



UNIVERSITAS INDONESIA

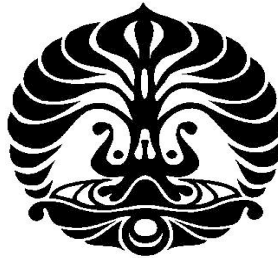
**PENGARUH *SELF HELP GROUP* TERHADAP KEMAMPUAN  
KELUARGA DALAM MERAWat KLIEN GANGGUAN JiWA  
DI KELURAHAN SINDANG BARANG BOGOR  
TAHUN 2008**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Jiwa

Oleh:  
Tantri Widyarti Utami  
NPM 0606037222

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JiWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGARUH *SELF HELP GROUP* TERHADAP KEMAMPUAN  
KELUARGA DALAM MERAWAT KLIEN GANGGUAN JIWA  
DI KELURAHAN SINDANG BARANG BOGOR  
TAHUN 2008

Oleh:  
Tantri Widyarti Utami  
NPM 0606037222

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2008**

Tesis, Juli 2008

Tantri Widyarti Utami

Pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor

kaliiv+ 113 hal +14 tabel+4 skema+7 lampiran

### Abstrak

Gangguan jiwa dialami oleh 81 jiwa dari 13764 jiwa penduduk dikelurahan Sindangbarang Bogor, pelayanan kesehatan jiwa masyarakat melalui puskesmas belum berjalan dan belum adanya kelompok swabantu (*self help group*) klien dan keluarga. Penelitian ini berjudul pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor. Tujuan penelitian ini adalah memperoleh pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Quasi experimental pre-post test without control group" dengan intervensi *self help group*. Cara pengambilan sampel adalah *purposive sampling* dengan sampel sebanyak 18 keluarga. *Self help group* dilakukan pada tiga kelompok; kelompok I diberikan *self help group* dengan enam kali pertemuan (empat kali bimbingan dan dua kali mandiri), kelompok II diberikan *self help group* dengan enam kali pertemuan (dua kali bimbingan dan empat kali mandiri) dan kelompok III diberikan *self help group* dengan tiga kali pertemuan tanpa dibimbing. Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga diukur dengan menggunakan kuesioner dan dianalisis menggunakan statistik. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa secara bermakna. Kemampuan kelompok yang mendapatkan *self help group* dan dibimbing dua kali meningkat lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan yang dibimbing empat kali dan tanpa bimbingan. Direkomendasikan membentuk dan melaksanakan *self help group* bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

Kata kunci: *Self help group*, kemampuan keluarga dan gangguan jiwa

Daftar pustaka 38 (2000-2008)

**POST GRADUATE PROGRAM  
FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2008  
Tantri Widyarti Utami

The Influence of Self Help Group to Family Ability in Taking Care Client with Mental illness in District of Sindangbarang, Bogor

xiv + 113 pages + 14 Tables + 4 schemes + 7 appendixes

**ABSTRACT**

Mental illness experienced by 81 people among 13.764 inhabitants in District of Sindangbarang, Bogor. At the same time, a serving for psychology health program by Centre of Community Health is not run well, and self help group for client and his/her family was not exist. The title of this research is The Influence of Self Help Group to Family Ability in Taking Care Client with Mental illness in District of Sindangbarang, Bogor.

The research was aimed to get a comprehensive picture about the influence of self help group to family ability in taking care client with Mental illness. Design of the research was using "quasi experimental pre-post test without control group" by using self help group intervention. A sample consist of 18 families was chosen by using purposive sampling. Self Help Group treatment was divided into 3 groups as follows: Group I (6 times meeting consists of 4 times assisting and 2 times self helping); Group II (6 times meeting consists of 2 times assisting and 4 times self helping) and Group III (3 times self helping meeting and none assisting).

The family's cognitive ability and psychomotor ability are valued by using cognitive ability and psychomotor ability questioner, and then the results of questioners are analyzed by using statistic method. The research showed a significant increase in family's cognitive ability and psychomotor ability in taking care client with mental illness. The abilities of the group that treated by self help group with 2 times assisting were increase highly and significantly compare to the group with 4 times assisting and the group without assisting. It is recommended to form and to conduct self help group to families who have client with mental illness.

Key words: self help group, family ability, mental illness

References: 38 (2000-2008)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karuniaNya sehingga tesis dengan judul : **“Pengaruh *Self Help Group* terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gangguan jiwa di Kelurahan Sindang Barang Bogor”** ini dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp,M.App.Sc, Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc,PhD selaku koordinator MA Tesis .
4. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Dewi Gayatri, SKp, M.Kes selaku pembimbing tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.

6. Ria Utami P, S.Kp, M.Kep sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
7. Dinas Kesehatan Kota Bogor yang telah memberi izin bagi penulis untuk mengumpulkan data dan melakukan intervensi keperawatan di rumah sakit yang beliau pimpin.
8. Kepala Puskesmas Sindang Barang Bogor beserta staf yang telah banyak membantu dalam pengurusan perizinan penelitian
9. Ketua RW, Ketua RT dan Kader Kesehatan Jiwa yang penulis pakai sebagai tempat penelitian, yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian.
10. Suami yang senantiasa memberikan dukungan yang besar kepada peneliti
11. Rekan-rekan angkatan II Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Allah SWT. Akhirnya penulis mengharapkan tesis ini dapat berguna untuk peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR SKEMA.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	11
A. Gangguan jiwa .....	11
B. Peran serta keluarga .....	27
C. <i>Self help group</i> .....	33
D. Pedoman pelaksanaan <i>self help group</i> .....	45
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL .....	52
A. Kerangka Teori Penelitian.....	52
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	55
C. Hipotesis.....	58
D. Definisi Operasional.....	58
BAB IV METODE PENELITIAN .....	61
A. Desain Penelitian.....	61
B. Populasi dan sampel .....	63

C. Tempat Penelitian.....	66
D. Waktu Penelitian.....	67
E. Etika Penelitian.....	67
F. Alat Pengumpulan Data.....	68
G. Validitas dan reliabilitas.....	69
H. Prosedur penelitian .....	71
I. Analisa Data .....	74
BAB V : HASIL PENELITIAN .....	78
A. Karakteristik keluarga dengan gangguan jiwa .....	78
B. Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa .....	84
BAB VI:PEMBAHASAN .....	95
A. Kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa.....	96
B. Pengaruh karakteristik keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa .....	100
C. Keterbatasan penelitian .....	105
D. Implikasi hasil penelitian.....	108
BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN .....	111
A. Simpulan .....	111
B. Saran .....	112
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

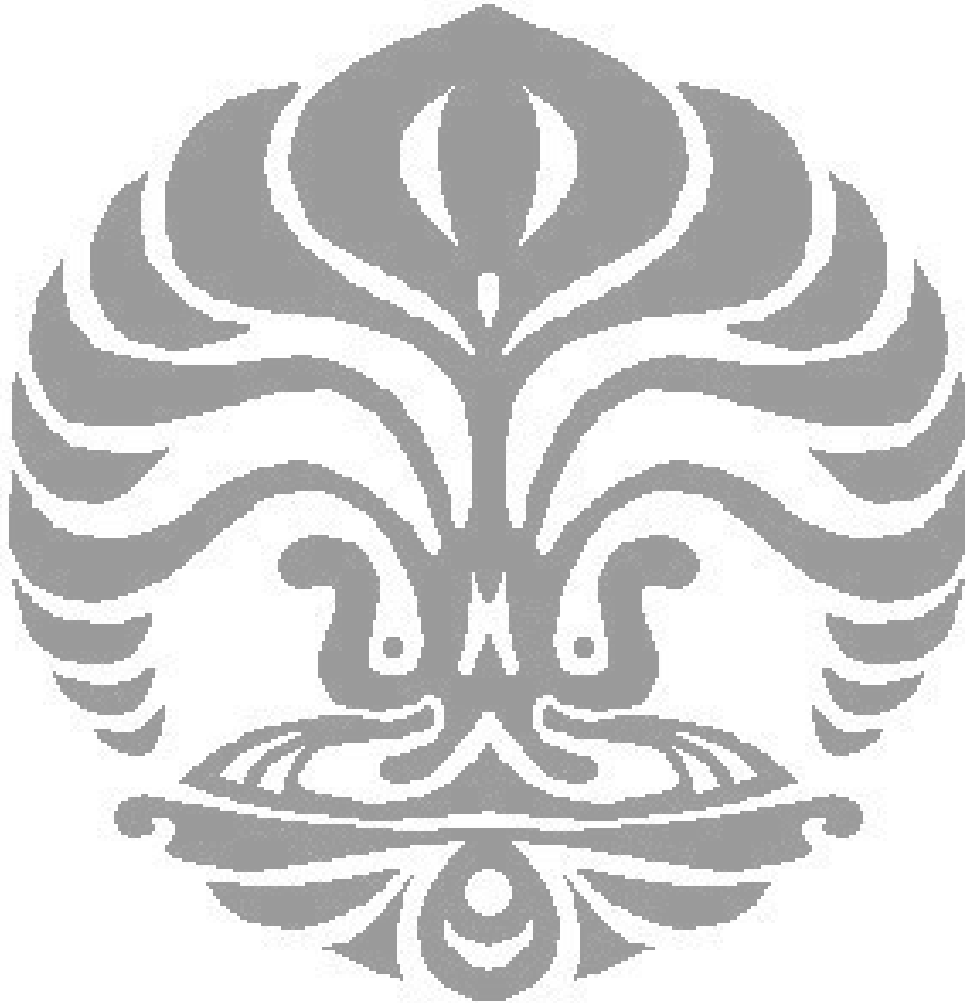


## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi operasional variabel dependen dan independen .....	59
Tabel 3.2 Definisi operasional data demografi Responden .....	60
Tabel 4.1. Jumlah sampel masing-masing RW .....	66
Tabel 4.2 Analisis variabel penelitian .....	76
Tabel 5.1 Skor karakteristik keluarga dengan gangguan jiwa berdasarkan umur pada tiga kelompok .....	79
Tabel 5.2 Skor karakteristik keluarga dengan gangguan jiwa berdasarkan hubungan dengan klien , pendidikan, pekerjaan , pendapatan perbulan dan jumlah kunjungan perawat pada kelompok .....	80
Tabel 5.3 Analisis kesetaraan rata-rata usia pada tiga kelompok .....	81
Tabel 5.4 Analisis kesetaraan hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan , Pendapatan dan jumlah kunjungan perawat pada tiga kelompok .....	82
Tabel 5.5 Analisis kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum intervensi antar kelompok .....	85
Tabel 5.6 Analisis Kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi <i>self help group</i> .....	86
Tabel 5.7 Analisis perbedaan mean kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi <i>self help group</i> .....	88
Tabel 5.8 Analisis kemampuan kognitif dan psikomotor sesudah intervensi <i>self help group</i> antar kelompok .....	90

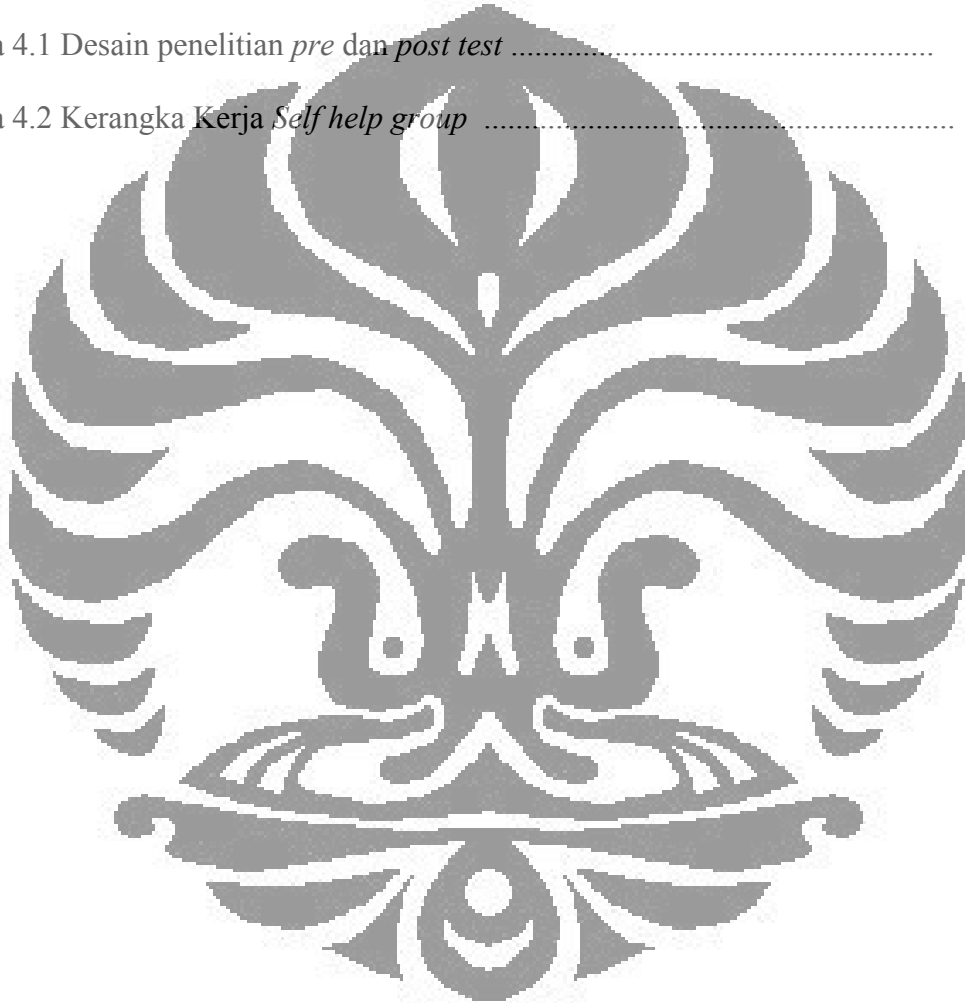
Tabel 5.9 Analisis perbedaan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif  
dalam merawat klien gangguan jiwa ..... 91

Tabel 5.10 Analisis perbedaan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor  
dalam merawat klien gangguan jiwa ..... 92



## DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian .....	54
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian .....	57
Skema 4.1 Desain penelitian <i>pre</i> dan <i>post test</i> .....	62
Skema 4.2 Kerangka Kerja <i>Self help group</i> .....	73



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian

Lampiran 2 Lembar persetujuan

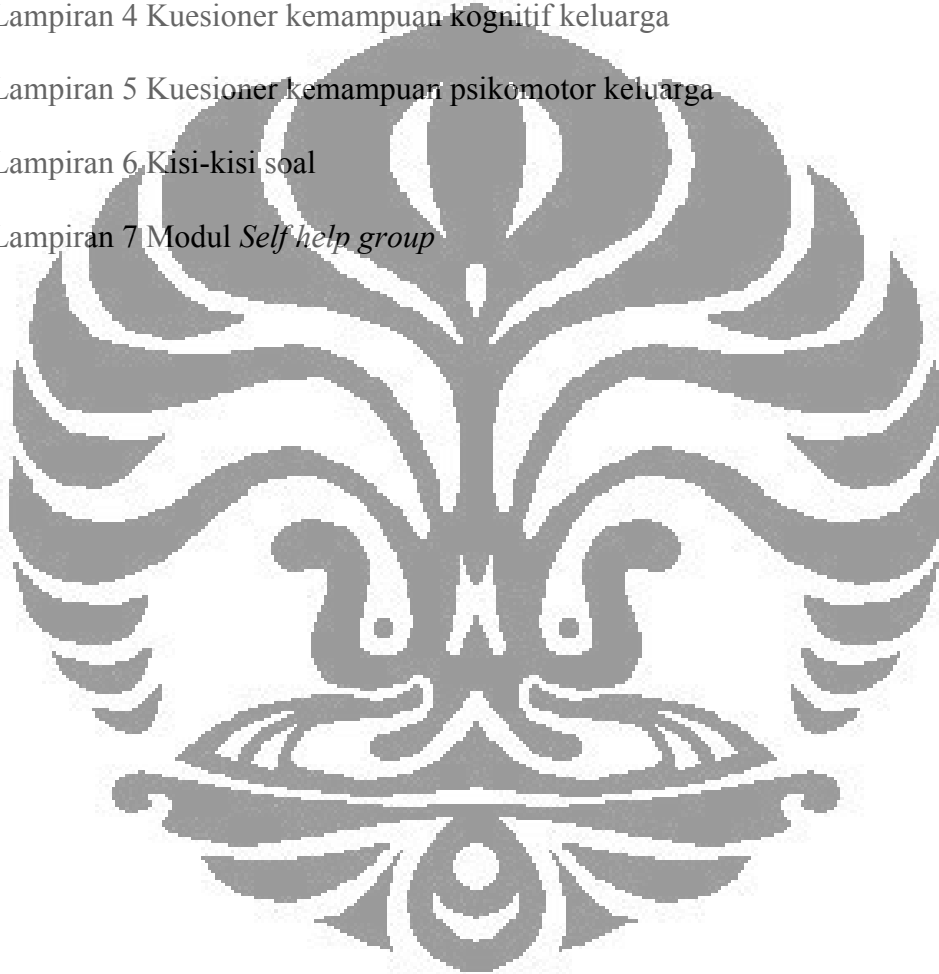
Lampiran 3 Data demografi keluarga

Lampiran 4 Kuesioner kemampuan kognitif keluarga

Lampiran 5 Kuesioner kemampuan psikomotor keluarga

Lampiran 6 Kisi-kisi soal

Lampiran 7 Modul *Self help group*



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar belakang masalah

Kesehatan merupakan investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam pengukuran indeks pembangunan manusia (IPM) selain pendidikan dan ekonomi. Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Hal ini berarti kesehatan harus dilihat secara holistik dan kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan yang tidak dapat dipisahkan.

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan. Kesehatan jiwa adalah keadaan sejahtera ditandai dengan perasaan bahagia, keseimbangan, merasa puas, pencapaian diri dan optimis (Stuart & Laraja, 2005). Dengan demikian kesehatan jiwa merupakan hal yang dibutuhkan oleh setiap orang, untuk menghasilkan manusia yang berkualitas dan terbebas dari gangguan jiwa.

Gangguan jiwa menurut Townsend (2005) adalah respons maladaptif terhadap stressor dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma-norma lokal atau budaya setempat, dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan/atau fisik. Berdasarkan

hal tersebut terjadinya gangguan jiwa tidak hanya satu faktor saja tetapi banyak faktor yang saling mempengaruhi satu sama lainnya yaitu faktor predisposisi, presipitasi, sumber koping dan mekanisme koping.

Data *World Mental Health Survey 2000* ditemukan gangguan mental berat yang cenderung menimbulkan hendaya berat pada fungsi sehari-hari (psikosis, depresi berat, ansietas yang berat, penyalahgunaan zat yang parah dsb) didapati pada sekitar 1% populasi umum di seluruh dunia. Distres psikologik sedang atau berat yang mungkin mereda dengan berlalunya waktu atau dengan distres ringan yang kronik diperkirakan sebesar 30-50% dari populasi yang terkena.(WHO, 2005). Bila dilihat dari data diatas populasi gangguan jiwa terlihat masih rendah.

Rendahnya angka gangguan jiwa berat yaitu sekitar 1% dari populasi bukan berarti tidak perlu penanganan yang serius karena dari jumlah tersebut bila 10%nya memerlukan rawat inap di rumah sakit jiwa. Bila jumlah penduduk di Indonesia hasil survey *world population growth rate* memperkirakan pada tahun 2005 jumlah penduduk Indonesia adalah 1.226.063.000 jiwa.(Anonim, 2007). Perkiraan sekitar 1% mengalami gangguan jiwa atau sebesar 12.260.630 jiwa maka jumlah yang harus dirawat di RS jiwa adalah 1.226.063 jiwa. Dilihat dari angka tersebut merupakan jumlah yang sangat besar sehingga perlu dilakukan program intervensi yang implementasinya bukan di rumah sakit tetapi di lingkungan masyarakat (*community-based psychiatric service*) dalam bentuk kesehatan jiwa masyarakat.

Keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan jiwa masyarakat dan sudah dikembangkan di Indonesia yang lebih dikenal dengan *community mental health nursing (CMHN)*. CMHN adalah pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stress dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. (CMHN,2005). Konsep dari *community mental health* ditujukan kepada kesehatan jiwa secara kolektif bagi semua orang yang tinggal dimasyarakat (Mohr, 2006). Peran perawat jiwa dikomunitas adalah membantu klien untuk mempertahankan fungsinya pada tingkat yang tertinggi dan memandirikan pasien dikomunitas. (Fortinash, 2004). Dengan demikian pelaksanaan keperawatan kesehatan komunitas dapat dilakukan kondisi sehat, risiko masalah psikososial dan gangguan.

Keperawatan kesehatan jiwa komunitas di Indonesia pertama kali diaplikasikan secara nyata pada tahun 2005 di Nangroe Aceh Darussalam (NAD) yang dilakukan berdasarkan kerjasama antara Kelompok Keilmuan keperawatan Jiwa FIK UI, Forum Komunikasi Keperawatan Jiwa Jakarta, Depkes RI dan WHO dalam usaha untuk menangani dampak berupa masalah psikososial atau gangguan jiwa lainnya akibat terjadinya bencana tsunami dan gempa bumi tanggal 26 Desember 2004. Respon yang positif terhadap puskesmas, perawat kesehatan jiwa, masyarakat, pasien yang mengalami gangguan jiwa merasakan perlunya Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa FIK UI melakukan pengembangan pembentukan keperawatan kesehatan jiwa komunitas di daerah binaan dari FIK

yaitu di wilayah Bogor. Setelah didiskusikan dengan Dinas Kesehatan Kota Bogor maka ditetapkanlah Kelurahan Sindangbarang Kecamatan Bogor Barat.

Kelurahan Sindangbarang merupakan suatu kelurahan yang terletak di kecamatan Bogor Barat dengan batas wilayah sebelah utara berbatasan dengan Kelurahan Bubulak, sebelah selatan berbatasan dengan Kelurahan Loji, sebelah timur berbatasan dengan kelurahan Cilendek Barat, sedangkan sebelah barat berbatasan dengan Kelurahan Margajaya. Wilayah Kelurahan Sindangbarang mempunyai 9 RW dengan 47 RT. Jumlah kepala keluarga sebanyak 3231 dengan jumlah penduduk 13764 jiwa. Fasilitas kesehatan yang dimiliki adalah Puskesmas yang letaknya di Jl. Sindang Sari kelurahan Sindangbarang Bogor.

