ada dalam diri individu maupun dari luar. Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan yang diberikan oleh keluarga berupa pemberian perhatian, kasih sayang, dan empati. Dukungan ini merupakan bagian dari fungsi afektif keluarga yang menguntungkan pasien (CANTOR, 1989).

Hasil penelitian ini menemukan bahwa emosi memiliki pengaruh terhadap niat dalam perawatan diri pasien skizofrenia. Malunya stigma, penyalahgunaan lingkungan dan persepsi negatif dari keluarga menyebabkan sikap dan perilaku yang menyebabkan ekspresi emosional dalam keluarga. Emosi yang tinggi umumnya dimiliki oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, hal ini dikarenakan keluarga memiliki persepsi dan perasaan yang negatif dengan adanya anggota keluarga yang menderita skizofrenia. Dengan adanya perasaan malu dan terbebani tersebut, biasanya keluarga akan mempengaruhi emosi dalam keluarga dalam merawat pasien sehari-hari (AMELIA & ANWAR, 2013).

Niat merupakan dasar perilaku yang muncul dan memiliki keyakinan normatif dan efikasi. Perilaku manusia dipandu oleh tiga macam keyakinan, yaitu keyakinan perilaku, keyakinan normatif dan keyakinan kontrol (ANDREASON & BANDURA, 1985). Keyakinan perilaku akan menghasilkan sikap terhadap perilaku, keyakinan normatif menghasilkan keyakinan subjektif, dan keyakinan kontrol menghasilkan kontrol perilaku yang dirasakan. Penelitian ini didukung yang menyatakan caregiver pasien gangguan jiwa merupakan support system utama selain rumah sakit dan tenaga kesehatan (CHADDA, 2014). Penelitian ini menemukan bahwa faktor informasi yaitu pengetahuan yang baik menghasilkan sikap yang baik yang mempengaruhi perilaku. Sesuai dengan teori Green yang mengatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor

predisposisi yang mendasari perubahan perilaku seseorang. Pengetahuan responden yang baik dapat dijadikan dasar pembentukan perilaku responden dalam merawat pasien skizofrenia di rumah karena pengetahuan merupakan domain terendah dalam pembentukan perilaku seseorang. Kehadiran pengasuh merupakan faktor terpenting yang mempengaruhi kondisi pasien. Seorang pengasuh yang memiliki pendidikan rendah kurang percaya pada pengobatan antipsikotik, ini adalah alasan banyak pasien, bukan sisa hidup. Penelitian ini menemukan pengetahuan yang baik, pengalaman yang baik, dan paparan media yang baik mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga skizofrenia. Menyelesaikan keluarga merupakan pintu masuk dalam memberikan pelayanan kesehatan. Keluarga yang anggotanya menderita gangguan jiwa sakit masih mengalami kendala dalam pelayanan kesehatan jiwa. Perawat jiwa dan tenaga kesehatan lainnya yang telah berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa seperti studi, perawatan dan pemulihan termasuk dukungan pendidikan bagi keluarga.

Dalam penelitian ini ditemukan peran keluarga mempengaruhi perilaku. Peran informal keluarga; pengikut secara pasif menerima ide-ide orang lain, pendengar, selama diskusi atau keputusan kelompok. Keluarga berperan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, terapi suportif merupakan salah satu hal positif yang harus diberikan oleh caregiver. Dukungan sosial yang diberikan baik keluarga, lingkungan kerja, masyarakat dalam lingkup sosial meminimalkan munculnya gejala positif pada pasien skizofrenia. Keyakinan adalah pernyataan subjektif seseorang yang menyangkut aspek yang dapat dibedakan dari dunianya, yang sesuai dengan pemahaman tentang dirinya dan lingkungannya. Dukungan sosial merupakan intervensi untuk meningkatkan kesehatan jiwa, dapat berasal dari keluarga, teman, profesional, dan lainnya dapat berasal dari keluarga, teman, profesional, dan lain-lain. Secara statistik, penelitian ini menemukan bahwa intensi berpengaruh terhadap peran keluarga. TPB memiliki pendekatan keyakinan dasar yang

membentuk niat dan mendorong individu untuk menampilkan atau melakukan perilaku tertentu. Niat memberikan perasaan kepada individu terkait dengan apa yang akan dilakukannya, bukti niat yang dikonstruksikan dalam bentuk perilaku manusia. Sikap dan perilaku akan mempengaruhi niat, yang membentuk suatu kebiasaan yang mendasari perilaku (BAMBERG, AJZEN & SCHMIDT, 2003). Bisa Dapat dikatakan bahwa niat keluarga akan menentukan sikap terhadap penderita gangguan jiwa dimana sikap tersebut diyakini oleh keluarga dan ditunjukkan dalam perilaku dalam merawat penderita gangguan jiwa.