Puskesmas Sindangbarang berada dibawah koordinasi wilayah kecamatan Bogor Barat yang saat ini koordinasi ada di Puskesmas Semplak. Puskesmas Sindangbarang dipimpin oleh dr. Erna Nuraena yang membawahi lima kelurahan yaitu Sindangbarang, Bubulak, Situ Gede, Margajaya dan Balumbang Jaya. Sumber daya manusia yang dimiliki oleh Puskesmas Sindangbarang yaitu: 3 (tiga) orang dokter umum, 1 (satu) orang dokter gigi, 3 (tiga) orang perawat, 2 (orang) bidan. Program pelayanan dasar yang sudah dilakukan oleh Puskesmas Sindangbarang adalah pelayanan wajib dan pelayanan penunjang. Pelayanan wajib meliputi: KIA, KB, Promkes, P2MPL, BP, Kesling, dan Gizi. Pelayanan penunjang terdiri dari: laboratorium, kesehatan lansia, kesehatan jiwa, kesehatan mata. Sedangkan pelayanan penunjang yang belum dilakukan oleh Puskesmas



Sindangbarang adalah pelayanan MTBS, PKRR, dan K3.Puskesmas Sindangbarang adalah area praktik mahasiswa program kekhususan keperawatan jiwa sejak tahun 2006 dan sampai sekarang.

Hasil deteksi yang dilakukan kader kesehatan jiwa bersama dengan mahasiswa pasca sarjana keperawatan jiwa UI sejak tahun 2005 - sekarang di sembilan RW di kelurahan Sindangbarang menemukan 81 pasien gangguan jiwa dari jumlah penduduk 13764 jiwa. Bila dilihat dari populasi penderita gangguan jiwa menurut *World Mental Health Survey* tahun 2000 sekitar 1% populasi mengalami gangguan jiwa, berarti di kelurahan Sindangbarang diperkirakan 137 jiwa mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan hal tersebut masih ada sekitar 56 jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor yang belum terdeteksi mengalami gangguan jiwa.

Belum optimalnya upaya puskesmas dalam mengatasi gangguan jiwa di masyarakat akan menyebabkan semakin kompleksnya masalah kesehatan jiwa yang ada di masyarakat dan berdampak bukan hanya kepada individu tetapi keluarga dan masyarakat itu sendiri. Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengurangi dampak tersebut adalah melakukan terapi pada keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang dikenal dengan kelompok swabantu atau *self help group* yang di Indonesia sampai saat ini masih belum berkembang.

*Self help group* merupakan satu pendekatan untuk mempertemukan kebutuhan keluarga dan sumber penting untuk keluarga dengan gangguan jiwa (Citron, et.al, 1999) . *Self help group* merupakan suatu kelompok atau peer dimana saling tiap anggota berbagi masalah baik fisik maupun emosional atau *issue* tertentu. (Anonim,2008). *Self help group* bertujuan untuk mengembangkan *empathy* diantara sesama anggota kelompok dimana sesama anggota kelompok saling memberikan penguatan untuk membentuk koping yang adaptif. *Self help group* pada keluarga dengan gangguan jiwa perlu dilakukan untuk membantu keluarga mengatasi permasalahannya yang diselesaikan bersama dalam kelompok.

Perkembangan *self help group* di Indonesia sampai saat ini masih dalam bentuk *support group* yang dipimpin oleh seorang fasilitator Beberapa kelompok suportif yang ada di antaranya Alkohol anonymous, kelompok keluarga dengan ODHA, HIV/AIDS, kelompok Cancer, Lupus, Stroke.

Penelitian pada keluarga dengan gangguan jiwa yang dilakukan aliansi untuk gangguan jiwa di Pennsylvania (AMI) membuktikan manfaat yang dirasakan dalam *self help group* sebanyak 84.1% meningkatkan pengetahuan tentang gangguan jiwa, 78% mendapatkan lebih banyak informasi tentang pelayanan terhadap gangguan jiwa, 73% berkurangnya perasaan kesendirian, 19.9% merasa dapat menemukan kebutuhan yang berkaitan dengan gangguan jiwa didalam kelompok (Citron, et.al, 1999). Bila dilihat dari hasil tersebut manfaat terbanyak dirasakan adalah terdapatnya peningkatan pengetahuan keluarga tentang

gangguan jiwa. Peningkatan pengetahuan ini akan berdampak terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

Pentingnya *self help group* terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa, belum terbentuknya *self help group* pada keluarga dengan klien gangguan jiwa serta belum adanya pelayanan kesehatan jiwa dimasyarakat oleh puskesmas untuk mengatasi gangguan jiwa baik kepada individu dan keluarga dikel Sindangbarang menjadi latar belakang perlunya dilakukan penerapan *self help group* dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa

#### **B. Perumusan masalah**

Tingginya angka gangguan jiwa dikelurahan Sindangbarang baik yang sudah terdeteksi maupun yang belum terdeteksi dan belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa masyarakat oleh puskesmas dikelurahan Sindangbarang Bogor serta belum adanya kelompok swabantu untuk mengatasi permasalahan gangguan jiwa dimasyarakat akan meningkatkan angka kesakitan dan kekambuhan klien gangguan jiwa dimasyarakat. Dari uraian diatas, peneliti dapat menyimpulkan berbagai rumusan masalah yaitu :

1. Ditemukannya jumlah penderita gangguan jiwa yaitu sebesar 81 jiwa dari 13764 jiwa penduduk dikelurahan Sindangbarang Bogor.
2. Dari 81 jiwa penderita gangguan jiwa yang terdeteksi diperkirakan masih ada sekitar 56 jiwa penderita gangguan jiwa yang belum terdeteksi di

kelurahan Sindangbarang Bogor.

3. Belum berjalannya program pelayanan kesehatan jiwa di puskesmas Sindang barang untuk mengatasi gangguan jiwa dimasyarakat.
4. Belum adanya kelompok swabantu (*self help group*) bagi klien dan keluarga dengan gangguan jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor.

Penelitian ini ingin mengembangkan *self help group*, adapun pertanyaan penelitian adalah:

1. Bagaimana kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa?
2. Apakah *self help group* dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa ?
3. Apakah indikator kemampuan keluarga dalam merawat yang berhubungan dengan kemampuan kognitif dan psikomotor?

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan Umum : Dapat diperoleh gambaran tentang pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008

Tujuan Khusus :

1. Diketahui karakteristik keluarga dengan gangguan jiwa di kelurahan Sindang barang Bogor 2008.
2. Diketahui kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah dilakukan *self help group* di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008.
3. Diketuainya kemampuan kognitif dan psikomotor antar kelompok sesudah dilakukan *self help group* di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008

4. Diketuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Aplikatif**

Pelaksanaan *self help group* diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa, maka *self help group* bermanfaat sebagai:

- a. Panduan perawat dalam melaksanakan terapi kelompok *self help group* pada keluarga yang memiliki gangguan jiwa baik di rumah sakit maupun di komunitas.
- b. Panduan perawat dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa.
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya keluarga dengan klien gangguan jiwa.

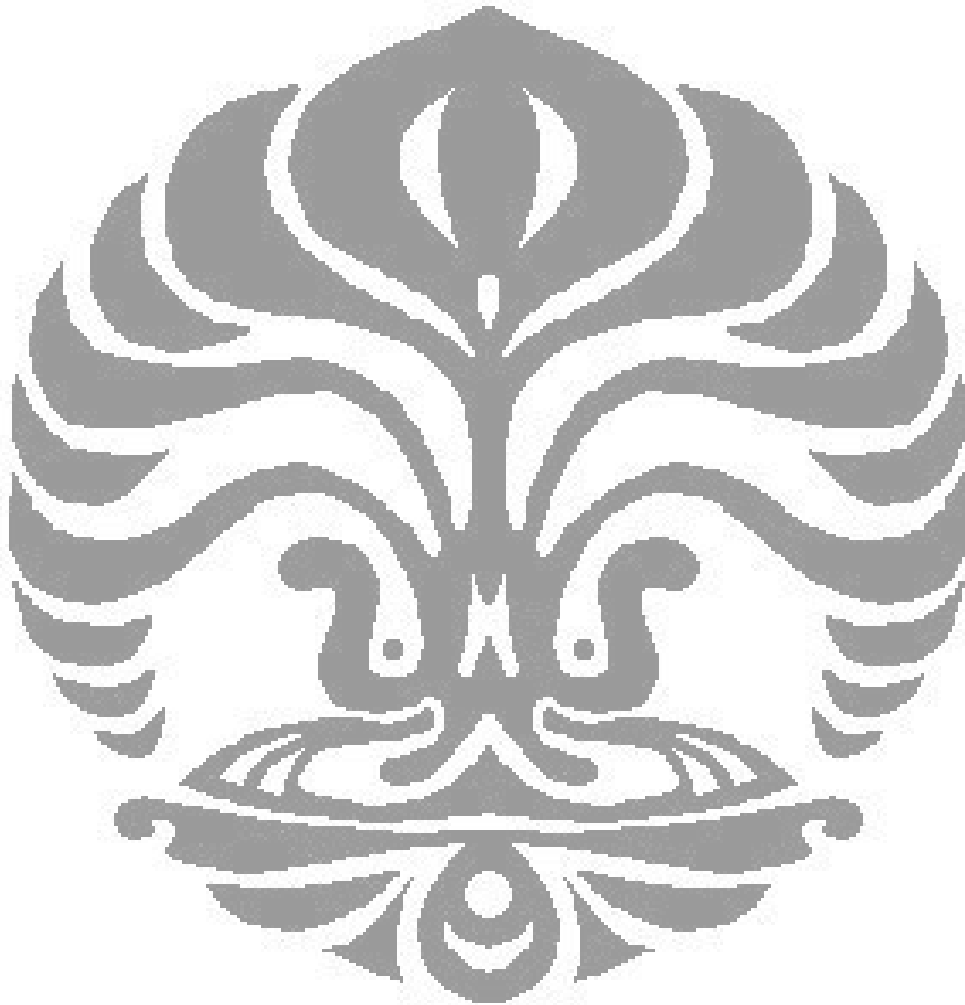
##### **2. Manfaat Keilmuan**

- a. *Self help group* sebagai terapi kelompok dalam keperawatan bagi keluarga dengan klien gangguan jiwa.
- b. Penelitian *self help group* sebagai evidence based.

##### **3. Manfaat Metodologi**

- a. Dapat menerapkan teori atau metode yang terbaik meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa melalui penelitian yang dilakukan.

- b. Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, akan dikemukakan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep gangguan jiwa , peran serta keluarga dan *self help group* .

#### A. Gangguan Jiwa

##### 1. Pengertian

Gangguan jiwa menurut Townsend (2005) adalah respons maladaptif terhadap *stressor* dari lingkungan internal dan eksternal, dibuktikan melalui pikiran, perasaan, dan perilaku yang tidak sesuai dengan norma-norma lokal atau budaya setempat, dan mengganggu fungsi sosial, pekerjaan dan/atau fisik

Gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan, dan terganggunya fungsi sehari-hari . Gangguan jiwa, walaupun tak langsung menyebabkan kematian, tapi menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu serta beban berat bagi keluarga (Masarie, 2006)

Gangguan jiwa adalah bentuk dari masalah kesehatan jiwa yang menunjukkan ketidakmampuan, biasanya ditandai dengan penyakit seperti skizofrenia,

diagnosa psikiatrik berkisar gangguan bipolar, depresi mayor, penyalahgunaan zat dan gangguan kepribadian), menetap pada periode yang lama dan menyebabkan gejala ketidakmampuan yang ditandai dengan kerusakan dalam berfungsi (Shieves,2005).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan gangguan jiwa adalah respons maladaptif terhadap stressor dari lingkungan internal dan eksternal yang berupa gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku, dan menyebabkan ketidakmampuan yang ditandai dengan kerusakan dalam berfungsi.

## 2. Proses terjadinya gangguan jiwa

Proses terjadinya gangguan jiwa sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang akan diuraikan dibawah ini dengan menggunakan pendekatan model stress adaptasi asuhan keperawatan psikiatrik pertama oleh Gail Stuart 1983 yang dikembangkan lebih lanjut pada tahun 1995. Model ini menggabungkan komponen biologik, psikologik dan sosial budaya dari asuhan keperawatan. Model ini terdiri dari komponen-komponen berikut

### a. Faktor predisposisi

Faktor predisposisi merupakan faktor resiko yang mempengaruhi seseorang mengalami gangguan jiwa. Faktor predisposisi yang mempengaruhi seseorang mengalami gangguan jiwa adalah

- 1)Faktor biologik seperti adanya lesi pada area frontal, temporal dan limbik peningkatan neurotransmitter dopamin yang berlebihan ataupun



menurun, ketidakseimbangan antara dopamin dengan neurotransmitter lain, masalah-masalah pada sistem reseptor dopamine gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur proses informasi, abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan secara selektif menanggapi rangsangan merupakan faktor biologi terjadinya gangguan jiwa termasuk juga faktor genetik.

## 2) Faktor psikologik

Perkembangan kepribadian individu akan sangat ditentukan oleh perkembangan psikososial dimasa kanak-kanaknya. Apabila anak terus-menerus mengalami frustrasi, mendapatkan perlakuan kejam, dan tidak mendapatkan cinta kasih, atau sebaliknya terlalu dimanjakan secara berlebih-lebihan, ia akan mengalami kegagalan bahkan terhenti perkembangan kepribadiannya, yang disebut dengan proses fiksasi. Anak akan mengembangkan bermacam-macam sikap yang *immature* atau tidak matang dan tingkah laku yang abnormal. Pola kepribadian yang demikian tidak jarang terus berlarut-larut dan dapat menjadi predisposisi terjadinya gangguan abnormalitas perilaku dimasa berikutnya.

## 3) Faktor sosiokultural

Para ahli teori belajar, seperti Ullmann dan Krasner (Sutatminingsih, R. 2002 ), menerangkan tingkah laku sebagai hasil proses belajar lewat pengkondisian dan pengamatan. Seseorang belajar untuk "menampakkan" tingkah laku maladaptif bila tingkah laku demikian lebih memungkinkan untuk diperkuat daripada tingkah laku yang normal.

Gangguan jiwa mungkin muncul oleh karena lingkungan tidak memberi penguatan akibat pola keluarga yang terganggu atau pengaruh lingkungan lainnya sehingga seseorang tidak pernah belajar merespon stimulus sosial secara normal. Bersamaan dengan itu, mereka akan semakin menyesuaikan diri dengan stimulus pribadi. Selanjutnya, orang-orang akan melihat mereka sebagai orang aneh sehingga mengalami penolakan sosial dan pengasingan yang akan semakin memperkuat tingkah laku yang aneh. Perilaku aneh ini akan semakin bertahan karena tidak ada penguatan dari orang lain berupa perhatian dan simpati. Pandangan tersebut didukung oleh pengamatan dengan pengkondisian operan. Beberapa penelitian memperlihatkan bahwa perilaku yang aneh dapat dibentuk melalui proses penguatan.

b. *Stressor* pencetus

*Stressor* pencetus merupakan stimulus yang merubah, mengancam dan menuntut individu. Semuanya membutuhkan energi yang tinggi dan menghadirkan stress dan ketegangan (Cohen, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2004). Yang termaksud kedalam *stressor* pencetus adalah

- 1) Kondisi stres yang dialami sepanjang hidup yang disebabkan oleh adanya tuntutan dalam melakukan aktivitas sosial, lingkungan sosial dan keinginan sosial yang tidak diharapkan, tidak sesuai ataupun yang tidak dapat dipenuhi dapat menyebabkan seseorang mengalami gangguan jiwa.

2) Ketegangan hidup seperti perselisihan dalam hubungan perkawinan, tugas perkembangan yang tidak selesai, ketegangan yang dihubungkan dengan masalah perekonomian dalam keluarga ataupun peran didalam keluarga yang berlebih dapat menjadi pencetus seseorang mengalami gangguan jiwa.

c. Penilaian terhadap *stressor*

Penilaian terhadap *stressor* merupakan suatu evaluasi tentang makna *stressor* terhadap kesejahteraan seseorang dimana *stressor* mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Respon yang muncul terhadap stress dipengaruhi oleh jenis gangguan jiwa yang dialami. Respon tersebut dapat berupa respon kognitif, respon afektif, respon psikologis, respon perilaku dan respon sosial

d. Sumber koping

Sumber koping adalah suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Sumber koping disini meliputi aset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, tehnik defensif, support sosial dan motivasi. (Stuart dan Laraia, 2005).

e. Mekanisme koping

Mekanisme koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada pelaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Tiga tipe mekanisme koping yaitu

- 1) Mekanisme koping berfokus pada masalah yaitu tugas dan usaha langsung untuk mengatasi ancaman diri, contoh dari mekanisme ini adalah negosiasi, konfrontasi dan mencari nasehat
- 2) Mekanisme koping yang berfokus pada kognitif terjadi ketika seseorang dapat mengontrol dan menetralsirnya, contoh : membandingkan secara positif, *selective ignorence*, *substitution* atau *reward* dan mengevaluasi terhadap suatu objek
- 3) Mekanisme koping yang berfokus pada emosi terjadi ketika seseorang menyesuaikan diri terhadap stress emosional secara tidak berlebihan seperti menggunakan mekanisme pertahanan ego dengan denial, supresi atau proyeksi.

Selain ketiga mekanisme koping diatas terdapat juga dua mekanisme koping yang biasa digunakan terutama saat sedang stress yaitu

- 1) *Task oriented reaction* merupakan pemecahan masalah secara sadar untuk mengatasi masalah, menyelesaikan konflik dan memuaskan kebutuhan. *Task oriented reaction* terdiri dari perilaku menyerang digunakan individu dalam mengatasi rintangan untuk memenuhi kebutuhan, biasa digunakan pada pasien dengan perilaku kekerasan dan halusinasi, perilaku menarik diri digunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik fisik maupun psikologis, banyak digunakan pada pasien isolasi sosial dan harga diri rendah; selanjutnya yang ketiga adalah *compromise* digunakan pada situasi dimana penyelesaian masalah tidak dapat dilakukan secara melawan ataupun menarik diri. Cara yang

dilakukan adalah merubah tujuan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk melawan tujuan.

2) *Ego oriented reaction* dilakukan secara tidak sadar untuk mempertahankan keseimbangan. *Ego oriented sering* digunakan pada pasien gangguan jiwa untuk melindungi diri sehingga disebut juga mekanisme pertahanan diri. Termaksud dalam mekanisme pertahanan adalah kompensasi, *denial*, *displacement*, disosiasi, identifikasi, intelektualisasi, introyeksi, isolasi, proyeksi, rasionalisasi, reaksi formasi, regresi, represi, pemisahan, sublimasi, supresi dan *undoing*.

### 3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala yang muncul pada gangguan jiwa (CMHN, 2005) adalah marah tanpa sebab, mengurung diri, tidak mengenali orang, bicara kacau, bicara sendiri dan tidak mampu merawat diri.

Manifestasi psikologi pada gangguan jiwa berat dan menetap menurut Fortinash(2004) adalah gangguan proses fikir (termaksud didalamnya halusinasi, waham dan kebingungan), harga diri rendah kronik, kesendirian, ketidakberdayaan, merasa tidak berharga, depresi dan bunuh diri. Adapun manifestasi perilaku pada gangguan jiwa menurut Fortinash (2004) meliputi kesulitan dalam perawatan diri, *personal hygiene*, kehidupan yang mandiri, hubungan interpersonal dan tidak mempunyai pekerjaan.

Tanda dan gejala gangguan jiwa meliputi penurunan kesadaran patologik dan delirium, apatis, somnolen, sopor, sampai koma; gangguan fungsi intelektual atau fungsi kognitif, seperti gangguan daya ingat, daya pikir, daya belajar, gangguan perhatian yaitu berkurangnya kemampuan mengarahkan, memusatkan, mempertahankan dan mengalihkan perhatian; gangguan orientasi tempat, waktu dan perorangan; bisa disertai gangguan persepsi seperti halusinasi visual. (Hidayat, Daan, 2007)

#### 4. Upaya mengatasi gangguan jiwa

Seseorang dengan gangguan jiwa harus diberikan support dan intervensi yang akan membantu mengatasi kesulitannya. Intervensi yang dilakukan bertujuan untuk meminimalkan gejala, pencegahan kekambuhan, meningkatkan kemandirian, mengoptimalkan fungsi dalam peran sosial, mencegah perawatan berulang di rumah sakit, meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan ketrampilan, membantu klien agar dapat melakukan aktifitas, dan melakukan *relationship* didalam komunitas. (Broker & Repper, 2001) Beberapa model intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan jiwa adalah

a. *Cure based approach*, model ini merupakan pendekatan yang berfokus mengidentifikasi masalah, melakukan tindakan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kemampuan dalam mengatasi masalah. Tujuan perawatan agar klien gangguan jiwa dapat memahami dan melihat kehidupan. *Cure based models* dilaksanakan melalui terapi khusus dan medikasi. Terapi yang dilakukan adalah mengajarkan klien melakukan aktifitas harian seperti

terapi kerja, terapi berkebun, mengatur rumah dan melakukan perawatan diri. Peran perawat disini adalah memberikan bantuan dan dukungan pada klien agar dapat melaksanakan kegiatan tersebut.

*b. Skill based approach*, merupakan latihan ketrampilan-ketrampilan sebagai modal bagi klien gangguan jiwa. Langkah pertama adalah mengidentifikasi ketrampilan yang dimiliki klien dan defisitnya. Ketrampilan dilakukan secara bertahap. *Skill base approach* hanya dapat dilakukan bila ketrampilan yang akan dilatih telah teridentifikasi seperti latihan menggunakan bus, menggoreng telur. Selain itu juga melatih ketrampilan kognitif dan mengambil keputusan. Fokus intervensi adalah melatih ketrampilan yang sudah teridentifikasi dan memprioritaskan seperti apa yang dapat dilakukan agar klien merasa lebih baik, mendapatkan banyak uang, mempunyai teman dan ketrampilan mengatur keuangan, mengatur rumah dan memasak. Peran perawat sebagai guru yaitu mengajarkan suatu ketrampilan dan klien belajar ketrampilan tersebut.

*c. Need approach*

Pendekatan yang berfokus pada kebutuhan dilakukan agar klien dapat mengatasi permasalahan, memenuhi kebutuhan perawatan diri dan melatihnya. Pendekatan ini menjelaskan bahwa kebutuhan hidup bukan hanya kebutuhan fisiologis dan keamanan saja tetapi juga kebutuhan akan cinta, kasih sayang, rasa memiliki, harga diri dan respek (Maslow, 1970 dalam Broker & Repper, 2001). Seseorang dengan ketidakmampuan karena gangguan jiwa harus dibantu untuk mempertemukan kebutuhan-

kebutuhannya dengan sumber sumber yang tersedia. Perawat dalam hal ini membantu pasien agar dapat memenuhi kebutuhan aktifitas sehari-hari-hari, memfasilitasi serta membantu melakukan hubungan dengan orang lain

Tindakan lain yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan jiwa untuk mengatasi permasalahan ( Kneils, Wilson, et. al, 2004) adalah

a. Pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga, antara lain

- 1) Mengembangkan sikap dan gaya hidup yang sehat yaitu dengan mengatur diet yang seimbang, menghindari konsumsi (merokok, kopi, alkohol dan obat-obatan ilegal), istirahat dan tidur secara adekuat, olahraga sedikitnya tiga kali seminggu.
- 2) Membuat jadwal harian yang bertujuan membantu klien untuk mengelola pikiran yang baik dengan melakukan aktifitas. Aktifitas secara rutin disusun mulai bangun tidur, makan, aktifitas harian lainnya dan istirahat, selanjutnya mengidentifikasi tugas khusus dan kebutuhan khusus sehari-hari serta ketrampilan yang dibutuhkan dan pemberian medikasi.
- 3) Ketrampilan komunikasi yang positif. Kesalahpahaman, dan kemarahan merupakan akibat dari komunikasi yang tidak adekut tidak lengkap ataupun negatif. Beberapa hal yang harus diperhatikan agar komunikasi positif adalah memberikan instruksi sesuai kemampuan klien, menghindari kritik, berargumentasi, pemberian *reinforcement* negatif, menumbuhkan sikap empati, membantu klien mengekspresikan perasaan.