Munculnya niat perilaku ditentukan oleh tiga determinan, yaitu a) Behavioral belief, yaitu keyakinan individu tentang hasil dari suatu perilaku, b) normative belief, yaitu keyakinan tentang harapan dan motivasi normatif orang lain, c) Control belief, yaitu keyakinan tentang adanya hal-hal yang mendukung atau menghambat perilaku yang akan ditampilkan. Peran keluarga dalam merawat pasien skizofrenia adalah pemenuhan kebutuhan dan perawatan klien, pemenuhan kebutuhan istirahat dan darurat, dukungan emosional (ANTAI-OTOG, 2016). Oleh karena itu, keselarasan niat dan peran keluarga disebabkan adanya keyakinan dalam keluarga untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan.

### **5.3 Luaran yang dicapai**

Publikasi ilmiah pada jurnal Nasional ber-ISSN dan ESSN

## **BAB 6**

### **RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA**

#### **6.1 Rencana jangka pendek:**

Publikasi ilmiah pada jurnal nasional ber-ISSN dan ESSN

#### **6.2 Rencana jangka panjang:**

Dapat dijadikan informasi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan tentang peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia.

## **BAB 7**

### **PENUTUP**

#### **7.1 Kesimpulan**

Model ini menjelaskan perilaku dan niat yang mempengaruhi peran keluarga dalam memberikan perawatan diri bagi pasien skizofrenia. Niat yang diikuti dengan perilaku positif menumbuhkan peran keluarga sebagai pengasuh dan pengikut penderita skizofrenia. Dengan memberikan perhatian dan dukungan terhadap pendidikan kepada keluarga, kerjasama lintas sektor dengan pendidikan / pelayanan terkait berupa pendampingan dan silaturahmi agar pasien mendapatkan pelayanan yang paripurna.

#### **7.2 Saran**

1. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian diharapkan bisa digunakan sebagai masukan bagi profesi keperawatan khususnya dalam mengenai peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

2. Bagi peneliti

Sebagai bahan acuan dalam melakukan penelitian-penelitian lebih lanjut. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia

3. Keluarga dan Pasien

Memberikan informasi dan saran bagi keluarga mengenai pentingnya pengetahuan tentang peran keluarga dalam perawatan diri pada pasien skizofrenia.

## DAFTAR PUSTAKA

- AJZEN, I. 2005. "Attitudes, Personality, and Behavior". McGraw-Hill Education. UK.
- AMELIA, D., & ANWAR, Z. 2013. "Relapse in schizophrenia patients". *Journal of Scientific Applied Psychology*. Vol. 1 No 1: 53–65.
- ANDREASON, A., & BANDURA, A. 1985. "From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior". *Action Control: From Cognition to Behavior*. Springer. pp. 11–39. Germany.
- ANTAI-OTONG, D. 2016. "Psychiatric Mental Health Nursing, An Issue of Nursing Clinics of North America". Elsevier Health Sciences. Vol. 51.
- AVASTHI, A., & SINGH, G. 2004. "Schizophrenia research: Indian scene in last decade". *Indian Journal of Psychiatry, Medknow Publications*. Vol. 46 No 2: 115–124. India.
- BAMBERG, S., AJZEN, I., & SCHMIDT, P. 2003. "Choice of Travel Mode in the Theory of Planned Behavior: The Roles of Past Behavior, Habit, and Reasoned Action". *Basic and Applied Social Psychology, Routledge*. Vol. 25, No 3: 175–187. UK.
- BENGTSSON-TOPS, A., & HANSSON, L. 2001. "Quantitative and Qualitative Aspects of the Social Network in Schizophrenic Patients Living in the Community. Relationship to Sociodemographic Characteristics and Clinical Factors and Subjective Quality of Life". *International Journal of Social Psychiatry, SAGE Publications Ltd*. Vol. 47 No 3: 67–77. USA.
- CANTOR, M. 1989. "Social care: Family and community support systems". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, Sage Publications*. Vol. 503, No 1: 99–112. USA.
- CAQUEO-URÍZAR, A., & GUTIÉRREZ-MALDONADO, J. 2006. "Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia". *Quality of Life Research*. Vol. 15, No4: 719–724. USA.
- CHADDA, R. 2014. "Caring for the family caregivers of persons with mental illness". *Indian Journal of Psychiatry, Medknow Publications & Media Pvt Ltd*. Vol. 56, No3: 221–227. India.

## LAMPIRAN

### 1. Laporan Keuangan

<b>1. HONORARIUM</b>				
<b>HONOR</b>	<b>HONOR/HARI</b>	<b>WAKTU JAM/MINGGU</b>	<b>MINGGU</b>	<b>JUMLAH (RP)</b>
Perawat Puskesmas 1	40.000	6	32	1.280.000
Perawat Puskesmas 2	40.000	6	32	1.280.000
<b>SUB TOTAL</b>				2.560.000
<b>2. BAHAN HABIS PAKAI</b>				
Kertas HVS A4	Lembar observasi, absensi, lembar evaluasi, dll	3 rim	50.000	150.000
Bolpoint	Pelatihan	8 lusin	15.000	120.000
Odner	Arsip File	5 set	30.000	150.000
Map	Arsip File	10 set	10.000	100.000
Spidol boardmaker	Pelatihan	5	8.000	40.000
Tintan Printer	Pencetakan berkas	6 biji	135.000	810.000
Kertas Sertifikat	Bukti Sebagai Duta	2 pack	50.000	100.000
Flasdisk (8 GB)	Penyimpanan Data Kegiatan	2 buah	95.000	190.000
Buku Pedoman	Media Pelatihan	30 buku	25.000	750.000
Buku petunjuk	Media Pelatihan	30 buku	25.000	750.000
Pulsa Internet	Media Pembelajaran	8 GB	50.000	200.000
Poster	Media pelatihan serta media informasi	10 poster	15.000	150.000
Benner roll	Informasi Program Pos	1 buah	100.000	100.000
Leaflet	Media informasi	150 lbr	3.000	450.000
Pojok Perawat	Pusat Perawat	1 tempat	700.000	700.000
PIN Perawat	Tanda sebagai DUTA Perawat	6 Perawat	20.000	120.000
<b>SUB TOTAL</b>				4.880.000
<b>3. PERJALANAN</b>				
<b>Material</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Jumlah (Rp.)</b>	
Ketua	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan b. Pendampingan pendidikan dari <i>UMSurabaya</i> c. Evaluasi kegiatan, dll.	80 kali	2.500.000	
Anggota	a. Pengorganisasian persiapan kegiatan b. Pendampingan pendidikan dari <i>UMSurabaya</i>	70 kali	2.000.000	

	c. Evaluasi kegiatan, dll.			
<b>SUB TOTAL</b>				4.500.000
<b>4. LAIN-LAIN</b>				
<b>Material</b>	<b>Tujuan</b>	<b>Kuantitas</b>	<b>Harga Satuan (Rp)</b>	<b>Jumlah (Rp.)</b>
Pemberian <i>Door Prise</i> Kegiatan	Motivasi dan Penghargaan partisipasi kegiatan	10 buah	36.000	360.000
<b>SUB TOTAL</b>				360.000
<b>TOTAL ANGGARAN YANG DIPERLUKAN (Rp)</b>				12.300.000,-

## 2. Lampiran Jadwal Penelitian

NO.	KEGIATAN	BULAN DESEMBER-JUNI					
		1	2	3	4	5	6
1.	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti						
2.	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3.	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4.	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian						
5.	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
6.	Melakukan Penelitian						
7.	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data, Menyusun dan mengisi format tabulasi, Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis, Membuat tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya						



8.	Menyusun laporan penelitian						
----	-----------------------------	--	--	--	--	--	--