4) Berpartisipasi dalam kelompok *support*. Kelompok *support* membantu klien dan keluarga untuk mengatasi permasalahannya. Keluarga memerlukan pengenalan tanda-tanda stress keluarga dan bertukar informasi dengan anggota keluarga yang lain atau orang yang berarti. Kebutuhan keluarga adalah mendapat informasi tentang sumber-sumber yang tersedia dalam merawat klien seperti perawatan kesehatan, dukungan sosial, sumber finansial. Memilih tenaga kesehatan yang memberikan rasa nyaman bagi klien dan keluarga. Mengevaluasi kemampuan klien untuk mengatur kehidupan sehari-hari dan rehabilitasi.

5) Pencegahan kekambuhan dan menghindari penurunan kondisi kesehatan klien. Upaya yang harus dilakukan klien dan keluarga agar tidak memburuknya kondisi klien adalah merencanakan jadwal untuk kontak dengan tim kesehatan, melakukan manajemen perilaku agar klien terhindar dari kemungkinan melakukan kekerasan atau bunuh diri.

b. Manajemen pengobatan merupakan hal yang utama untuk gangguan jiwa. Riset tentang keefektifan pengobatan menunjukkan pemberian medikasi akan menurunkan angka kekambuhan dan perawatan berulang di rumah sakit. Pemberian obat-obatan membutuhkan ketaatan, memperhatikan efek samping dan melihat risiko untuk jangka panjang seperti *tardive dyskinesia*. Disamping itu juga harus melihat dampak pengobatan terhadap kualitas hidup.

c. Melakukan rehabilitasi. Rehabilitasi psikiatri menekankan pada pencegahan ,menurunkan kerusakan atau dampak yang merugikan bagi klien gangguan jiwa .

d. *Social skill training* merupakan metode yang berdasarkan pada prinsip pembelajaran sosial dan menggunakan tehnik perilaku seperti bermain peran, mempraktekkan dan pemberian *reinforcement* untuk meningkatkan pembelajaran dalam bertingkah laku seperti kemampuan memecahkan masalah dan keterampilan interpersonal. *Social skill training* dilakukan secara individu, keluarga dan kelompok.

e. Melibatkan keluarga dalam kelompok *support*. Intervensi kepada keluarga secara langsung akan menurunkan *stress* didalam lingkungan keluarga dan meminimalkan beban asuhan perawatan pada anggota keluarga. Intervensi yang memberikan *support* meliputi psikoedukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan menurunkan stres pada keluarga. *Self help group* sebagai cara untuk menurunkan beban keluarga dan meningkatkan kualitas hidup pada klien dan keluarga dalam jangka panjang. Menurut Mohr (2006) beban keluarga diartikan sebagai stress atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya sehingga dengan adanya *self help group* akan menurunkan stress dari keluarga sebagai dampak adanya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Intervensi lain yang dapat dilakukan keluarga dengan gangguan jiwa seperti dikemukakan oleh *Mental Health Amerika* (2007) adalah sebagai berikut: menilai kekuatan dan kebutuhan dalam keluarga, manajemen kasus

menyeluruh , *self help*, manajemen pengobatan, manajemen krisis, *foster care support*, konseling tentang kekerasan dan trauma, konseling keluarga dan pernikahan, mengajarkan mengelola rumah tangga dan memenuhi kebutuhan sehari-hari secara mandiri, meningkatkan ketrampilan klien dan keluarga (Anonim,2007)

#### 5. Terapi – terapi dalam keperawatan jiwa untuk mengatasi gangguan jiwa.

Berbagai bentuk terapi modalitas keperawatan jiwa dapat diberikan pada pasien dan keluarga dengan gangguan jiwa. Terapi yang diberikan dapat berupa terapi individu, terapi keluarga, terapi kelompok dan terapi komunitas juga terapi kolaborasi yaitu psikofarmaka.

Adapun terapi yang akan dibahas dalam hal ini adalah terapi kelompok , dimana beberapa terapi kelompok yang dapat diberikan pada klien dan keluarga dengan gangguan jiwa adalah sebagai berikut :

##### a. *Task group*

Fungsi dari *task group* adalah untuk menyelesaikan suatu tugas atau hasil yang spesifik. Fokus terapi ini adalah penyelesaian masalah dan membuat keputusan untuk mencapai suatu hasil. Hasil akhir adalah penyelesaian tugas seperti penyelesaian konflik dalam kelompok. (Towsend, 2005)

##### b. *Teaching groups*

Pengajaran atau pendidikan dalam kelompok adalah memberikan pengetahuan atau informasi pada individu. Perawat sebagai bagian dari *teaching group* dapat memberikan beberapa pendidikan seperti medikasi, *childbirth education*, *parenting classes*. Pada terapi ini kelompok sudah

menentukan waktu dan jumlah peserta yang terlibat dalam pertemuan. Tujuan dari terapi ini adalah mengungkapkan dan menjelaskan materi yang dibahas sampai akhir oleh pemberi materi. (Towsend,2005)

*c. Supportive group*

Terapi suportif merupakan salah satu bentuk terapi kelompok psikoterapi yang berbeda dari terapi lainnya karena bersifat ekletik dan tidak tergantung pada satu konsep atau teori, serta menggunakan psikodinamika untuk memahami perubahan perilaku akibat faktor biopsikososial dengan penekanan pada respon koping maladaptif.

( Stuart & Laraia,2005 )

Terapi Suportif dibentuk untuk membantu anggotanya dalam mengatasi permasalahan. Pemimpin kelompok menggali pikiran dan perasaan anggotanya dan menciptakan lingkungan dimana anggota kelompok merasa nyaman mengekspresikan perasaannya. Kelompok suportif harus memberikan suasana yang aman bagi anggota kelompok untuk mengekspresikan perasaan frustrasi dan ketidakbahagiaan dan juga untuk mendiskusikan masalah yang terjadi dan kemungkinan solusinya.

Aturan didalam terapi suportif berbeda dengan psikoterapi dimana anggota dianjurkan untuk kontak dengan anggota lainnya dan bersosialisasi dalam sesi –sesi. Kepercayaan menjadi aturan dalam kelompok dan diputuskan oleh anggota kelompok. Kelompok suportif merupakan kelompok terbuka

dimana anggotanya bisa bergabung atau keluar dari kelompok sesuai dengan kebutuhannya. Biasanya terapi suportif untuk klien *cancer, stroke, AIDS*, dan keluarga dengan perilaku *suicide*.

d. *Self help group*

*Self help group* bertujuan mengembangkan empati diantara sesama anggota kelompok dimana sesama anggota kelompok saling memberikan penguatan untuk membentuk coping yang adaptif. Berbeda dengan terapi kelompok yang lainnya pada *self help group* perawat hanya berperan sebagai fasilitator. Perkembangan kelompok sangat dipengaruhi oleh peran masing-masing anggota didalam kelompok tersebut.

e. *Activity group*

Terapi aktivitas kelompok dirancang untuk meningkatkan perasaan sejahtera fisik dan emosional pada pasien psikiatrik. Dapat dilakukan dengan menggambar, latihan musik dll. Manfaat dari terapi ini adalah mengungkapkan perasaan positif dan negatif dan penerimaan diri yang lebih. Keberhasilan pasien untuk mengungkapkan perasaan baik yang positif maupun negatif dengan memberikan *reinforcement* positif yang dikondisikan terus menerus sesuai dengan *operant conditioning*

f. Kelompok terapeutik

Perubahan tingkah laku mulai dari masa bayi sampai lanjut usia dapat dimodifikasi. Menjadi tua menurut Skinner bukan berarti seseorang menjadi tidak efektif. Perubahan biologik menjadi tua tidak dapat ditolak sehingga yang perlu disiasati adalah mengkompensasinya agar tingkah

laku tetap efektif. Individu harus menyiasati keadaannya yang menjadi lemah dengan mengatur tingkah lakunya menjadi lebih efisien. Menurut skinner tua bukan kekurangan motivasi tetapi kekurangan *reinforcement* karena lingkungan berubah, sehingga pentingnya mensetting lingkungan agar dapat meningkatkan *reinforcement*, sehingga tahapan perkembangan dapat berjalan secara normal dan tidak muncul penyimpangan.

g. *Psychotherapy groups*

*Group psychotherapy* adalah suatu treatment terhadap adanya disfungsi emosional, kognitif atau perilaku. Menurut Caplan, dkk (1996) *group psychotherapy* adalah terapi dimana orang yang memiliki gangguan emosional dipilih secara cermat dan ditempatkan ke dalam kelompok yang dibimbing oleh seorang ahli terapis yang terlatih untuk satu sama lainnya dalam menjalani perubahan kepribadian.

Teknik dan proses kelompok digunakan untuk membantu setiap anggota kelompok untuk belajar tentang perilakunya dengan orang lain dan bagaimana hal tersebut dihubungkan dengan sifat individu. Maksud dari *group psychotherapy* adalah untuk merubah perilakunya bukan hanya memahami dan mendapatkan dukungan dari anggota kelompok (Diefenbeck, 2003; Dugas et al, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005). Setiap anggota kelompok juga harus bertanggung jawab satu sama lain dan membantu setiap anggota kelompok mencapai tujuannya. Dua kekuatan utama dari *group psychotherapy* adalah kesempatan untuk

mendapatkan umpan balik segera dari teman sebaya pasien dan memberi kesempatan bagi pasien dan terapis mengobservasi respon psikologis, emosional, dan perilaku pasien terhadap orang lain.

## B. Peran serta keluarga

### 1. Pengertian

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, darah atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi dan *relationship* (Carter & McGoldrick, 1996 dalam Boyd, 2002).

Keluarga adalah sekelompok individu yang saling berinteraksi, memberikan dukungan dan saling mempengaruhi satu sama lain dalam melakukan berbagai fungsi dasar. (Shieves, 2005)

Keluarga merupakan matriks dari perasaan beridentitas dari anggota-anggotanya, merasa memiliki dan berbeda. Tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikososial, anggota-anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum. (Friedman, 1998)

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan keluarga ada sekelompok individu yang dihubungkan dengan ikatan darah dan emosional , merasa memiliki satu sama lain, memberikan dukungan, melakukan berbagai fungsi dasar, memelihara pertumbuhan psikososial melalui pola interaksi dan

*relationship*. Keluarga dengan gangguan jiwa merupakan keluarga yang salah satu anggotanya memiliki gangguan jiwa. Peranan keluarga adalah memberikan dukungan, membantu memenuhi kebutuhan anggota dan melatih untuk melakukan interaksi satu dengan yang lainnya.

## 2. Fungsi keluarga

Fungsi-fungsi dasar keluarga adalah memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dan masyarakat yang lebih luas. Lima fungsi keluarga menurut Friedman (1998) adalah

### a. Fungsi afektif

Fungsi afektif merupakan suatu basis sentral bagi pembentukan dan keberlangsungan unit keluarga dengan demikian fungsi afektif merupakan fungsi paling vital keluarga. Tujuan dari fungsi afektif untuk stabilitas kepribadian kaum dewasa, memenuhi kebutuhan-kebutuhan para anggota keluarga. keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang dari anggotanya karena respon afektif dari seorang anggota keluarga merupakan penghargaan terhadap kehidupan keluarga. Pada keluarga dengan gangguan jiwa harus mampu memberikan *reinforcement* positif terhadap segala kemampuan yang sudah dilakukan klien dengan tujuan untuk meningkatkan harga diri klien.

### b. Fungsi sosialisasi

Fungsi ini bertujuan untuk mengajarkan bagaimana berfungsi dan menerima peran-peran sosial dewasa. Keluarga memiliki tanggung jawab untuk



mentransformasikan seorang anak menjadi seorang individu yang dapat sosial yang mampu berpartisipasi dalam masyarakat. Keluarga diharapkan dapat membantu klien gangguan jiwa agar mampu melakukan hubungan sosial baik didalam lingkungan keluarga itu sendiri maupun diluar lingkungan seperti berinteraksi dengan tetangga sekitarnya, berbelanja, memanfaatkan transportasi umum ataupun melakukan interaksi dalam kelompok yang ada diwilayah tempat tinggalnya.

c. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah menjamin kontinuitas keluarga antar generasi dan masyarakat, fungsi reproduksi ini bertujuan untuk menjaga kelangsungan generasi dan juga keberlangsungan hidup masyarakat. Keluarga dengan gangguan jiwa harus mempertahankan kualitas hidup setiap anggota keluarganya agar kelangsungan generasi tetap terjaga.

d. Fungsi ekonomis

Fungsi ekonomi meliputi ketersediaan sumber-sumber dari keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber tersebut yang 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. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk memanfaatkan sumber-sumber finansial yang tersedia baik dari keluarga itu sendiri maupun pemerintah seperti askeskin agar pengobatan klien tetap berkelanjutan.

Keluarga juga mengajarkan klien untuk mengelola keuangan sesuai kebutuhan klien.

e. Fungsi-fungsi perawatan kesehatan

Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat yang mempengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual. Perawatn yang berkesinambungan mengurangi angka kekambuhan bagi klien gangguan jiwa. Pentingnya keluarga memotivasi dan membantu klien untuk melakukan kontrol secara teratur ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat seperti puskesmas .

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, meningkatkan kesehatan personal.

3. Peran keluarga dengan gangguan jiwa

Banyaknya klien gangguan jiwa yang tinggal bersama keluarga, menjadikan keluarga sebagai *key players* dalam memberikan perawatan bagi klien gangguan jiwa. Keluarga merupakan *support system* terbesar bagi klien gangguan jiwa. Kebutuhan terhadap pengetahuan dan ketrampilan keluarga dalam merawat klien akan mempengaruhi kualitas hidup klien itu sendiri.

Peran keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dibagi dalam tiga tingkat. Pertama, keluarga harus mampu melihat kebutuhan-kebutuhan klien dan mempertahankan kekohesifan didalam keluarga dengan cara belajar ketrampilan merawat klien, memenuhi kebutuhan istirahat dan kebutuhan emergensi disaat krisis serta dukungan emosional .Kedua, keluarga harus mampu memberikan dukungan finansial untuk perawatan klien dan terlibat dalam kelompok yang dapat memberikan bantuan seperti *self help group*. Ketiga, keluarga harus mengembangkan hubungan secara benar untuk membantu klien gangguan jiwa merubah sikap dan ketrampilan.(Murthy,2003)

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, meningkatkan kesehatan personal.

#### 4. Tugas perkembangan keluarga

Tugas-tugas keluarga agar dapat mewujudkan perannya secara baik, menurut Friedman (1998) ada 5 (lima ) tugas. Berikut akan dijabarkan kelima tugas tersebut pada keluarga dengan gangguan jiwa

- a. Mengenal masalah setiap anggotanya, dalam hal ini keluarga mempunyai tugas untuk mengenal tanda dan gejala terjadinya gangguan jiwa. Pengetahuan yang harus dimiliki keluarga untuk mengatasi gangguan jiwa

adalah memberikan informasi tentang gangguan jiwa : penyebab, tanda dan gejala, akibat, upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan jiwa; memberikan pendidikan kesehatan tentang pengobatan, efek samping pengobatan, strategi untuk mentaati pengobatan, dampak pengobatan, pendidikan kesehatan tentang pencegahan kekambuhan : mengidentifikasi gejala awal kekambuhan, ancaman terhadap kekambuhan, rencana intervensi segera dan strategi koping dan tehnik problem solving serta memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia seperti *self help*. (Young, et.all ,1999)

- b. Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat yang ditunjukkan dengan membawa keluarga yang mengalami gangguan jiwa kepusat pelayanan kesehatan. Keluarga dengan gangguan jiwa segera mengambil keputusan akan dilakukan tindakan apa terhadap masalah yang terjadi pada klien
- c. Merawat anggota keluarga, pada keluarga dengan gangguan jiwa, keluarga hendaknya mampu memerankan tugasnya untuk merawat klien dirumah. Keterampilan yang harus dimiliki adalah latihan mengatasi masalah, ketrampilan dan strategi koping, cara merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, pencegahan kekambuhan dan manajemen krisis dan memanfaatkan sumber yang tersedia seperti *self help*. (Young, et.all ,1999).
- d. Mempertahankan suasana dirumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan klien. Keluarga dengan gangguan harus mampu menciptakan suasana yang nyaman pada klien misalnya memberikan perhatian, memberikan reinforcement positif atau tidak menyinggung perasaan klien. Upaya yang dapat dilakukan adalah mempertahankan kekohesifan didalam

keluarga, mengembangkan hubungan secara benar didalam keluarga sehingga tercipta lingkungan yang terapik baik bagi klien maupun keluarga.

e. Memanfaatkan pelayanan kesehatan dan sarana kesehatan. Keluarga mengajak klien untuk mengontrolkan diri secara rutin dan memeriksakan klien jika terdapat gejala-gejala kekambuhan. Keluarga juga harus melihat sumber-sumber yang tersedia didalam keluarga itu sendiri maupun dari pemerintah yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pengobatan klien gangguan jiwa.

Terlaksananya kelima tugas perkembangan keluarga tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu tahap perkembangan individu dan keluarga, kondisi fisik dan emosional klien, keluarga, status ekonomi keluarga, nilai budaya, etik, spiritual individu dan keluarga, sumber-sumber yang ada pada individu, keluarga dan masyarakat, karakteristik dari penyakit itu sendiri ( Danielson & Bissell, 1999).

### C. *Self help group*

#### 1. Pengertian

*Self help group* merupakan sekumpulan orang untuk saling berbagi terhadap permasalahan yang sama, situasi kehidupan atau krisis. *Self help group* secara umum adalah bagaimana membangun diri dan dapat dilakukan pada semua kondisi untuk mengatasi masalah emosional, ketidakmampuan fisik, gangguan makan dan ketergantungan. (Anonim, 2007)

*Self help group* adalah sekumpulan orang yang dimana mempunyai keinginan untuk berbagi pengalaman untuk mengatasi gangguan jiwa atau meningkatkan kemampuan kognitif dan emosional agar mencapai kesejahteraan (Wikimedia, 2006).

*Self help group* adalah kumpulan dua orang atau lebih, bekerja bersama untuk membagi permasalahan dan apa yang menjadi fokus perhatian. Anggota kelompok saling membantu untuk mengerahkan energi dan mencapai perasaan sejahtera. (Dombeck & Moran, 2000 )

Dari ketiga pengertian diatas dapat disimpulkan *self help group* merupakan sekumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai keinginan untuk berbagi permasalahan, saling membantu terhadap hal yang dialami atau yang menjadi fokus perhatian bertujuan mengatasi gangguan jiwa dan meningkatkan kemampuan kognitif dan emosional sehingga tercapai perasaan sejahtera.

## 2. Asumsi yang melatar belakangi *self help group*

Beberapa teori yang melandasi *self help group* adalah

- a. *Support sosial* , berada dalam komunitas yang memberikan rasa nyaman secara fisik dan emosional, akan menimbulkan perasaan cinta dan peduli yang dapat menurunkan berkembangnya penyakit baik fisik maupun psikologis. Setiap anggota saling berbagi informasi dan perspektif dengan

anggota yang lain bagaimana hidup dengan gangguan jiwa, validasi masalah meningkatkan percaya diri tiap anggota.

- b. *Social learning theory*, setiap anggota akan memiliki pengalaman sehingga dapat menjadi *role model* bagi orang lain. Bandura menyatakan, aspek fungsi kepribadian melibatkan interaksi orang satu dengan orang lain. *Social learning theory* dari Bandura, didasarkan pada konsep saling menentukan (*reciprocal determinism*), tanpa penguatan . Pendekatan ini menjelaskan tingkah laku manusia dalam bentuk interaksi timbal balik yang terus menerus antara determinan kognitif, behavioral dan lingkungan. Orang saling mempengaruhi tingkah lakunya dengan mengontrol lingkungan dan juga dikontrol lingkungan. Teori belajar social Bandura, menjadi pijakan dalam memahami tingkah laku dan sebagai prinsip dasar untuk menganalisis fenomena psikososial di berbagai tingkat kompleksitas, dari perkembangan intrapersonal sampai tingkah laku interpersonal serta yang lain seperti fungsi interaktif dari organisasi dan sistem sosial. (Alwisol,2006)

- c. *Social comparison theory* : seseorang dengan gangguan jiwa saling tertarik satu dengan yang lain dalam menumbuhkan perasaan normal. Membandingkan satu dengan yang lain agar anggota yang lain menuju perubahan menjadi lebih baik seperti melihat seseorang sebagai role model atau melihat apa yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah gangguan jiwa.

d. *Helper theory*: Disini saling membantu satu dengan yang lain dalam menumbuhkan hubungan interpersonal yang lebih baik, perubahan hidup kearah yang lebih baik. Setiap anggota saling memberi satu sama lain, menerima pembelajaran personal, meningkatkan harga diri agar diterima dalam lingkungan sosial melalui hubungan interpersonal. Setiap anggota yakin suatu kondisi akan lebih baik bila saling membantu.

Prinsip *helper theory* yang dikemukakan oleh Riessman (1965, p.27) adalah orang yang sedang mengalami berbagai kesulitan akan menganggap pengalaman-pengalaman tersebut sebagai hal yang menyakitkan sehingga mereka dapat membantu (orang) lain yang senasib karena mampu mengungkapkan pengalaman yang nyata kepada orang lain. (Oka dan Borkman, 2002)

### 3. Tujuan *self help group*

Fokus dari *self help group* adalah perubahan sikap dan perilaku (Mohr, 2006). Tujuan dan manfaat dari *self help group* adalah memberikan *support* emosional setiap anggota, belajar coping yang baru, menemukan strategi untuk mengatasi suatu kondisi dan membantu yang lain ketika mereka perlu bantuan. (Anonim, 2005)

Tujuan *self help group* dalam kelompok adalah memberikan *support* terhadap sesama anggota dan membuat penyelesaian masalah secara lebih baik dengan



cara berbagi perasaan dan pengalaman, belajar tentang penyakit dan memberikan asuhan, memberikan kesempatan *caregiver* untuk berbicara tentang permasalahan dan memilih apa yang akan dilakukan, saling mendengarkan satu sama lain, membantu sesama anggota kelompok untuk berbagi ide-ide dan informasi serta memberikan *support*, meningkatkan kepedulian antar sesama anggota sehingga tercapainya perasaan aman dan sejahtera, mengetahui bahwa mereka tidak sendiri. *Support group* juga memberikan kesempatan kepada *caregivers* untuk berbagi perasaan, masalah, ide-ide dan informasi dengan yang lain yang mempunyai masalah yang sama. Selain itu juga memberikan kepuasan karena dapat berbagi dan membantu satu dengan yang lainnya. (Anonim,2000)

#### 4. Prinsip *self help group*

Prinsip yang harus dilakukan dalam *self help group* seperti yang dikemukakan *Self help* nottingham (2005) adalah sebagai berikut

##### a. *Mutuality*

Pengambilan keputusan dengan melibatkan kelompok merupakan hal yang sangat positif dan sebagai upaya pemberdayaan . Beberapa anggota kelompok akan saling melihat bagaimana mereka merasakan, bertindak dan menanggulangi suatu masalah. Sesama anggota melihat berbagai situasi agar dapat bertahan dan melawan permasalahan. Alasan memilih *self help* adalah melalui *mutual understanding* dan dukungan, anggota *self help group* dapat berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah

serta menemukan solusi melalui kelompok. Informasi dari anggota kelompok dan solusi yang dapat dilakukan merupakan kekayaan bagi anggota kelompok *self help group* dan sebagai pertimbangan untuk membantu diantara anggota kelompok . Tanggung jawab dan kesadaran kelompok dapat lebih mengembangkan kontrol diri dalam berbagai kondisi dan situasi.

b. *Reciprocity* (Hubungan timbal balik)

Seseorang yang bergabung dalam kelompok akan belajar mengenal kebutuhan masing-masing dan memperoleh tambahan informasi. Harapan dan inspirasi dapat datang dari mendengar ataupun pengalaman anggota yang lain yang telah *survive*, mengatasi dan menaklukkan situasi atau masalah kesehatan.

Riwayat pribadi adalah sumber dari *self help group* dan memungkinkan anggota untuk mengambil pengalaman dengan cara yang luar biasa. Anggota belajar strategi koping yang baru, memperoleh informasi dan manfaat yang tak terhingga dari saling berbagi pengalaman di dalam kelompok. Lambat laun anggota baru dapat mencoba untuk mendengar sama seperti yang lainnya. Mereka juga dapat tukar menukar peran antar anggota, saling berbagi. Anggota secara kontinyu menguatkan dan memperbaharui strategi koping. Sesama anggota saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek dan hubungan yang saling menyayangi .

*Self help group* adalah perkumpulan penting dalam setiap orang adalah sama sederajat , kooperatif dimana mendorong untuk berbagi pengalaman dan riwayat pribadi di dalam kelompok. Prioritas adalah perubahan di dalam sikap dan pengobatan tetapi inti aktifitas *self help* adalah mendengarkan dan berespon terhadap pengalaman hidup.

c. Berbagi tanggung jawab dan manfaat

Keistimewaan *self help group* adalah perasaan menjadi lebih baik dengan saling membantu, meningkatkan harga diri dan dapat memperbaiki *self worth* dan *self value*. Beberapa manfaat yang dirasakan dengan saling berbagi adalah : mengakses informasi yang relevan, merasakan , pemberdayaan dengan berperan aktif dalam masalah kesehatan, meningkatkan kepercayaan diri dan harga diri , kesempatan untuk memberikan hal yang sama seperti menerima bantuan belajar cara baru untuk menangani masalah, mendapat tambahan inspirasi dan dukungan dari pengalaman orang lain, merasa lebih dapat mengatasi dan berkurangnya perasaan terisolasi dan kesendirian, kesempatan untuk meningkatkan lingkungan sosial, kesempatan untuk mengembangkan ketrampilan baru, menurunkan ketegangan, cemas dan ketakutan.

Adapun aturan dalam *self help group* (Sugarman , 2000) adalah sebagai berikut :

- a. Kooperatif, kooperatif merupakan hal yang penting, saling peduli dengan diri sendiri dan orang lain, yang harus diingat bahwa *self help group* adalah belajar keterampilan dalam kelompok.
- b. Keamanan dan keselamatan kelompok, perasaan aman dan nyaman merupakan prioritas utama dalam kelompok, perasaan negatif seperti kebosanan dapat mempengaruhi fungsi kelompok bila tidak diungkapkan
- c. Mengekspresikan perasaan, agar dapat berbagi pengalaman maka pernyataan yang diungkapkan adalah “*saya merasa...*” atau “*saya ingin...*”
- d. Penggunaan waktu, ketika kelompok sedang berkumpul untuk memberikan *support* atau *issue*, harus diungkapkan secara singkat dan spesifik. Penggunaan waktu harus dilaksanakan seefisien mungkin.
- e. Mengidentifikasi kebutuhan, belajar mengidentifikasi apa yang sangat diinginkan seperti merawat klien, kebutuhan akan dukungan, informasi atau yang lainnya, jangan menerima bantuan terhadap sesuatu yang tidak diinginkan.
- f. Kerahasiaan, penting disadari apa yang terjadi didalam kelompok merupakan rahasia dari kelompok, keterbatasan didalam kerahasiaan bisa terjadi pada individu ataupun institusi. Kerahasiaan merupakan hal yang harus dimiliki oleh kelompok.
- g. Komitmen untuk berubah, bekerja dalam kelompok akan sangat efektif ketika masing-masing mempunyai komitmen untuk berupaya meningkatkan kemampuan diri. Beberapa pertanyaan yang dapat diberikan adalah : apa yang

dapat dilakukan untuk merubah situasi?, bagaimana kita dapat saling membantu? Darimana kita mulai bertindak?

Selain dari prinsip dan aturan *self help group*, kebutuhan yang harus dipenuhi oleh kelompok yaitu mempunyai rasa memiliki, berkontribusi, dapat menerima satu sama lain, mendengarkan, saling ketergantungan, mempunyai kebebasan, loyalitas, dan mempunyai kekuatan. (Forschner, 2003)

#### 5. Karakteristik *self help group*

Beberapa karakteristik dari *self help group* adalah kelompok kecil, homogen, berpartisipasi penuh, mempunyai otonomi, kepemimpinan kolektif, keanggotaan sukarela, non politik, saling membantu. (Anonim, 2005)

Kekuatan dari kelompok adalah *cohesiveness* dan *fullness* sehingga seseorang dapat berperan dalam tingkat kemampuan yang tertinggi. Hal yang harus dipenuhi adalah mengembangkan rasa menyatu dan berbagi dalam kelompok, meningkatkan kemampuan memahami masalah antar anggota kelompok, meningkatkan kemampuan komunikasi dalam kelompok, saling membantu untuk meningkatkan status kesehatan. (Forschner, 2003)

#### 6. Aktifitas *self help group*

Langkah awal sebelum memulai aktifitas kelompok adalah mengorganisasikan kelompok yang dilakukan pada pertemuan awal. Aktifitas yang dilakukan pada tahap ini adalah menetapkan hal yang menjadi fokus dalam kelompok,

menentukan siapa saja yang bisa bergabung dalam kelompok, memilih nama kelompok, menetapkan tenaga kesehatan yang dipilih, mengembangkan *anonymity* dan kerahasiaan, mempertimbangkan kebutuhan dalam kelompok, penggabungan, menentukan waktu pertemuan, mempersiapkan aktifitas yang akan dilakukan, memulai mengembangkan “*mutual help*”, *community outreach*.

(Dombeck & Moran, 2000).

Tahapan *self help group* yang dikembangkan oleh Dombeck & Moran (2000) adalah sebagai berikut :

Sesi 1 – 4 merupakan analisa masalah , yang dilakukan adalah

- a. Memahami masalah , tiap anggota harus memahami isu, gejala atau masalah yang anda dialami, langkah pertama adalah kearah *self help*, selanjutnya memahami issue dan sifat masalah. Perhatikan kecenderungan yang mungkin terjadi terhadap masalah . Bertanggung jawab ketika membuat atau mempertahankan suatu masalah.
- b. Memecahkan masalah kedalam bagian-bagian kecil . Ketika sudah memahami masalah, kemungkinan masalah dirasakan terlalu besar – untuk digambarkan yang dapat dilakukan adalah mencoba menangkap semua masalah, membagi kedalam bagian-bagian. Selanjutnya buat rencana bagaimana memperbaiki masalah bagian demi bagian.
- c. Menentukan tujuan. Pada sesi ini setiap masalah sudah dibagi menjadi bagian – bagian kecil, selanjutnya membuat tujuan, di mana , berapa lama akan diselesaikan.

- d. Menentukan bagaimana mengukur pencapaian tujuan. Beberapa cara untuk mengukur pencapaian tujuan adalah apa permasalahan utama yang terlihat, berapa lama waktu untuk mencapai tujuan, apa yang telah dilakukan untuk mencapai tujuan.

Langkah 5-7: Merencanakan Suatu Solusi

- e. Memberikan pendidikan tentang pemecahan masalah dengan belajar metode-metode yang tersedia untuk membantu mengelola isu-isu dan permasalahan, sehingga kita akan tahu apa yang akan dilakukan dalam memecahkan masalah yang dialami. Bicarakan dengan anggota yang lain bagaimana pendapat tiap anggota atau yang pernah mengalami permasalahan yang sama.
- f. Memilih solusi yang terbaik. Setelah mempelajari sebanyak mungkin tentang cara memecahkan masalah, pilih cara yang akan dipakai berdasarkan faktor kekuatan dan kelemahan yang ada.
- g. Menulis rencana. Hal ini dilakukan setelah mengerti: 1) apa permasalahan yang ingin diubah; 2) bagaimana cara merubahnya; 3) apa tujuan dan sasaran dari permasalahan; 4) bagaimana cara mengukur kemajuan 5) pemecahan masalah apa yang akan dipilih 6) metoda dan pilihan paya yang terbaik sesuai dengan situasi dan kondisi. Tulis semua rencana kedalam kertas pilih metoda, pendekatan dan teknik yang akan digunakan untuk menyelesaikan rencana dan batas waktu.
- h. Melakukan tindakan sesuai rencana. Aktifitas pada sesi ini adalah melakukan rencana yang disusun dan komitmen untuk tetap berpegang pada rencana. Tanamkan dalam diri bahwa masalah yang sedang diselesaikan akan

membantu mengatasi masalah yang lebih besar . tindakan yang dilakukan saat ini agar masalah tidak bertambah buruk.

- i. Setia kepada rencana, hindari kekambuhan (*relaps*). Bagian akhir dari *self help group* adalah tetap berpedoman pada rencana bila terjadi kekambuhan. *Relaps* terjadi ketika seseorang gagal untuk melakukan sesuai dengan rencana.

Adapun langkah-langkah lain yang bisa dilakukan untuk *self help group* yang dikemukakan oleh Sugarman (2000) sebagai berikut :

1. Pendahuluan, tujuannya mengembangkan hubungan dalam kelompok dengan saling mengenal satu dengan yang lainnya
2. Berbicara tentang riwayat masing-masing, tujuannya adalah memvalidasi pengalaman masing-masing. Aktivitas yang dilakukan adalah berdiskusi tentang pengalaman masing-masing.
3. Memahami kesadaran diri bertujuan untuk meningkatkan kesadaran diri, aktivitas yang dilakukan mendiskusikan perasaan masing-masing.
4. Pemberian informasi, bertujuan menentukan terapi, aktifitas yang dilakukan adalah mendiskusikan tentang pengalaman dalam pemberian terapi.
5. Defensiveness tujuan mengidentifikasi bagaimana melindungi diri dari perasaan tidak nyaman. Aktifitas yang dilakukan adalah saling berbagai tentang mekanisme pertahanan diri.
6. Harga diri, tujuannya adalah meningkatkan harga diri aktivitas , mendiskusikan perasaan terkait dengan topik yang didiskusikan dan saling menceritakan tentang dampak terhadap harga diri



7. Hubungan dalam keluarga, tujuan meningkatkan pemahaman tentang dinamika keluarga, aktifitasnya bagaimana hubungan masing-masing dalam keluarga.
8. *Koping*, tujuan mengembangkan ketrampilan *koping*, aktivitas yang dilakukan bagaimana menjaga diri sendiri
9. *Stress*, tujuannya mengajarkan manajemen stres. Aktifitas yang dilakukan adalah latihan menurunkan stres.
10. *Letting go*, tujuan perpisahan, aktifitas perpisahan dengan anggota
11. *Support system*, tujuan meningkatkan *support system* anggota. Aktifitas yang dilakukan adalah menjelaskan bahwa kamu tidak sendiri

#### D. Pedoman pelaksanaan *self help group*

Pada penelitian ini *self help group* dilakukan pada keluarga gangguan jiwa. Tujuan yang diharapkan keluarga mampu meningkatkan kemampuan dalam merawat klien gangguan jiwa baik secara kognitif maupun psikomotor. Dalam penelitian ini panduan dimodifikasi dengan mengadopsi dua macam tahapan *self help group* yang dikembangkan oleh Dombeck dan Moran (2000) dan Sugarman (2000). Pertimbangan, antara lain; (1) Terapi ini dilakukan pada kelompok keluarga yang mengalami gangguan jiwa, dimana setiap keluarga memiliki tugas untuk merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa sehingga tahapan dimodifikasi agar tidak terlalu panjang, (2) waktu penelitian yang singkat sehingga sesi-sesi yang dipilih lebih dipadatkan dengan tidak mengurangi hasil yang diharapkan.

*Self help group* merupakan bagian terapi kelompok, sehingga pada tahap pembentukan dijelaskan tentang dasar-dasar pembentukan kelompok yang dikemukakan Yalom (1995). Menurut Yalom (1995) seorang terapis harus mempunyai kemampuan merubah mekanisme didalam kelompok terapi untuk membantu anggotanya. Ada beberapa faktor yang merupakan dasar rasional seorang terapis untuk memilih taktik dan strategi yang dikenal dengan faktor kuratif terapi kelompok.

Faktor – faktor kuratif terapi kelompok tersebut adalah *Instilling hope* : punya harapan dan optisme bahwa klien sukses dengan mempunyai pengalaman terapi kelompok; *Universality* : mengkonfirmasi bahwa klien tidak sendiri atau unik dan ada orang lain yang mempunyai masalah yang sama ; *Imparting information* : dengan proses pembelajaran secara formal dan informal; *Altruism* : anggota kelompok memberi support dan pemahaman diri. Penggunaan diri untuk kesejahteraan orang lain dimana anggota saling membagi pengalaman sehingga meningkatkan *sense* nilai diri; *Corective Recapitulation of the Family Groups* : adanya koreksi kelompok bila ada masalah dalam keluarga ; *Development of Social Techniques*: anggota meningkatkan kemampuan sosial dimana adanya pemberian umpan balik sebagai reaksi terhadap corak interpersonal; *Imitative Behaviour* : belajar dengan melihat bagaimana orang lain berinteraksi dan memilih model perilaku yang adaptif; *Catharsis* : belajar mengekspresikan emosi dan pengalaman tanpa terancam; *Existential Factors* : setiap individu mempunyai kesepakatan dasar dan merasa bermakna bila bisa

menerima diri sepenuhnya; *Cohesiveness* : adanya keuntungan bersama dalam kelompok yang efektif; *Interpersonal Learning* : individu belajar mengidentifikasi, mengklarifikasi dan memodifikasi perilaku yang maladaptif.

Adapun indikasi dilakukan terapi ini adalah pada keluarga yang salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa lebih diprioritaskan kepada keluarga yang akan merawat klien tersebut. Gangguan jiwa yang dipilih berdasarkan delapan diagnosa keperawatan yaitu halusinasi, waham, harga diri rendah, isolasi sosial, perilaku kekerasan, defisit perawatan diri, risiko bunuh diri dan risiko perilaku kekerasan.

Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* komunitas dapat dilakukan di rumah salah satu keluarga, balai pertemuan, ataupun sarana lainnya yang tersedia di masyarakat. Metode yang dilakukan adalah dinamika kelompok, diskusi, tanya jawab dan *role play*.

Pelaksanaan *self help group* terbagi dalam dua tahapan yaitu pembentukan *self help group* dan implementasi *self help group*.

#### A. Pelaksanaan *self help group*

Strategi pelaksanaan *self help group* terbagi menjadi dua tahap yaitu

1. Pembentukan *self help group* terdiri dari tiga kali pertemuan : pertemuan pertama menjelaskan tentang konsep *self help group*, pertemuan kedua

melakukan *role play* lima langkah kegiatan *self help group* dan pertemuan ketiga melakukan *role play* lima langkah kegiatan *self help group*.

Kelima langkah kegiatan tersebut adalah :

a. Langkah I : Memahami masalah

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan masalah yang dihadapi oleh keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Setiap anggota mengungkapkan masalah yang dihadapinya. Pertemuan kedua dan seterusnya mendiskusikan kembali apa ada masalah lain yang dialami oleh keluarga.

Hasil dari langkah pertama adalah kelompok memiliki daftar masalah .

b. Langkah II : cara untuk menyelesaikan masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah peserta saling berbagi informasi bagaimana cara mengatasi permasalahan yang terjadi berdasarkan daftar masalah yang sudah dibuat. Bila penyelesaian masalah tidak ditemukan maka dibawah ini ada pedoman untuk menyelesaikan masalah . Materi yang dapat diberikan adalah memberikan informasi tentang kesehatan jiwa, tanda sehat jiwa, gangguan jiwa (penyebab, tanda dan gejala, dampak gangguan jiwa bagi klien dan keluarga), cara yang dapat dilakukan untuk merawat anggota keluarga seperti berinteraksi, membantu melakukan perawatan diri (mandi, menyisir rambut, menggosok gigi, berpakaian) ,melakukan kegiatan (seperti menyiapkan makan, mencuci piring, merapihkan rumah, berbelanja),

memberikan pujian klien dan keluarga, cara memberikan obat. Materi tersebut diberikan oleh anggota kelompok itu sendiri ataupun oleh tenaga kesehatan yang ditunjuk dan sepakati oleh kelompok. Pertemuan kedua dan seterusnya kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan cara penyelesaian masalah yang lain, apakah ada tambahan. Jika cara penyelesaian masalah tidak ditemukan dapat konsul kepada ahlinya.

Hasil dari langkah kedua adalah kelompok memiliki daftar cara penyelesaian masalah.

c. Langkah III: Memilih cara pemecahan masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan tiap-tiap cara penyelesaian masalah yang ada dalam daftar penyelesaian masalah dan memilih cara penyelesaian masalah dengan mempertimbangkan faktor pendukung dan penghambat dalam menyelesaikan masalah tersebut. Pertemuan ke dua dan seterusnya adalah mendiskusikan apakah ada cara lain yang dipilih dalam mengatasi masalah.

Hasil dari langkah ke tiga ini adalah daftar cara penyelesaian masalah yang dipilih

d. Langkah IV : melakukan tindakan untuk penyelesaian masalah.

Kegiatan yang dilakukan adalah tiap peserta melakukan *role play* (bermain peran) cara penyelesaian masalah yang telah dipilih.

Pertemuan ke dua dan selanjutnya melakukan *role play* cara lain yang telah dipilih oleh kelompok.

Hasil dari langkah ke empat adalah kelompok memiliki daftar penyelesaian masalah yang sudah dilatih.

e. Langkah V : Pencegahan kekambuhan.

Kegiatan yang dilakukan adalah mendiskusikan cara – cara mencegah kekambuhan, tanda dan tanda kekambuhan dan tindakan yang dilakukan saat kekambuhan terjadi. Pertemuan kedua dan selanjutnya adalah mendiskusikan tentang cara lain untuk mencegah kekambuhan dan tindakan yang dilakukan saat kekambuhan terjadi.

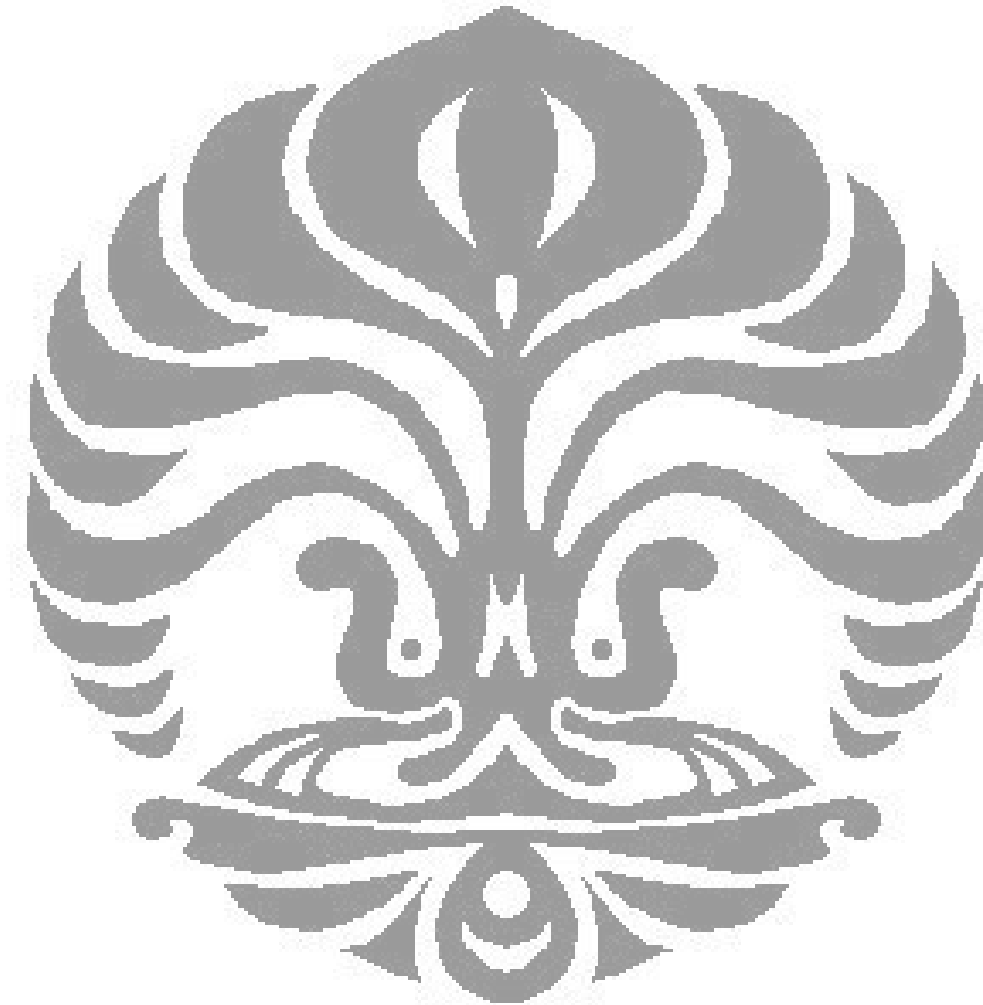
Hasil dari langkah kelima adalah daftar cara mencegah kekambuhan dan tindakan yang dilakukan jika kekambuhan terjadi.

## 2. Implementasi

Implementasi adalah penerapan kegiatan *self help group*. Implementasi dilakukan sebagai upaya menjaga keberlangsungan kegiatan *self help group* agar dapat mencapai tujuan pelaksanaan *self help group* itu sendiri.

Kegiatan yang dilakukan adalah : menyusun jadwal kegiatan *self help group*, menyusun topik setiap pertemuan, menyusun leader setiap pertemuan ( leader yang dipilih merupakan anggota kelompok itu sendiri, dan setiap anggota kelompok mempunyai kesempatan untuk menjadi leader) , melaksanakan lima langkah kegiatan *self help group* yang

dimulai dengan pembukaan, kerja dan penutup ( seperti pada saat pertemuan pembentukan *self help group*), mencatat kemampuan yang dimiliki oleh kelompok, melakukan evaluasi pelaksanaan kegiatan kelompok.



### **BAB III**

## **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Dalam BAB ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

#### **A. Kerangka Teori**

Kerangka teori ini merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian ini. Kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II.

Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang gangguan jiwa meliputi pengertian, penyebab gangguan jiwa. Penyebab gangguan jiwa dibahas berdasarkan pendekatan konsep stress adaptasi yang dikemukakan Stuart dan Laraia yaitu faktor predisposisi, faktor presipitasi, sumber koping dan mekanisme koping. Selain dari penyebab, gangguan jiwa juga akan menimbulkan dampak yang tidak hanya bagi klien saja tetapi juga bagi keluarganya.

Peranan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dipengaruhi oleh fungsi keluarga itu sendiri, peran keluarga dalam merawat gangguan jiwa dan tugas

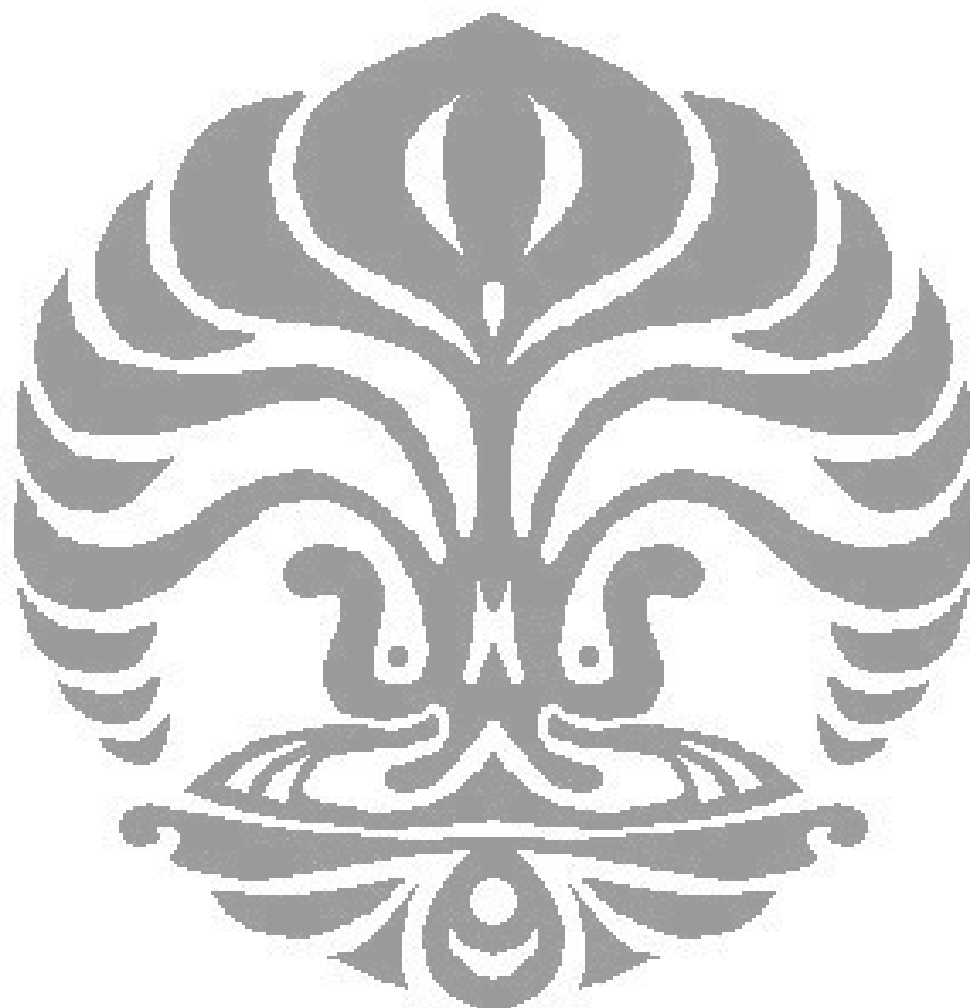


perkembangan keluarga . Ketiga faktor diatas akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dan terapi yang diperlukan untuk mengatasinya.

Berbagai macam terapi keperawatan untuk klien dan keluarga gangguan jiwa dapat berupa terapi individu, kelompok, keluarga dan komunitas.

*Self help group* merupakan bentuk terapi kelompok dimana bertujuan untuk memberikan support emosional setiap anggota, belajar koping yang baru, menemukan strategi untuk mengatasi suatu kondisi . Landasan teori yang melatar belakangi pembentukan *self help group* adalah teori support sosial, *social learning theory*, *social comparison theory* dan *helper theory* . Kegiatan *self help group* dikembangkan oleh Dombek dan Moran (2000) berupa sembilan langkah *self help group* dan menurut Sugarman (2000) terdiri dari sebelas langkah *self help group*. Pada akhirnya *self help group* diharapkan dapat meningkatkan kemampuan keluarga baik secara fisik maupun psikomotor dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. pada keluarga .

Kerangka teori dapat digambarkan dengan skema pada bagan 3. 1.



## B. Kerangka Konsep

Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi pengaruh *self help group* terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan gangguan jiwa. Kerangka konsep ini merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian ini.

Gangguan jiwa merupakan gangguan pikiran, perasaan atau tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari. Gangguan jiwa dipengaruhi oleh berbagai faktor baik faktor predisposisi, presipitasi, sumber koping dan mekanisme koping sehingga memerlukan penatalaksanaan tidak hanya untuk klien tetapi juga untuk keluarga.

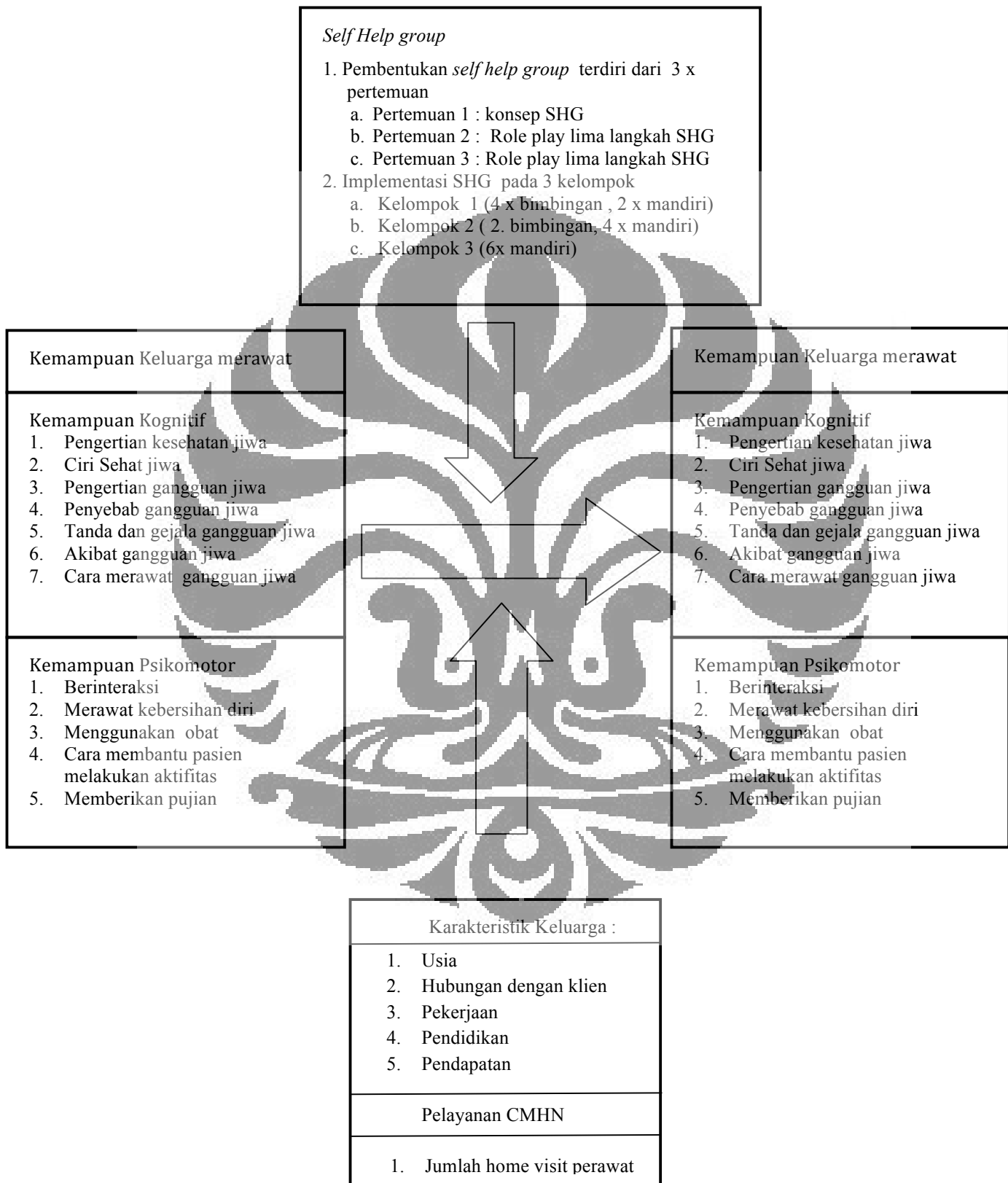
Keluarga merupakan support sistem terbesar pada klien gangguan jiwa, kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sangat mempengaruhi kemampuan klien untuk mengatasi permasalahannya.

Upaya mengatasi gangguan jiwa diberikan berbagai macam terapi baik pada klien maupun keluarga. Terapi tersebut meliputi terapi individu, kelompok dan komunitas. Dimana dalam penelitian ini *self help group* merupakan bentuk terapi kelompok yang akan menjadi diberikan pada keluarga yang memiliki klien gangguan jiwa. Tujuan dari pemberian terapi ini adalah dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa baik secara kognitif maupun psikomotor.

Pelaksanaan *self help group* dilakukan dalam dua tahap yaitu pembentukan *self help group* dan implementasi *self help group*. Langkah-langkah dalam *self help group* yang dilakukan dalam penelitian ini merupakan modifikasi *self help group* yang dikembangkan oleh Dombeck dan Moran (2000) dan Sugarman (2000) sehingga dihasilkan lima langkah. Kelima langkah tersebut dilakukan baik pada tahap pembentukan *self help group* maupun saat implementasi *self help group*. Hasil akhir yang diharapkan pada penelitian ini adalah dengan melakukan *self help group* akan menghasilkan peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor.

Area penelitian yang akan dilakukan saat ini adalah pada keluarga dengan gangguan jiwa yang kemungkinan besar mempunyai karakteristik yang berbeda dan bervariasi, dan subyek penelitian tidak dapat diramalkan dengan pasti, maka peneliti tidak dapat mengontrol seluruh variabel karakteristik demografi secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel dependen dan independen. Kerangka konsep penelitian digambarkan dengan skema pada bagan 3.2

### Bagan 3.2 Kerangka Konsep



### C. Hipotesis Penelitian

1. Ada perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa setelah mendapatkan *self help group*.
2. Ada perbedaan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa yang mendapatkan bimbingan 4x, 2x dan tanpa bimbingan dalam melaksanakan *self help group*.
3. Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan) dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

### D. Definisi Operasional

Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya. Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau "mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan yang dapat diuji dan ditentukan kebenarannya oleh orang lain. (Sarwono, 2006)

Variabel operasional bermanfaat untuk : 1) mengidentifikasi kriteria yang dapat diobservasi yang sedang didefinisikan; 2) menunjukkan bahwa suatu konsep atau objek mungkin mempunyai lebih dari satu definisi operasional; 3) mengetahui bahwa definisi operasional bersifat unik dalam situasi dimana definisi tersebut harus digunakan.

## 1. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel independen dan dependen

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala
<b>Variabel Dependen</b>				
Kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa	Kemampuan keluarga baik secara kognitif maupun psikomotor untuk merawat klien gangguan jiwa	Wawancara dengan menggunakan kuesioner tentang kemampuan keluarga meliputi kemampuan kognitif terdiri dari 20 pertanyaan dan kemampuan psikomotor terdiri dari 20 jawaban.	Skor Kemampuan kognitif 20-40 Skor kemampuan psikomotor 20-80	Interval Interval
<b>Sub Variabel</b>				
Kemampuan Kognitif	Kemampuan keluarga secara kognitif untuk mengenal tentang gangguan jiwa. Penyebab, tanda dan gejala, akibat serta cara merawat klien gangguan jiwa	Alat ukur menggunakan kuesioner. Penilaian, memilih jawaban yang benar (ya dan tidak) Terdiri dari 20 jawaban	Skor nilai antara 1-40	Interval
Kemampuan psikomotor	Kemampuan keluarga secara psikomotor untuk membantu klien mengatasi gangguan jiwa	Alat ukur menggunakan kuesioner. Penilaian melalui; 1= tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3=sering dan 4=selalu. Terdiri dari 20 pertanyaan	Skor nilai antara 20-80	Interval
<b>Variabel Intervensi</b>				
<i>Self Help group</i>	Kelompok keluarga gangguan jiwa yang bersama-sama melakukan kegiatan yaitu memahami masalah, cara untuk menyelesaikan masalah, memilih cara pemecahan masalah, melakukan tindakan untuk penyelesaian masalah, pencegahan kekambuhan		1. Keluarga yang mendapatkan SHG dan 4x bimbingan, 2 x mandiri. 2. Keluarga yang mendapatkan SHG dan 2x bimbingan, 4 x mandiri. 3. Keluarga yang mendapatkan SHG dan 3x mandiri.	

## 2. Data demografi responden (keluarga)

Tabel 3.2  
Definisi Operasional Data Demografi Responden

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Wawancara tentang usia responden dalam tahun.	Dinyatakan dengan umur.	Interval
Hubungan dengan Klien	Hubungan kekeluargaan responden dengan klien	Wawancara tentang hubungan responden dengan klien.	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri : 1. Keluarga inti 2. Bukan keluarga inti	Nominal
Pendidikan	Pendidikan yang ditempuh responden secara formal	Wawancara tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri : 1. Rendah 2. Menengah	Ordinal
Pendapatan	Keadaan sosial ekonomi keluarga klien yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan	Wawancara tentang pendapatan responden	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri dari 1. Dibawah UMR 2. Diatas UMR	Ordinal
Pelayanan CMHN	Kunjungan yang dilakukan perawat untuk melakukan asuhan keperawatan kepada klien dan keluarga gangguan jiwa	Wawancara tentang kunjungan perawat	Dinyatakan dengan angka : 1-2 Pilihan jawaban terdiri dari 1. < 4x 2. >4x	Ordinal



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

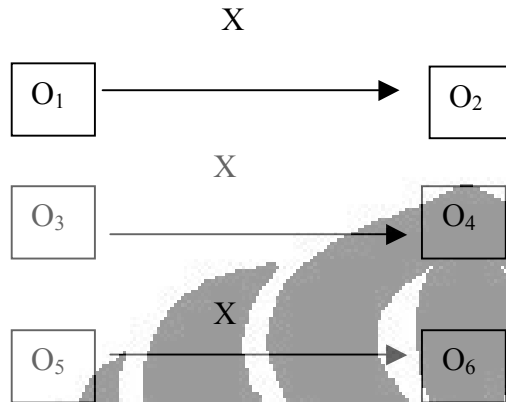
#### A. Desain penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test without kontrol group*" dengan intervensi *self help group*. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum diberikan perlakuan berupa *self help group* dan membandingkannya dengan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah diberikan perlakuan. Penelitian juga membandingkan tiga kelompok keluarga dengan gangguan jiwa yang ada di kelurahan Sindangbarang Bogor yaitu :

1. Kelompok I adalah kelompok yang diberikan terapi *self help group* selanjutnya dilakukan 6x pertemuan rutin (4x bimbingan dan 2x mandiri)
2. Kelompok II adalah kelompok yang diberikan terapi *self help group* selanjutnya dilakukan 6x pertemuan rutin (2x bimbingan dan 4x mandiri)
3. Kelompok III adalah kelompok yang diberikan terapi *self help group* selanjutnya dilakukan 3x pertemuan rutin (3x mandiri).

Hal ini sesuai dengan pendapat Sasroasmoro dan Ismail (2002) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensi. Desain penelitian dapat dilihat pada skema 4.1

Bagan 4.1

Desain penelitian *pre dan post test***Keterangan:**

O<sub>1</sub> : Kemampuan kelompok I sebelum dilakukan *self help group*

O<sub>2</sub> : Kemampuan kelompok I sesudah dilakukan *self help group*

O<sub>3</sub> : Kemampuan kelompok II sebelum dilakukan *self help group*

O<sub>4</sub> : Kemampuan kelompok II sesudah dilakukan *self help group*

O<sub>5</sub> : Kemampuan kelompok III sebelum dilakukan *self help group*

O<sub>6</sub> : Kemampuan kelompok III sesudah dilakukan *self help group*

X = *Self help group*

X<sub>1</sub> = *Self help group* + ( 6x pertemuan = 4x bimbingan dan 2x mandiri)

X<sub>2</sub> = *Self help group* + (6x pertemuan = 2x bimbingan dan 4x mandiri)

X<sub>3</sub> = *Self help group* + (3x pertemuan = 3x mandiri)

O<sub>2</sub> - O<sub>1</sub> = X<sub>1</sub> = Perbedaan kemampuan kelompok sesudah dan sebelum intervensi

*self help group* + ( 6x pertemuan = 4x bimbingan dan 2x mandiri)

O<sub>4</sub> - O<sub>3</sub> = X<sub>2</sub> = Perbedaan kemampuan sesudah dan sebelum intervensi *self help*

*group* + (6x pertemuan = 2x bimbingan dan 4x mandiri)

$O_6 - O_5 = X_6 =$  Perbedaan kemampuan sesudah dan sebelum intervensi *self help group* + (3x pertemuan = 3x mandiri).

$X_4 : X_5 : X_6 = X_7 =$  Perbedaan kemampuan pada tiga kelompok sesudah intervensi.

## B. Populasi dan sampel

### 1. Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2002). Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh keluarga dengan gangguan jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor yang tercatat selama periode penelitian yaitu dari Februari sampai April 2008 berjumlah 81 orang.

### 2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiono, 2005), atau sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti. Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* dimana pengambilan sampel dilakukan sedemikian rupa sehingga kewakilannya ditentukan peneliti berdasarkan pengalaman berbagai pihak (Budiarto, 2004). Sampel penelitian ini adalah keluarga dengan gangguan jiwa dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia 18 – 60 tahun
- b. Pendidikan : SD sampai perguruan tinggi
- c. Pekerjaan : bekerja dan tidak bekerja
- d. Telah dikunjungi perawat minimal tiga kali

e. Mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa

Jumlah Sampel dalam penelitian ini mengarah pada dua sisi. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus :

$$n = \frac{\sigma^2 * [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

$\sigma$  = Standar deviasi dari beda 2 rata-rata berpasangan penelitian terdahulu atau penelitian awal

$Z_{1-\alpha/2}$  = Nilai Z pada derajat kepercayaan  $1-\alpha/2$  atau derajat kemaknaan  $\alpha$  pada uji 2 sisi (two tail)

$Z_{1-\beta}$  = Nilai Z pada kekuatan uji (power)  $1-\beta$

$\mu_1$  = Rata-rata kemampuan sebelum intervensi pada kelompok intervensi

$\mu_2$  = Rata-rata kemampuan sesudah intervensi pada kelompok intervensi

$n$  = Jumlah sample yang dibutuhkan

Pada penelitian sebelumnya diketahui bahwa :

SD= 20.4 ,  $\mu_1 = 39.4$  ,  $\mu_2 = 49.3$  ,  $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$  ,  $Z_{1-\beta} = 0.84$

Dari rumus diatas, peneliti ingin menguji hipotesis dengan derajat kemaknaan 5% ( $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ ) dan kekuatan uji 90% ( $Z_{1-\beta}$  atau  $Z_{90\%} = 0.84$ ), maka jumlah sampel yang diperlukan adalah :

$$n = \frac{\sigma^2 * [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{21.4^2 * [1.96 + 0.84]^2}{(39.4 - 49.3)^2} = 33.2$$

Dengan demikian, besar sample pada penelitian ini 33 orang yang terbagi dalam tiga kelompok intervensi, dimana jumlah sample tiap kelompok 11 orang. Pengambilan sampel dilakukan melalui dua cara yaitu membagi kelompok dengan mempertimbangkan aspek demografi tiap RW setiap kelompok terdiri dari tiga RW, RW yang letaknya saling berdekatan menjadi satu kelompok. Selanjutnya memilih keluarga yang memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan *sample* dilakukan dengan menggunakan rumus

$$N = \frac{\text{Jumlah populasi gangguan jiwa di RW}}{\text{Total populasi di 3 RW}} \times 11$$

Berdasarkan tabel 4.1 dibawah ini terlihat jumlah penderita gangguan jiwa dari kelompok I adalah 20 keluarga dan jumlah sampel yang diperlukan adalah 11 keluarga sedangkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 5 keluarga. Kelompok II jumlah penderita gangguan jiwa adalah 24 keluarga, jumlah sampel yang diperlukan 11 sedangkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 5 keluarga. Kelompok III jumlah penderita gangguan jiwa adalah 30 keluarga, jumlah sampel yang diperlukan 11 sedangkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia melakukan penelitian berjumlah 7 keluarga.

Tabel 4.1. Jumlah sampel masing-masing RW

Kelompok	RW	Jumlah sample per RW	Sampel yang didapat
Kelompok 1	RW 01	$\frac{12}{20} \times 11 = 7$	4
	RW 02	$\frac{2}{20} \times 11 = 1$	1
	RW 09	$\frac{6}{20} \times 11 = 3$	0
Kelompok 2	RW 03	$\frac{10}{24} \times 11 = 5$	3
	RW 04	$\frac{11}{24} \times 11 = 5$	3
	RW 08	$\frac{3}{24} \times 11 = 1$	0
Kelompok 3	RW 05	$\frac{10}{30} \times 11 = 4$	0
	RW 06	$\frac{11}{30} \times 11 = 4$	5
	RW 07	$\frac{9}{30} \times 11 = 3$	2

### C. Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Sindangbarang Bogor (RW 01 - 07) yang merupakan salah satu lahan praktik S2 spesialis keperawatan jiwa Universitas Indonesia sejak tahun 2005. Tempat penelitian dilaksanakan di rumah kader kesehatan jiwa di RW 01 untuk kelompok I, RW 03 untuk kelompok II dan RW 06 untuk kelompok III .

### D. Waktu penelitian

Waktu penelitian dimulai dari february sampai juli 2008, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan

pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Pelaksanaan penelitian ini dimulai tanggal 29 April sampai 10 Juni 2008. Tahap pertama adalah persetujuan penelitian (*informed consent*) kepada responden dimulai pada tanggal 29 April -2 Mei 2008. Tahap kedua pembentukan *self help group* dilakukan dalam tiga kali pertemuan membahas tentang konsep *self help group* dimulai pada minggu pertama Mei - minggu kedua Mei 2008. Tahap ketiga implementasi *self help group* dilakukan minggu ketiga Mei sampai dengan minggu ke dua bulan Juni 2008

#### **E. Etika penelitian**

Sebelum melakukan penelitian, dilakukan uji etik oleh komite etik fakultas ilmu keperawatan Universitas Indonesia dan hasil uji etik menyatakan proposal pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dinyatakan lolos dan layak untuk dilakukan penelitian. Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Dinas kesehatan kota Bogor dan puskesmas Sindangbarang Bogor. Setelah mendapat persetujuan peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan kelurahan dan masing-masing RW mulai dari RW 01 sampai dengan RW 09 .

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian telah diberi informasi tentang rencana dan tujuan penelitian melalui pertemuan resmi dan tertulis yang bertempat di madrasah RW 07 pada tanggal 29 April 2008. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi

responden dengan cara menandatangani *informed consent* (lampiran 1) atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti.

Etika penelitian terhadap subyek penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi dihormati, anonimitas dipertahankan sedangkan terhadap data akan dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data akan dimusnahkan.

Pelaksanaan *self help group* pada keluarga untuk merubah kemampuan kognitif dan psikomotor dilakukan dalam lima langkah selama 60-90 menit . Selanjutnya dilakukan implementasi yang dibagi dalam tiga kelompok , masing-masing kelompok terdiri dari dua RW. Pemilihan kelompok RW mempertimbangkan letak geografis masing-masing RW dimana dua RW yang saling berdekatan menjadi satu kelompok.

#### F. Alat pengumpul data

Pengumpulan data primer pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara (sebagai instrumen penelitian). Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut :

**Instrumen A:** merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: nomor responden, usia, pendidikan, pekerjaan, alamat, , hubungan dengan klien, jumlah kunjungan perawat. Bentuk pertanyaan



dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh responden. (lampiran 3)

**Instrumen B:** merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tentang kemampuan kognitif yang diungkapkan responden terkait dengan kemampuan merawat gangguan jiwa. Instrumen untuk memperoleh data mengenai kemampuan kognitif terdiri dari 20 pertanyaan dengan jawaban menggunakan *setuju atau tidak setuju*, keluarga diminta menjawab satu pilihan yang paling benar dari dua pilihan yang ada (lampiran 4)

Instrumen B digunakan untuk *pre test* dan *post test* pada tiga kelompok. Kisi-kisi kemampuan kognitif terlampir (lampiran 6)

**Instrumen C :** merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur tentang kemampuan psikomotor yang diungkapkan responden terkait dengan kemampuan merawat gangguan jiwa

Instrumen untuk memperoleh data mengenai kemampuan psikomotor menggunakan kuesioner. Kuesioner terdiri dari 20 pernyataan yang dikembangkan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan skala likert (1-4), dengan rentang nilai 20-80. Jika tidak pernah melakukan diberi nilai 1, Kadang-kadang melakukan diberi nilai 2, pernah /melakukan diberi nilai 3, selalu melakukan diberi nilai 4. Instrumen C digunakan untuk *pre test* dan *post test* pada tiga kelompok. (lampiran 6)

#### G. Validitas dan reliabilitas

Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan pada 8 orang keluarga yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu keluarga yang memiliki

anggota keluarga dengan gangguan jiwa dikelurahan Bubulak yang merupakan wilayah kerja dari puskesmas Sindangbarang Bogor. Keluarga yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden.

Uji validitas dan reliabilitas pada kemampuan kognitif (instrumen B) menggunakan validitas isi (*content validity*). Validitas isi pada penelitian ini dilakukan pada kuesioner kemampuan kognitif dimana isi dari kuesioner tersebut dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah..

Uji validitas kemampuan psikomotor menggunakan *pearson product moment* dengan membandingkan r tabel dengan r hasil dimana bila  $r \text{ hasil} > r \text{ tabel}$ , maka pertanyaan tersebut valid. Hasil uji validitas 20 pertanyaan menunjukkan 16 pertanyaan valid dimana didapatkan r hasil  $> 0.707$ , sedangkan 4 pertanyaan lainnya yaitu (P8,11,14,18) dinyatakan tidak valid.

Uji reabilitas dilakukan dengan menganalisis pertanyaan valid (16 pertanyaan). Adapun hasil analisa menunjukkan r Alpha (0,9546) sehingga pertanyaan tersebut dianggap realibel.

Pertanyaan yang tidak valid dan reliabel selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh keluarga yang mengikuti *self help group*. Hasil uji validitas 4 pertanyaan menunjukkan 16 pertanyaan valid dimana didapatkan r hasil  $> 0.468$ ,

Uji reabilitas menunjukkan  $r$  Alpha (0,8159) sehingga pertanyaan tersebut dianggap realibel.

## H. Prosedur penelitian

Proses penelitian ini telah dilaksanakan melalui tiga tahapan dengan langkah-langkah sebagai berikut

### 1. Persiapan administratif

Persiapan administratif dimulai pada minggu ketiga bulan April 2008 peneliti mengurus surat perizinan dari Dinas kesehatan kota Bogor, puskesmas Sindangbarang dan kelurahan Sindangbarang Bogor. Minggu keempat bulan April 2008 melakukan koordinasi dengan puskesmas Sindangbarang untuk menentukan perawat yang dapat berpartisipasi pada penelitian ini sebagai observer dalam hal ini perawat yang ditunjuk adalah penanggung jawab program kesehatan jiwa di puskesmas Sindangbarang Bogor yaitu ibu Yeni, SKM. Koordinasi juga dilakukan kepada pihak kelurahan Sindangbarang Bogor.

Minggu keempat bulan April 2008 peneliti mengumpulkan responden yang merupakan anggota-keluarga dari klien gangguan jiwa dari tiga kelompok intervensi. Tiap kelompok merupakan gabungan dari dua RW yang saling berdekatan sehingga total keseluruhan adalah enam RW di kelurahan Sindangbarang Bogor selain itu juga menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian, meminta persetujuan untuk berpartisipasi dan mengisi lembar persetujuan informed consent.

## 2. Pelaksanaan kegiatan

Tahapan pelaksanaan kegiatan penelitian dilakukan dalam tiga tahap. Langkah-langkah yang dilakukan adalah :

### a. *Pre test*

Kemampuan kognitif dan psikomotor pada keluarga diukur sebelum pembentukan *self help group*. *Pre test* dilakukan pada tanggal 29 April – 2 Mei 2008. Instrumen yang digunakan adalah instrumen B (lampiran 4) untuk kemampuan kognitif dan instrument C (lampiran 5) untuk kemampuan psikomotor. Kisi-kisi soal menggunakan lampiran 6.

### b. Intervensi

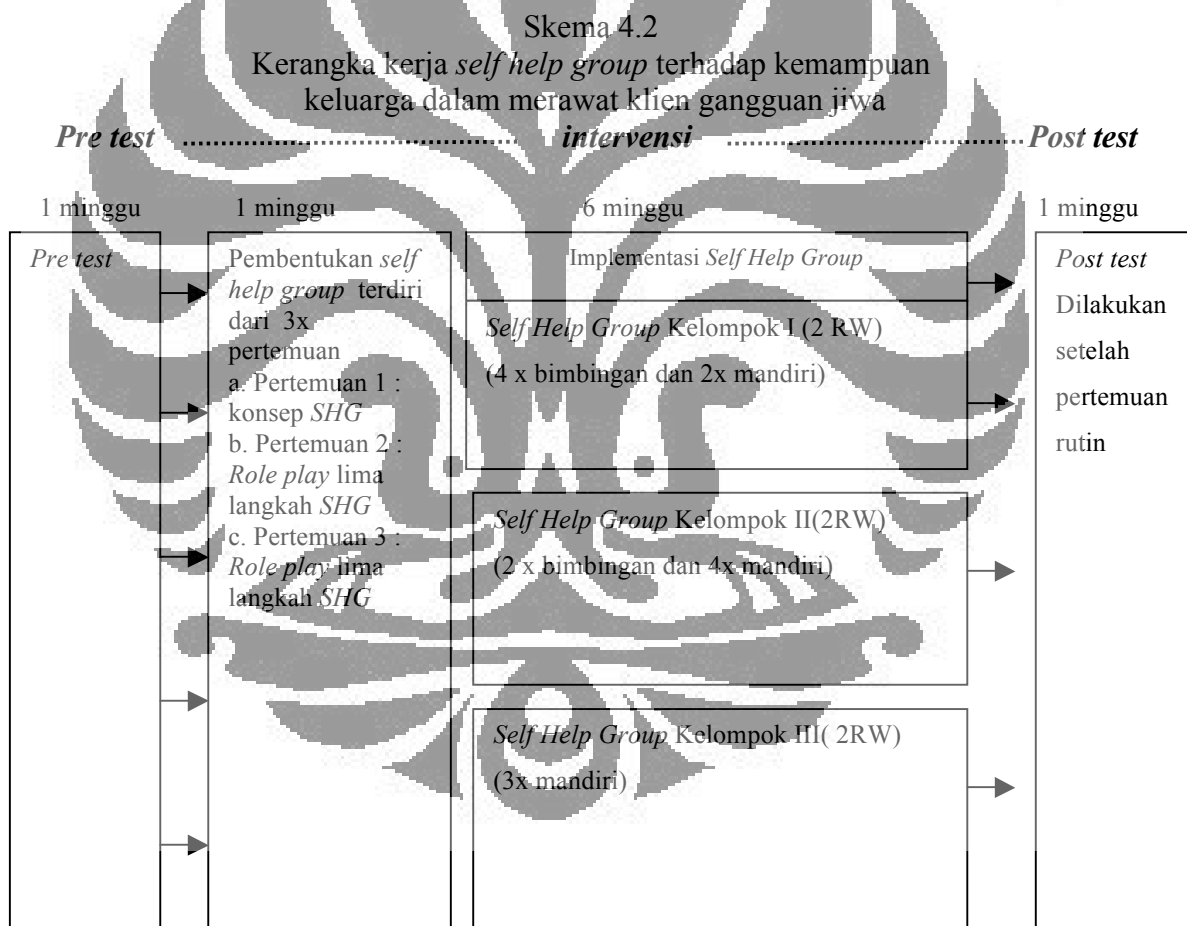
*Self help group* dilakukan dalam dua tahap yaitu tahap pembentukan (Skema 4.2) dilakukan tiga kali pertemuan dimulai pada minggu pertama sampai minggu kedua bulan Mei 2008. Pertemuan pertama membahas tentang konsep *self help group* dan langkah-langkah kegiatan *self help group*. Pertemuan kedua dan ketiga mendemonstrasikan lima tahapan *self help group*. Waktu yang dialokasikan pada setiap pertemuan adalah 60-90 menit. Pertemuan dilakukan 1x dalam seminggu

Tahap kedua adalah implementasi ( Skema 4.2) yaitu pertemuan rutin. Pertemuan *Self help group* dilakukan dalam tiga kelompok. . Kelompok I dilakukan 6x pertemuan rutin (4x bimbingan dan 2x mandiri) , kelompok II dilakukan 6x pertemuan rutin (2x bimbingan dan 4x mandiri) dan kelompok III dilakukan 3x pertemuan rutin (3x mandiri). (Skema 4.2)

c. *Post test*

Kemampuan kognitif dan psikomotor pada keluarga dilakukan setelah selesai pertemuan rutin . *Post test* dilakukan pada minggu ke II bulan Juni 2008. Instrumen yang digunakan adalah instrumen B (lampiran 4) untuk kemampuan kognitif dan instrument C (lampiran 5) untuk kemampuan psikomotor. Kisi-kisi soal menggunakan lampiran 6.

Untuk memperjelas alur kerja penelitian, peneliti memaparkan pada skema 4.2



## I. Analisis Data

### a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian, yaitu dengan distribusi frekuensi. Hasil statistik deskriptif meliputi mean, median, standar deviasi. Deskripsi univariat dilakukan pada setiap variabel yang diteliti.

Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik keluarga dengan gangguan jiwa yaitu usia, hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat.

Karakteristik keluarga yaitu umur dalam data numerik dianalisis menggunakan analisis *explore* sedangkan karakteristik keluarga lainnya yaitu hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat dalam data katagorik dianalisis dengan distribusi frekwensi

Kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok terbagi atas dua bagian yaitu sebelum intervensi *self help group* dan sesudah intervensi *self help group* menggunakan analisis *explore*.

### b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat pengaruh *self help group* dengan kemampuan kognitif dan psikomotor

keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum dan sesudah dilakukan *self help group* di kelurahan Sindangbarang Bogor.

Sebelum dilakukan uji hipotesis, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan karakteristik keluarga antar kelompok menurut umur yang dianalisis menggunakan Anova sedangkan hubungan dengan klien pendidikan, pekerjaan, penghasilan sebulan dan *home visit* perawat antar kelompok menggunakan uji *chi square*. Uji kesetaraan juga dilakukan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum intervensi *self help group* pada tiga kelompok.

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan antara kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum dan sesudah dilakukan *self help group* di kelurahan Sindangbarang Bogor dengan menggunakan *T paired test*. Adapun analisis yang melihat kemampuan kognitif dan psikomotor sesudah intervensi antar kelompok menggunakan *Anova*.

Analisis lain yang dilakukan adalah hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa secara kognitif dan psikomotor menggunakan uji *independen t - test*.

Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Analisis variabel penelitian

**A. Uji kesetaraan karakteristik keluarga**

No	Variabel karakteristik keluarga	Kelompok	Cara analisis
1	Usia	Kelompok I, II dan III	Anova
2	Hubungan dengan klien	Kelompok I, II dan III	Chi square
3	Pendidikan	Kelompok I, II dan III	Chi square
4	Pekerjaan	Kelompok I, II dan III	Chi square
5	Penghasilan	Kelompok I, II dan III	Chi square
6	Home visit perawat	Kelompok I, II dan III	Chi square

**B. Uji kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum intervensi pada tiga kelompok**

No	Variabel kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan gangguan jiwa	Kelompok	Cara Analisis
1	Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum intervensi	Kelompok I Kelompok II Kelompok III	Anova

**C. Kemampuan kognitif keluarga dalam merawat sebelum dan sesudah intervensi**

No	Variabel kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan gangguan jiwa	Variabel kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan gangguan jiwa	Cara Analisis
1	Kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum intervensi a. Kelompok I b. Kelompok II c. Kelompok III	Kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah intervensi a. Kelompok I b. Kelompok II c. Kelompok III	<i>T paired</i>
2	Kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sebelum intervensi a. Kelompok I b. Kelompok II c. Kelompok III	Kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah intervensi a. Kelompok I b. Kelompok II c. Kelompok III	<i>T paired</i>



**D. Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah intervensi pada tiga kelompok**

No	Variabel kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan gangguan jiwa	Kelompok	Cara Analisis
1	Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa sesudah intervensi.	Kelompok I Kelompok II Kelompok III	<i>Anova</i>

**D. Hubungan karakteristik keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa**

No	Variabel karakteristik keluarga	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	Cara analisis
1	Usia	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	<i>t - independent</i>
2	Hubungan dengan klien	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	<i>t - independent</i>
3	Pendidikan	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	<i>t - independent</i>
4	Pekerjaan	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	<i>t - independent</i>
5	Penghasilan	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	<i>t - independent</i>
6	<i>Home visit</i> perawat	Kemampuan keluarga Kognitif dan psikomotor	<i>t - independent</i>

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Bab ini akan diuraikan secara lengkap, hasil penelitian pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa dikelurahan Sindangbarang Bogor pada tanggal 29 April sampai 10 Juni 2008,. Pada penelitian ini telah diteliti 18 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa, dengan perincian kelompok I adalah kelompok yang diberikan terapi *self help group* selanjutnya diberikan bimbingan 4 kali dan 2 kali mandiri sebanyak 5 orang, kelompok II adalah kelompok yang diberikan terapi *self help group* selanjutnya diberikan bimbingan 2 kali dan 4 kali mandiri sebanyak 6 orang dan kelompok III adalah kelompok yang diberikan terapi *self help group* selanjutnya mandiri 3 kali pertemuan sebanyak 7 orang. Hasil penelitian ini terdiri dari dua bagian yaitu analisis univariat, dan bivariat yang akan diuraikan berikut ini.

#### A. Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa

Pada bagian ini diuraikan karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa terdiri dari usia, hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat.

1. Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa

Pada bagian ini diuraikan distribusi keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa terdiri dari usia, hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat.

a. Usia

Karakteristik keluarga terdiri dari umur dalam variabel numerik dianalisis menggunakan analisis *ekaliplore* dan disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1

Skor Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berdasarkan umur Di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008

(n=18)

Variabel	Kelompok keluarga	N	Mean	Median	SD	Min-Maks
Umur	Kelompok I	5	44.60	50.00	14.241	29-60
	Kelompok II	6	49.67	50.00	7.941	40-59
	Kelompok III	7	52.86	54.00	5.956	45-60

Hasil analisis pada kelompok didapatkan : Kelompok I rata-rata umur responden 44.6 tahun, dan median 50 tahun dengan standar deviasi 14.241 tahun. Usia termuda 29 tahun dan tertua 60 tahun. Kelompok II : rata-rata umur responden 49.67 tahun, dan median 50 tahun dengan standar deviasi 7.941 tahun. Usia termuda 40 tahun dan tertua 59 tahun. Kelompok III : rata-

rata umur responden 52.86 tahun, dan median 54 tahun dengan standar deviasi 5.956 tahun. Usia termuda 45 tahun dan tertua 60 tahun.

b. Hubungan dengan klien ,pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat.

Hubungan dengan klien ,pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat dalam variabel katagorik dianalisis dengan distribusi frekwensi dan disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.

Distribusi Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa berdasarkan hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan , pendapatan perbulan dan *home visit* perawat Di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008

(n=18)

Karakteristik	Kelompok I		Kelompok II		Kelompok III		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hubungan dengan pasien								
1. Keluarga inti	4	80	5	83.3	6	85.7	15	83.3
2. Bukan keluarga inti	1	20	1	16.7	1	14.3	3	16.7
Pendidikan								
1. Rendah	3	60	4	66.7	5	71.4	12	66.7
2. Menengah	2	40	2	33.3	2	28.6	6	33.3
Pekerjaan								
1. Bekerja	0	0	2	33.3	5	71.4	7	38.9
2. Tidak bekerja	5	100	4	66.7	2	28.6	11	61.1
Pendapatan perbulan								
1. Kurang dari UMR	5	100	4	66.7	4	57.1	13	72.2
2. Lebih dari UMR	0	0	2	33.3	3	42.9	5	27.8
<i>Home visit</i> perawat								
1. < 4 kali	1	20	0	0	1	14.3	2	11.1
2. > 4 kali	4	80	6	100	6	85.7	16	88.9

Hasil analisis terhadap 18 klien menunjukkan bahwa kelompok (Kelompok I, II, III) ini mempunyai karakteristik yang hampir sama yaitu : (1) hubungan klien dengan pasien mayoritas adalah keluarga inti (80%, 83.3% dan 85.7%), (2) tingkat pendidikan terbesar adalah pendidikan rendah (60%, 66.7% dan 71.4%), (3) sebagian besar tidak bekerja (100% , 66.7%) dan 28.6% (kelompok III), (4) rata-rata pendapatan perbulan kurang dari UMR, (100%, 66.7% , 57.1%), (5) home visit perawat mayoritas lebih dari 4 kali (80%, 100%, 85,7%).

Analisis secara keseluruhan terhadap kelompok : (1) hubungan klien dengan pasien mayoritas adalah keluarga inti (83.3%), (2) mayoritas berpendidikan rendah (66.7%), (3) sebagian besar tidak bekerja (61.1%), (4) rata-rata pendapatan perbulan kurang dari UMR,- (72.2 %), dan (5) home visit perawat mayoritas lebih dari 4 kali (88.9%).

## 2. Kesetaraan karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa

Validitas hasil penelitian kuasi eksperimen ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok dengan kata lain kedua kelompok sebanding atau sama. Hasil uji kesetaraan usia dapat dilihat pada tabel 5.3. Hasil uji kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan dapat dilihat pada tabel 5.4

a. Usia

Untuk melihat kesetaraan usia keluarga antar tiga kelompok dilakukan dengan menggunakan uji Anova.

Tabel 5.3

Analisis kesetaraan usia antar tiga kelompok *self help group*

Di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008

(n=18)

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	95%CI	P value
Usia	Kelompok I	5	44.60	14.421	26.92-62.28	0.354
	Kelompok II	6	49.67	7.941	41.33-58.00	
	Kelompok III	7	52.86	5.958	47.35-58.37	

Hasil analisis tabel 5.3 menyimpulkan tidak ada perbedaan usia antara kelompok I, II dan III( *p value* = 0.354, alpha 5%)

b. Hubungan dengan klien ,pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat.

Untuk melihat kesetaraan hubungan dengan klien ,pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan *home visit* perawat pada kelompok dilakukan dengan menggunakan uji *chi square* pada tabel 5.4.

Hasil analisis tabel 5.4 menyimpulkan tidak ada perbedaan hubungan keluarga dengan klien gangguan jiwa antar kelompok I, II dan III (*p value* = 0.966, alpha 5%), tidak ada perbedaan yang bermakna tingkat pendidikan antar kelompok I, II dan III (*p value* =0.918, alpha 5%). Hasil analisis juga menyimpulkan tidak ada perbedaan penghasilan perbulan

antar kelompok I, II dan III (  $p$  value =0.246, alpha 5%) dan tidak ada perbedaan *home visit* perawat antar kelompok intervensi I, II dan III (  $p$  value=0.543 pada alpha 5%) .Perbedaan yang bermakna terlihat pada pekerjaan keluarga dimana hasil analisis menyimpulkan ada perbedaan yang bermakna pekerjaan antar kelompok I, II dan III ( $p$  value =0.041, alpha 5%).

Tabel 5.4  
Analisis kesetaraan pendidikan keluarga antar tiga kelompok *self help group*  
Di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008  
(n=18)

Karakteristik	Kelompok I		Kelompok II		Kelompok III		Total		P value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hubungan dengan pasien									0.966
1. Keluarga inti	4	80	5	83.3	6	85.7	15	83.3	
2. Bukan keluarga inti	1	20	1	16.7	1	14.3	3	16.7	
Pendidikan									0.918
1. Rendah	3	60	4	66.7	5	71.4	12	66.7	
2. Menengah	2	40	2	33.3	2	28.6	6	33.3	
Pekerjaan									0.041
1. Bekerja	0	0	2	33.3	5	71.4	7	38.9	
2. Tidak bekerja	5	100	4	66.7	2	28.6	11	61.1	
Pendapatan perbulan									0.246
1. Kurang dari UMR	5	100	4	66.7	4	57.1	13	72.2	
2. Lebih dari UMR	0	0	2	33.3	3	42.9	5	27.8	
Home visit perawat									0.543
3. < 4 kali	1	20	0	0	1	14.3	2	11.1	
4. > 4 kali	4	80	6	100	6	85.7	16	88.9	

B. Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa

Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dengan anggota keluarga klien gangguan jiwa dilakukan uji kesetaraan menggunakan *Anova*, kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah intervensi menggunakan *T paired test*, kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sesudah intervensi menggunakan *Anova* sedangkan perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga menurut karakteristik keluarga menggunakan *T independent test*. Dibawah ini adalah hasil analisis kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

1. Kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum intervensi *self help group*

Uji kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum intervensi menggunakan *Anova*. Dibawah ini adalah hasil uji kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum intervensi

Hasil analisis tabel 5.5 menyimpulkan kemampuan kognitif sebelum intervensi *self help group* terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna antara kemampuan kognitif sebelum intervensi *self help group* antar kelompok I , II dan III (*p value* = 0.800, alpha 5%) .



Hasil analisis tabel 5.5 juga menyimpulkan kemampuan psikomotor sebelum intervensi *self help group* terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna antara kemampuan psikomotor sebelum intervensi *self help group* antar kelompok I, II dan III ( *p value*= 0.907, alpha 5%)

Tabel 5.5

Analisis kesetaraan kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum intervensi *self help group* antar kelompok Di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008

Variabel	Jenis Kelompok	Mean	Median	SD	95% CI	P value
Kemampuan kognitif	Kelompok I	25.00	25.00	1.225	23.48-26.52	0.800
	Kelompok II	26.17	26.00	1.169	24.94-27.93	
	Kelompok III	25.86	25.00	4.413	21.78-29.94	
Kemampuan psikomotor	Kelompok I	26.20	26.00	3.271	22.14-30.26	0.907
	Kelompok II	25.33	25.50	2.066	23.17-27.50	
	Kelompok III	25.71	24.00	3.904	22.10-29.32	

2. Perbedaan kemampuan kognitif keluarga sebelum dan sesudah intervensi *self help group*

Untuk melihat perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)*, yang dapat dilihat pada tabel 5.6.

Hasil analisis tabel 5.6 kemampuan kognitif keluarga antar kelompok sebelum dilakukan intervensi *self help group* didapatkan . Kelompok I : rata-rata kemampuan kognitif 25 (95% CI: 23.48-26.52) standar deviasi 1.225.

Kelompok II : rata-rata kemampuan kognitif 26.17 (95% CI: 24.94 -27.93) standar deviasi 1.169. Kelompok III : rata-rata kemampuan kognitif 25.86 (95% CI: 21.78-29.94) dengan standar deviasi 4.413.

Tabel 5.6

Analisis kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *self help group* di kel Sindangbarang Bogor 2008

(n=18)

Variabel	Kelompok	Mean	SD	95%CI	t	P value			
Kemampuan kognitif	Kelompok I				17.725	0.000			
	Sebelum	25.00	1.225	23.48-26.52					
	Sesudah	39.20	1.304	37.58-40.82					
		Selisih	14.40	1.816	16.66-12.14	27.642	0.000		
	Kelompok II								
	Sebelum	26.17	1.169	24.94-27.93					
		Sesudah	39.83	0.408	39.40-40.26				
		Selisih	13.67	1.211	14.937-12.396	7.691	0.000		
	Kelompok III								
Sebelum	25.86	4.413	21.78-29.94						
	Sesudah	38.57	0.976	37.67-39.47					
	Selisih	13.00	4.472	8.864-17.136	32.899	0.000			
Kemampuan psikomotor	Kelompok I								
	Sebelum	26.20	3.271	22.14-30.26					
		Sesudah	77.80	2.490			74.71-80.89		
		Selisih	51.60	3.507			47.25- 55.95	71.357	0.000
	Kelompok II								
	Sebelum	25.33	2.066	23.17-27.50					
		Sesudah	79.83	0.408			79.40-80.26		
		Selisih	54.50	1.871			52.54-56.46	31.715	0.000
	Kelompok III								
Sebelum	25.71	3.904	22.10-29.32						
	Sesudah	75.00	1.732	73.40-76.60					
	Selisih	42.29	4.112	45.48-53.09					

Hasil analisis kemampuan kognitif keluarga antar kelompok sesudah dilakukan intervensi *self help group*, didapatkan kelompok I : rata-rata kemampuan kognitif 39.20 (95% CI: 37.58-40.82). Kelompok II : rata-rata

kemampuan kognitif 39.83 (95% CI: 39.40-40.26) standar deviasi 0.408.  
Kelompok III : rata-rata kemampuan kognitif 38.57 (95% CI: 37.67-39.47)  
standar deviasi 0.976.

Analisis kemampuan kognitif sebelum dan sesudah intervensi *self help group* menyimpulkan ada perbedaan yang bermakna antara kemampuan kognitif sebelum dan sesudah intervensi *self help group* baik pada kelompok I, II dan III (*p-value* = 0.000, alpha 5%)

Hasil analisis kemampuan psikomotor keluarga antar kelompok sebelum dilakukan intervensi *self help group* didapatkan : Kelompok I : rata-rata kemampuan psikomotor klien 26.2 (95% CI: 22.14-30.26 ) standar deviasi 3,271. Kelompok II : rata-rata kemampuan psikomotor 25.33 (95% CI: 23.17-27.50) standar deviasi 2.066. Kelompok III : rata-rata kemampuan psikomotor 25.71 (95% CI: 22,10-29.32 ) kemampuan psikomotor berada pada rentang antara 21 sampai 31, dengan standar deviasi 3.904.

Hasil analisis kemampuan psikomotor keluarga antar kelompok sesudah dilakukan intervensi *self help group* didapatkan : Kelompok I : rata-rata kemampuan psikomotor klien 77.80 (95% CI: 74.71-80.89) standar deviasi 2.490. . Kelompok II : rata-rata kemampuan psikomotor 79.83 (95% CI: 79.40-80.26) standar deviasi 0.408. Kelompok III : rata-rata kemampuan psikomotor 75 (95% CI: 73.40-76.60) standar deviasi 1.732.

Analisis kemampuan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah intervensi *self help group* menyimpulkan ada perbedaan yang bermakna antara kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi *self help group* (*p value* =0.000, alpha 5%).

3. Selisih peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga

Uji Selisih mean dilakukan untuk membandingkan mean kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah intervensi *self help group*.

Untuk melihat perbedaan mean kemampuan kognitif dan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)*.

Tabel 5.7

Analisis perbedaan mean kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *self help group* di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008 (n=18)

Variabel	Kelompok	Selisih mean	P value
Kemampuan kognitif	Kelompok I	14.40	0.740
	Kelompok II	13.67	
	Kelompok III	13.00	
Kemampuan psikomotor	Kelompok I	51.60	0.043
	Kelompok II	54.50	
	Kelompok III	42.29	

Analisis perbedaan mean kemampuan kognitif sebelum dan sesudah intervensi *self help group* menunjukkan terdapat selisih mean kelompok I sebesar 14.40, kelompok II sebesar 13.67 dan kelompok III sebesar 13.00.

Hasil analisis menyimpulkan tidak ada perbedaan kemampuan kognitif sebelum dan sesudah intervensi *self help group* antara kelompok I, II dan III. (*p value* = 0.740, alpha 5%).

Analisis perbedaan mean kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi *self help group* menunjukkan terdapat selisih mean pada kelompok I sebesar 51.60, kelompok II sebesar 54.50 dan kelompok III sebesar 42.29; Perbedaan antar kelompok juga terlihat dari selisih *mean* dimana kelompok II menunjukkan selisih mean yang paling tinggi dibandingkan dengan kelompok I dan III. Hasil analisis menyimpulkan ada perbedaan yang bermakna kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi *self help group* antara kelompok I, II dan III. (*p value* =0.043, alpha 5%).

4. Perbedaan Kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sesudah intervensi *self help group* antar kelompok.

Untuk melihat perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor sesudah intervensi antar kelompok dilakukan dengan uji *Anova*, yang dapat dilihat pada tabel 5.8

Hasil uji statistik kemampuan kognitif sesudah intervensi *self help group* sehingga disimpulkan tidak ada perbedaan kemampuan kognitif yang bermakna antara kelompok I, II dan III (*p value* = 0.152, alpha 5%).

Tabel 5.8

Analisis kemampuan kognitif dan psikomotor antar kelompok sesudah  
intervensi *self help group* di kelurahan Sindangbarang Bogor 2008  
(n=18)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	95% CI	P value
Kognitif	I	5	39.40	1.341	37.73 -41.07	0.152
	II	6	39.83	0.408	39.40-40.26	
	III	7	38.86	0.690	38.22-39.49	
Psikomotor	I	5	77.80	2.490	74.71 – 80.89	0.000
	II	6	79.83	0.408	79.40 – 80.26	
	III	7	75.00	1.732	73.40-76.60	

Hasil uji statistik kemampuan psikomotor sesudah intervensi *self help group* terdapat perbedaan kemampuan psikomotor yang bermakna antara kelompok I, II dan III ( $p\ value = 0.000$ , alpha 5%). Analisis lebih lanjut dilakukan uji bonferroni membuktikan bahwa kelompok yang berbeda signifikan adalah kelompok II dibandingkan dengan kelompok I dan III.

5. Pengaruh karakteristik keluarga terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga merawat klien gangguan jiwa.

Perbedaan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa secara kognitif dan psikomotor dengan Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga sesudah intervensi *self help group* dilakukan dengan uji *independen sample t-Test*, yang dapat dilihat pada tabel 5.9 untuk kemampuan kognitif dan table 5.10 untuk kemampuan psikomotor.

Tabel 5.9

Analisis perbedaan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa menurut Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga di kel Sindangbarang Bogor 2008

(n=18)

Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga	Kemampuan kognitif				
	N	Mean	SD	t	P value
1. Usia				0.686	0.503
a. 20-40 thn	3	39.667	0.577		
b. >40 – 60 thn	15	39.267	0.9611		
2. Hubungan dengan klien				0.686	0.503
a. Keluarga inti	15	39.267	0.961		
b. Bukan keluarga inti	3	39.667	0.578		
3. Pendidikan				1.750	0.099
a. Rendah	12	39.083	0.996		
b. Menengah	6	39.833	0.408		
4. Pekerjaan				0.172	0.865
a. Bekerja	7	39.29	0.756		
b. Tidak bekerja	11	39.36	1.027		
5. Penghasilan perbulan				1.88	0.853
a. < UMR	13	39.31	0.947		
b. > UMR	5	39.40	0.894		
6. <i>Home visit</i> perawat				2.530	0.220
a. < 4 kali	2	38.00	1.414		
b. > 4kali	16	39.50	0.730		

Analisis perbedaan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa berdasarkan karakteristik keluarga tabel 5.9 didapatkan bahwa tidak ada perbedaan antara kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dengan karakteristik keluarga : usia, hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan, penghasilan perbulan dan *home visit* perawat (p value > 0.05, alpha 5%).

Tabel 5.10

Analisis perbedaan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa menurut Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga di kelurahan Sindangbarang Bogor (n=18)

Karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga	Kemampuan psikomotor				
	N	Mean	SD	t	P value
1. Usia				1.429	0.172
a. 20-40 thn	3	79.33	1.155		
b. >40 – 60 thn	15	77.00	2.726		
2. Hubungan dengan klien				0.907	0.378
a. Keluarga inti	15	77.13	2.722		
b. Bukan keluarga inti	3	78.67	2.309		
3. Pendidikan				1.070	0.301
a. Rendah	12	76.92	2.778		
b. Menengah	6	78.33	2.338		
4. Pekerjaan				1.448	0.865
a. Bekerja	7	76.29	2.690		
b. Tidak bekerja	11	78.09	2.508		
5. Penghasilan perbulan				1.190	0.251
a. < UMR	13	77.85	2.267		
b. > UMR	5	76.20	3.493		
6. <i>Home visit</i> perawat				1.383	0.186
a. < 4 kali	2	75.00	1.414		
b. > 4kali	16	77.69	2.651		

Analisis perbedaan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa berdasarkan karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga (tabel 5.10) didapatkan bahwa tidak ada perbedaan antara kemampuan psikomotor keluarga merawat klien gangguan jiwa dengan karakteristik keluarga yang memiliki anggota keluarga : usia, hubungan dengan klien, pendidikan, pekerjaan, penghasilan perbulan dan *home visit* perawat (nilai  $p > 0.05$ , alpha 5%).



## BAB VI

### PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya; keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; dan selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini seperti yang telah dijelaskan pada bagian sebelumnya bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa.

Alokasi waktu yang diperlukan dalam penelitian ini terbagi dalam dua tahapan *self help group* yaitu tahap pembentukan dilakukan tiga kali pertemuan selama dua minggu dan tahap implementasi selama kurang lebih 6 minggu (29 April sampai 10 Juni 2008)

Pelaksanaan *self help group* pada penelitian ini dilakukan pada tiga kelompok yaitu kelompok I adalah kelompok yang diberikan *self help group* selanjutnya diberikan bimbingan 4 kali dan 2 kali mandiri ; kelompok II adalah kelompok yang diberikan *self help group* selanjutnya diberikan bimbingan 2 kali dan 4 kali mandiri sedangkan

kelompok III adalah kelompok yang diberikan *self help group* selanjutnya mandiri 3 kali .

#### A. Kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

Kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor keluarga.

##### 1. Kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna antara kemampuan kognitif keluarga sebelum mendapatkan *self help group* dan setelah mendapatkan *self help group* baik yang mendapatkan bimbingan 4 kali, 2 kali maupun tanpa bimbingan. Perbedaan mean yang tertinggi dapat terlihat pada kelompok yang mendapatkan bimbingan 4 kali, sedangkan kemampuan kognitif keluarga setelah intervensi didapatkan tidak ada perbedaan baik pada kelompok yang mendapatkan bimbingan 4 kali, 2 kali dan tanpa bimbingan. Hal ini menunjukkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dapat meningkat hanya melalui pembentukan *self help group* yang dilakukan dalam tiga kali pertemuan.

*Self help group* dilakukan agar setiap anggota kelompok dapat berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Informasi dari anggota kelompok dan solusi yang dapat dilakukan merupakan kekayaan bagi anggota kelompok *self help group* dan sebagai pertimbangan untuk membantu diantara anggota kelompok

(Anonim, 2005). Informasi yang diberikan ini secara langsung akan meningkatkan kemampuan keluarga tentang masalah kesehatan jiwa.

Peningkatan kemampuan kognitif pada penelitian ini disebabkan saat pelaksanaan setiap anggota saling memberikan informasi dan pengetahuan tentang masalah kesehatan jiwa berdasarkan pengetahuan yang dimiliki tentang masalah kesehatan jiwa dan cara merawat klien gangguan jiwa. Adanya proses saling berbagi informasi membuat keluarga harus banyak mencari informasi dan menggali informasi dari berbagai sumber yang tersedia. Pengetahuan kesehatan jiwa merupakan hal yang dibutuhkan oleh keluarga dengan klien gangguan jiwa sehingga minat untuk mendapatkan informasi sangat tinggi karena sesuai dengan kebutuhan keluarga.

Peningkatan kemampuan kognitif dapat dilakukan melalui pembentukan *self help group* sebanyak tiga kali pertemuan hal ini menunjukkan untuk mencapai kemampuan kognitif bukanlah hal yang sulit dan tidak membutuhkan waktu yang lama bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan keluarga sehingga apabila ingin mencerdaskan keluarga perawat yang bekerja dipuskesmas maupun rumah sakit jiwa dapat membentuk *self help group*.

## 2. Kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan yang bermakna antara kemampuan psikomotor keluarga sebelum mendapatkan *self help group* dan setelah mendapatkan *self help group* baik yang mendapatkan bimbingan 4

kali, 2 kali maupun tanpa bimbingan. Peningkatan yang paling bermakna dapat terlihat pada kelompok yang mendapatkan bimbingan 2 kali. Hal ini menunjukkan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dapat meningkat melalui pembentukan *self help group* dilanjutkan dengan bimbingan 2 kali.

*Self help group* seperti dijelaskan dalam *social learning theory* (Alwisol, 2006) adalah setiap anggota akan memiliki pengalaman sehingga dapat menjadi role model bagi orang lain. Bandura menyatakan, aspek fungsi kepribadian melibatkan interaksi orang satu dengan orang lain. *Social learning theory* dari Bandura, didasarkan pada konsep saling menentukan (*reciprocal determinism*), tanpa penguatan. Pendekatan ini menjelaskan tingkah laku manusia dalam bentuk interaksi timbal balik yang terus menerus antara determinan kognitif, behavioral dan lingkungan. Orang saling mempengaruhi tingkah lakunya dengan mengontrol lingkungan dan juga dikontrol lingkungan. Teori belajar social Bandura, menjadi pijakan dalam memahami tingkah laku dan sebagai prinsip dasar untuk menganalisis fenomena psikososial di berbagai tingkat kompleksitas, dari perkembangan intrapersonal sampai tingkah laku interpersonal serta yang lain seperti fungsi interaktif dari organisasi dan sistem sosial.

Penelitian ini menunjukkan bahwa *self help group* dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa. Pada penelitian ini

tiap kelompok mengalami peningkatan yang bermakna. Hal ini disebabkan *self help group* dilakukan dalam dua tahap yaitu tahap pembentukan sebanyak tiga kali pertemuan selanjutnya tahap implementasi dengan melakukan pertemuan rutin.

Tahap pembentukan merupakan tahapan mendasar yang harus dilakukan pada penelitian ini karena menjelaskan tentang tujuan, prinsip, aturan karakteristik sampai cara melaksanakan *self help group*. Juga dilakukan *role play* oleh peneliti untuk melaksanakan lima langkah kegiatan *self help group* dan keluarga diminta melakukan *role play* kelima langkah tersebut dibawah bimbingan fasilitator sehingga melatih kemampuan psikomotor dari keluarga

Perbedaan kemampuan psikomotor terlihat pada kelompok yang mendapatkan bimbingan 2 kali dibandingkan dengan yang mendapatkan bimbingan 4 kali dan tanpa bimbingan hal ini disebabkan karena selama proses kelompok dengan bimbingan 2 kali tampak lebih aktif, kohesif satu dengan yang lainnya. Hal ini sesuai dengan karakteristik *self help group* menurut Forschner (2003) Kekuatan dari kelompok adalah *cohesiveness* dan *fullness* sehingga seseorang dapat berperan dalam tingkat kemampuan yang tertinggi.

Frekuensi bimbingan pada kelompok dengan bimbingan 2 kali membuat keluarga untuk lebih aktif melakukan latihan psikomotor. Pada kelompok dengan bimbingan 4 kali keluarga tampak lebih bergantung kepada fasilitator

terutama dalam latihan psikomotor, sedangkan pada kelompok tanpa bimbingan keluarga terlihat kurang termotivasi terlihat dari 6 kali pertemuan yang seharusnya dilakukan hanya 3 kali yang dapat dilakukan oleh kelompok. Tidak terpenuhinya jumlah pertemuan dikarenakan alasan anggota keluarga yang terlibat dalam *self help group* mempunyai kegiatan lain yaitu bekerja. Tidak terpenuhinya jumlah pertemuan berdampak terhadap dari kurang optimalnya keluarga melakukan latihan untuk meningkatkan kemampuan psikomotor sehingga kemampuan psikomotor yang dicapai lebih rendah daripada kelompok yang melakukan 6 kali pertemuan *self help group*.

B. Pengaruh karakteristik keluarga terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

Penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dengan karakteristik keluarga. Hal ini membuktikan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dapat dilatih dengan intervensi yang baik salah satunya adalah *self help group*.

*Self help group* sendiri diyakini dapat meningkatkan kemampuan kognitif sesuai dengan tujuan *self help group* dalam kelompok adalah memberikan support terhadap sesama anggota dan membuat penyelesaian masalah secara lebih baik dengan cara berbagi perasaan dan pengalaman, belajar tentang penyakit dan memberikan asuhan, memberikan kesempatan *caregiver* untuk berbicara tentang

permasalahan dan memilih apa yang akan dilakukan, saling mendengarkan satu sama lain, membantu sesama anggota kelompok untuk berbagi ide-ide dan informasi serta memberikan support, meningkatkan kepedulian antar sesama anggota sehingga tercapainya perasaan aman dan sejahtera, mengetahui bahwa mereka tidak sendiri (Anonim, 2000).

1. Pengaruh usia terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa .

Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya perbedaan usia responden terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa. Rata-rata usia keluarga adalah usia dewasa .

Usia dewasa adalah tahapan menempatkan diri dimasyarakat dan ikut bertanggung jawab terhadap apapun yang dihasilkan dari masyarakat. Tahap ini merupakan tahap yang paling panjang dibandingkan tahap perkembangan lainnya (Alwisol, 2006). Tahapan perkembangan psikososial yang harus dilalui menurut Erikson adalah kreatifif, produktif dan peduli dengan orang lain. (IC -CMHN, 2006)

Ciri perkembangan psikososial usia dewasa menurut Kozier (2000) diantaranya adalah mempunyai hubungan antar orang dewasa, adanya perhatian terhadap keturunan, perhatian terhadap ide-ide, menumbuhkan nilai pemeliharaan yang ditandai dengan adanya kepedulian, keinginan membagi perhatian, berbagi dan membagi pengetahuan serta pengalaman kepada orang

lain, menerima tanggung jawab sebagai sosial dan orang dewasa, melakukan aktifitas amal dan altruistik, mempunyai pemahaman tentang filosofi hidup Berdasarkan ciri tersebut diatas *self help group* sangat tepat dilakukan pada usia dewasa dalam hal ini keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa, karena ciri perkembangan psikososial usia dewasa ini sesuai dengan tujuan dilakukan *self help group* yang bertujuan mengembangkan empati diantara sesama anggota kelompok dimana sesama anggota kelompok saling memberikan penguatan untuk membentuk coping yang adaptif.

2. Pengaruh hubungan keluarga dengan klien terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa .

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga merupakan keluarga inti dari klien. Temuan ini didukung dengan teori yang mengatakan bahwa diperkirakan 50-80% klien gangguan jiwa tinggal dan berhubungan dengan keluarga yang merawatnya.

Penelitian ini menunjukkan tidak ada pengaruh antara hubungan dengan pasien dengan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa baik secara kognitif maupun psikomotor. Berarti dengan siapapun klien tinggal kemampuan keluarga akan meningkat bila dilakukan intervensi *self help group*. Sesuai dengan teori bahwa focus dari *self help group* adalah perubahan sikap dan perilaku (Mohr,2006) dan tujuan *self help group* dalam kelompok adalah memberikan support terhadap sesama anggota dan membuat



penyelesaian masalah secara lebih baik dengan cara berbagi perasaan dan pengalaman, belajar tentang penyakit dan memberikan asuhan, memberikan kesempatan *caregiver* untuk berbicara tentang permasalahan dan memilih apa yang akan dilakukan, saling mendengarkan satu sama lain, membantu sesama anggota kelompok untuk berbagi ide-ide dan informasi serta memberikan support, meningkatkan kepedulian antar sesama anggota sehingga tercapainya perasaan aman dan sejahtera, mengetahui bahwa mereka tidak sendiri. (Anonim, 2000)

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa klien yang tinggal dengan keluarga inti ataupun bukan keluarga inti akan mendapat perawatan yang maksimal bila anggota keluarganya mendapatkan intervensi *self help group*.

### 3. Pengaruh pendidikan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

Penelitian menunjukkan tidak ada pengaruh kemampuan kognitif maupun kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa terhadap pendidikan keluarga. Hasil tersebut menunjukkan walaupun pendidikan keluarga sebagian besar adalah rendah, tetapi bila mempunyai motivasi tetap dapat merawat klien gangguan jiwa dengan baik.

Pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan jiwa dan dapat meningkatkan daya

penyembuhan kembali dari gangguan jiwa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan jiwa. Pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan juga mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

*Self help group* adalah sekumpulan orang yang dimana mempunyai keinginan untuk berbagi pengalaman untuk mengatasi gangguan jiwa atau meningkatkan kemampuan kognitif dan emosional agar mencapai kesejahteraan (Wikimedia, 2006)

Hasil penelitian ini dimana tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa menunjukkan *self help group* dapat dilakukan secara universal, oleh siapa saja tanpa membedakan latar belakang pendidikan. Hasil observasi selama kegiatan *self help group* ditemukan bahwa anggota kelompok yang tingkat pendidikan menengah terlihat lebih aktif dalam memberikan umpan balik ataupun saat bertindak sebagai *leader* didalam kelompoknya.

4. Pengaruh pekerjaan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa .

Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna kemampuan kognitif maupun kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa terhadap pekerjaan.

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, darah atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi dan *relationship* (Carter & McGoldrick, 1996 dalam Boyd, 2002). Salah satu fungsi keluarga menurut Friedman (1988) adalah fungsi ekonomi meliputi ketersedianya sumber-sumber dari keluarga secara finansial, dan pengalokasian sumber tersebut yang 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. Kemampuan keluarga juga harus mendukung anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk memanfaatkan sumber-sumber finansial yang tersedia baik dari keluarga itu sendiri maupun pemerintah seperti askeskin agar pengobatan klien tetap berkelanjutan. Keluarga juga mengajarkan klien untuk mengelola keuangan sesuai kebutuhan klien.

Penelitian ini menunjukkan walaupun keluarga yang bekerja maupun tidak bekerja dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga apabila dilakukan *self help group*.

5. Pengaruh pendapatan perbulan terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pendapatan keluarga gangguan jiwa berpendapatan kurang yaitu dibawah upah minimum regional dan rata-rata tidak bekerja. Kebutuhan sehari-hari banyak ditopang oleh anggota keluarga yang lain. Hasil penelitian juga menunjukkan tidak ada pengaruh kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa terhadap penghasilan.

Menurut Townsend (2005) banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa dan salah satu faktornya adalah status social. Stuart dan Laraia (2005) dalam teori stress adaptasi menjadikan factor sosiokultural sebagai faktor predisposisi dan presipitasi terjadinya gangguan jiwa. Skizofrenia sendiri lebih banyak terjadi pada keluarga dengan sosial ekonomi rendah. Pengaruh ekonomi membuat kesulitan keluarga dengan gangguan jiwa mengakses fasilitas kesehatan yang memadai, walaupun sudah ada asuransi yang diberikan pemerintah dalam bentuk Askeskin ternyata fasilitas tersebut tidak bisa mengakses sarana kesehatan yang maksimal bagi klien gangguan jiwa.

Vega et,all, (1999 dalam Stuart & Laraia, 2005) juga menunjukkan bahwa ada beberapa penelitian terkait dengan kemiskinan dan kesehatan mental, hasilnya diyakini ada perbedaan risiko untuk mengalami gangguan jiwa salah satunya adalah stratifikasi social dan kemiskinan.

*Self help group* dalam penelitian ini menjadi salah satu alternatif untuk mengatasi kesulitan keluarga dalam mengakses pelayanan kesehatan yang memadai dimana *self help group* dapat dilakukan diwilayah tinggal keluarga, tanpa biaya dan mudah untuk diakses. Didalam *self help group* seseorang yang bergabung dalam kelompok akan belajar mengenal kebutuhan masing-masing dan memperoleh tambahan informasi ataupun pengalaman dari anggota yang lain yang telah *survive*, mengatasi dan menaklukkan situasi atau masalah kesehatan dalam hal ini masalah kesehatan jiwa.

### C. Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa factor yang merupakan sebagai ancaman meliputi : keterbatasan instrument, keterbatasan variable dan keterbatasan hasil.

#### 1. Modul *self help group*

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan *self help group* pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan mengacu pada berbagai literature dan belum pernah digunakan sebelumnya. Meskipun

buku ini belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman *self help group* ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di fakultas ilmu keperawatan UI.

## 2. Proses pelaksanaan penelitian

Dalam penelitian ini peneliti sebelumnya hanya merawat beberapa keluarga dengan klien gangguan jiwa yang ada di kelurahan Sindangbarang Bogor sehingga sebelum mendapatkan *self help group* perawat perlu mendapatkan informasi tentang kemampuan yang sudah dimiliki keluarga. Antisipasi masalah ini, peneliti berusaha membina *trust* yang baik dengan keluarga, mengidentifikasi kemampuan yang sudah dimiliki keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dan mengatur jadwal pelaksanaan *self help group*.

Jumlah keluarga yang terlibat sangat sedikit dan tidak sesuai dengan sampel karena dibatasi oleh kriteria inklusi yang dilakukan peneliti. Selama proses pemilihan sampel ditemukan banyaknya keluarga yang berperan sebagai *care giver* tidak bisa membaca dan menulis sehingga tidak dapat mengikuti kegiatan ini. Alternatif yang dapat dilakukan adalah perlu dibentuk kelompok *self help group* bagi anggota keluarga yang merawat klien gangguan jiwa tanpa dibatasi oleh kriteria inklusi dan sehingga bagi keluarga yang tidak dapat membaca dan menulis dapat terlibat dalam kegiatan *self help group* ini.

Keterbatasan lain yang dialami adalah adanya kelompok yang hanya melakukan pertemuan selama 3 kali (seharusnya 6 kali) hal ini disebabkan karena rata-rata anggota keluarganya bekerja dari pagi sampai sore (termaksud hari minggu) sehingga pertemuan tidak dapat dilakukan sesuai kesepakatan. Jadwal interaksi antara kelompok kadangkala berbenturan sehingga antara kelompok harus diatur ulang dan sepakati lagi . Jadwal yang disepakati terkadang mengalami kemunduran bahkan tidak terlaksana mengingat berbenturan dengan kegiatan diwilayah masing-masing seperti arisan, pengajian .Peneliti perlu juga memodifikasi jadwal dimana pelaksanaan kegiatan dilakukan sore hari, namun interaksi yang dilakukan pada sore hari sesuai dengan waktu luang keluarga. Waktu yang disepakati oleh seluruh kelompok dalam melaksanakan *self help group* biasanya sore hari jam 16.00-17.30 WIB

Keterbatasan lainnya pada saat intervensi , kelompok tanpa bimbingan harus lebih diberikan stimulus dan motivasi dalam pelaksanaan *self help group* dibandingkan kelompok dengan bimbingan 4 kali dan 2 kali karena alasan kesibukan pekerjaan sehingga perlu dilakukan modifikasi pelaksanaan kegiatan *self help group* dan hanya dapat dilaksanakan 3 kali tanpa bimbingan.

Tindak lanjut dari *self help group* yang sudah terbentuk ini sesuai kesepakatan pada tanggal 10 Juni 2008 akan dilakukan pertemuan rutin satu bulan sekali, dirumah anggota keluarga dengan klien gangguan jiwa secara bergantian.

#### D. Implikasi Hasil Penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindangbarang Bogor.

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

##### 1. Pelayanan Keperawatan di puskesmas dan RS Jiwa

Perawat yang bekerja di puskesmas dapat menerapkan *self help group* terhadap keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dengan catatan mereka telah mendapatkan pelatihan terlebih dahulu. Kepala dinas kesehatan, kepala puskesmas memperlakukan *self help group* sebagai panduan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien gangguan jiwa dimasyarakat. Kepala dinas kesehatan, dan kepala puskesmas menyediakan perangkat untuk mendukung pelaksanaan *self help group* di masyarakat.

Perawat puskesmas khususnya yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan jiwa melakukan *follow up* dan supervisi terhadap *self help group* yang sudah dibentuk yang direncanakan melakukan pertemuan rutin sebulan sekali dan membentuk *self help group* yang baru bagi keluarga gangguan jiwa yang belum terlibat dalam kegiatan tersebut tanpa dibatasi criteria inklusi yang ada pada penelitian ini.

Rumah sakit jiwa, sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi klien gangguan jiwa merupakan setting yang baik untuk melaksanakan *self help group* sebagai tempat klien dan keluarga untuk saling berbagi informasi, support



emosional setiap anggota, belajar coping yang baru, menemukan strategi untuk mengatasi suatu kondisi dan membantu yang lain ketika mereka perlu bantuan sehingga dapat menurunkan beban keluarga dan meningkatkan kualitas hidup pada klien dan keluarga dalam jangka panjang.

## 2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh *self help group* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa merupakan pembuktian *self help group* salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada klien gangguan jiwa. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa *self help group* dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama pada terapi keperawatan.

## 3. Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada puskesmas. Agar dapat digeneralisasi dapat diulang di beberapa puskesmas lain. Penelitian kualitatif diperlukan untuk meneliti proses pelaksanaan *self help group*. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian *self help group* di masyarakat.

## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut

#### A. Simpulan

1. Kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa meningkat secara bermakna setelah melaksanakan *self help group*.
2. Kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa meningkat secara bermakna setelah melaksanakan *self help group*.
3. Kemampuan kognitif keluarga yang melaksanakan *self help group* tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok yang mendapatkan bimbingan 4 kali, 2 kali dan tanpa bimbingan.
4. Kemampuan psikomotor keluarga yang melaksanakan *self help group* terdapat perbedaan yang bermakna terutama yang mendapatkan bimbingan 2 kali dibandingkan bimbingan 4 kali dan tanpa bimbingan
5. Kemampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa secara kognitif dan psikomotor tidak dipengaruhi oleh karakteristik keluarga .

## B. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

### 1. Aplikasi keperawatan

- a. Departemen Kesehatan RI menetapkan suatu kebijakan untuk implementasi terapi kelompok pada keperawatan jiwa yaitu *self help group* pada keluarga dengan gangguan jiwa karena sesuai dengan issue kesehatan jiwa di dunia yaitu pemberdayaan masyarakat.
- b. Organisasi profesi menetapkan *self help group* sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa.
- c. Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang *self help group* kepada dinas kesehatan kota Bogor dan puskesmas kota Bogor
- d. Dinas kesehatan kota Bogor dan pihak puskesmas menetapkan *self help group* sebagai salah satu program pemberdayaan masyarakat dan mensosialisasikan kepada staf puskesmas dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
- e. Dinas kesehatan bekerja sama mahasiswa Spesialis keperawatan jiwa melakukan pelatihan kepada perawat puskesmas khususnya yang bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan jiwa untuk diterapkan

diwilayah kerja masing-masing dan adanya supervisi yang berjenjang dan terjadual untuk pelaksanaan *self help group* .

f. Perawat puskesmas Sindangbarang melakukan supervisi untuk pelaksanaan *self help group* yang sudah berjalan saat pertemuan rutin setiap satu bulan sekali.

g. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan *self help group* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat (berbasis komunitas).

## 2. Keilmuan

a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan evidence based dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan *self help group* bagi keluarga dengan gangguan jiwa.

b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan cara dalam meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

c. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan modul *self help group* dan melakukan pengesahan validitas isi secara resmi terhadap modul yang digunakan dalam pelaksanaan *self help group* hendaknya dilakukan juga uji kelayakan modul pada responden lain yang tidak mengikuti penelitian

### 3. Metodologi

- a. Perlunya dilakukan replikasi pada puskesmas dan rumah sakit jiwa diseluruh Indonesia sehingga diketahui keefektifan penggunaan *self help group* dalam merawat klien gangguan jiwa.
- b. Perlu penelitian kualitatif untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana *self help group* dapat membantu keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.
- c. Perlu diteliti lebih lanjut tentang konfonding lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan *self help group* sebagai salah satu metode pendekatan penyelesaian masalah keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.
- d. Perlu perencanaan yang terarah dan berkesinambungan dalam meningkatkan kualitas untuk penerapan *self help group* sehingga mendapatkan hasil yang lebih baik.
- e. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan *self help group* untuk menjadikan *self help group* sebagai salah satu model pelayanan keperawatan.
- f. Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur dalam pelaksanaan kegiatan *self help group*.
- g. Untuk penelitian yang akan datang hendaknya dibahas perbandingan peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor antara klien yang mendapatkan terapi pada keluarga secara umum dengan keluarga yang mendapatkan terapi generalisasi dan *self help group*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim.(2000).*Starting a self help group*.www.alz.co.uk. diperoleh tanggal 11 Februari 2008.
- Anonim.(2005).*What is Self Help Group*. <http://www.cambodianvision.com>. diperoleh tanggal 11 Februari 2008
- Anonim. (2006). *Konsep keluarga, dinamika dan fungsinya*.www.astaqauliyah.com. diperoleh tanggal 20 Januari 2008
- Anonim.(2006). Self Help group. [www. id.wikipedia.org](http://www.id.wikipedia.org), diperoleh tanggal 20 Januari 2008
- Anonim.(2007). *2050, Penduduk Indonesia 280 Juta*. [www.suarapembaruan.com](http://www.suarapembaruan.com) diperoleh tanggal 25 Februari 2008.
- Anonim.(2007). *What is a Self-Help Group?*. [www. psychcentral.com](http://www.psychcentral.com) . diperoleh tanggal 20 Januari 2008.
- Anonim.(2007). *When a Parent Has a Mental Illness: Interventions and Services for Families*. [www.mentalhealthamerica.net](http://www.mentalhealthamerica.net). diperoleh pada tanggal 11 Februari 2008.
- Anonim.(2008). *Intervention, definition. Description, preparation*. <http://www.minddisorder.com>.diperoleh tanggal 11 Februari 2008
- Alwisol.(2006).*Psikologi Kepribadian*.Malang :UMM Press.Malang
- Ariawan, I.(1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta : FKM-UI. (tidak dipublikasikan).
- Brooker, C & Repper, J. (2001) *Serious mental health problems in the community*.Edinburgh : Harcourt Publishers.
- CMHN.(2005).*Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta :WHO.FIK UI
- Citron, et.all(1999). *Self-help groups for families of persons with mental illness: Perceived benefits of helpfulness*. <http://www.proquest.com>. diperoleh tanggal 30 Januari 2008
- Danielson, et.all (1999). *Families,health & illness*. St Louis : Mosby

- Depkes.(2003).*Buku pedoman kesehatan jiwa*. Jakarta : Depkes
- Dharmono, S. (2007).*Promosi kesehatan jiwa dipelayanan primer*.  
[www.pdskjjaya.org](http://www.pdskjjaya.org). diperoleh tanggal 20 Februari 2008.
- Dombeck & Moran (2000).*Implications of Psychological Theories for Self-help: Introduction* [www.mentalhelp.net/](http://www.mentalhelp.net/). Diperoleh tanggal 30 Januari 2008
- Forschener.(2003). *LD Self-Help Group Instruction Manual*. [www.lyme.org](http://www.lyme.org).  
diperoleh pada tanggal 20 Februari 2008
- Fortinash, K.M. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3<sup>rd</sup> edition). St. Louis:  
Mosby.
- Friedman, ( 1998 ). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek* . Edisi 3. EGC. Jakarta
- Hidayat, D.(2007). *Pelayanan kesehatan jiwa integratif*. [www.idijakbar.com](http://www.idijakbar.com) .  
diperoleh tanggal 20 Februari 2008.
- Kneisl, C.R. dkk.(2004). *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*; New  
Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Masarie.(2006).*Self Help Group*. <http://masarie.wordpress.com>.diperoleh tanggal 24  
Desember 2007
- Mohr.WK, ( 2006 ). *Psychiatric mental health nursing* ( 6 th edition ), Philadelphia,  
Lippincott Williams & Wilkins.
- Murthy, S.. (2003). *Family interventions and empowerment as an approach to  
enhance mental health resources in developing countries*.  
[www.pubmedcentral.nih.gov](http://www.pubmedcentral.nih.gov).Diperoleh tanggal 11 Februari 2008
- Notoatmojo,S.(2003).*Pendidikan dan perilaku kesehatan*.Jakarta: Reneka Cipta
- Oka& Borkman (2002). *The history, concepts and theories of self help group:from a  
international persfective*. <http://pweb.sophia.ac.jp>.dipeoleh tanggal 11  
Februari 2008
- Polit & Hungler (1999), *Nursing Resarch Principles And Methods*, Philadelphia :  
Lippincott
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (2<sup>th</sup>  
ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.

Self Help Nottingham.(2005). *Self Help group*. <http://www.selfhelp.org.uk>  
.Diperoleh pada tanggal 11 Februari 2008

Stuart,G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*.  
(7th edition). St Louis: Mosby

Sudrajat, A. (2007). *Toksonomi Bloom*. [www.akhmadsudrajat.files.wordpress.com](http://www.akhmadsudrajat.files.wordpress.com).  
diperoleh tanggal 3 Februari 2008.

Sugarman,, M.(2000). *Peer Counseling and Help Group fasilitation For People*.  
<http://www.mnsu.edu>. Diperoleh tanggal 20 Februari 2008

Sutatminingsih, R(2002) *Schizofrenia*\_diperoleh pada tanggal 7 Februari 2007 dari  
<http://library.usu.ac.id/>

Townsend, C.M. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. (3th Ed.).  
Philadelphia: F.A. Davis Company

Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3<sup>rd</sup> edition).  
Philadhelpia: Lippineott Williams & Wilkins.

WHO.(2005). *Briefing note on tsunami affected region*. [www.who.int](http://www.who.int). diperoleh pada  
tanggal 20 Februari 2008.

Young, et.all(1999) *Set of Core Clinical Competencies for Providing Care to  
Individuals With SevereMental Illness..* [www.findarticles.com](http://www.findarticles.com) diperoleh  
tanggal 20 Januari 2008



## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“Pengaruh *self help group* terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kel Sindangbarang Bogor”

Peneliti : Tantri Widyarti Utami

No Telpn : 08128120224

Saya Tantri Widyarti Utami (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *self help group* terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di Kel Sindangbarang Bogor.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara : 1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan responden saudara. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

## LEMBAR PERSETUJUAN

---

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

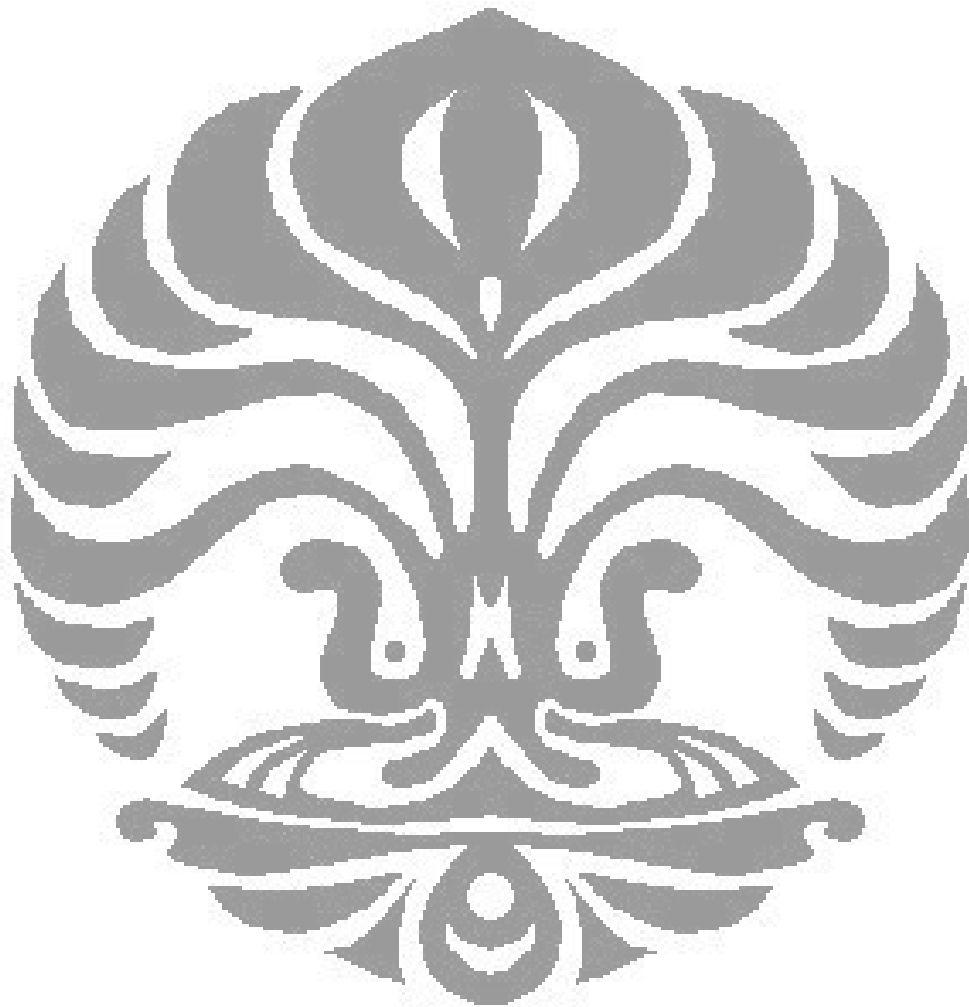
Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa di rumah sakit

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bogor, .....2008

Responden,

.....  
Nama Jelas



## DATA DEMOGRAFI KELUARGA

## Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut
2. Isilah pertanyaan pada tempat yang tersedia
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab dengan menuliskan angka pada kotak yang tersedia

---

---

Nomor Responden : \_\_\_\_\_ (Diisi peneliti)

Usia Responden : \_\_\_\_\_ (tahun)

Alamat : \_\_\_\_\_

---

**KUESIONER A**

- I. Hubungan dengan pasien
  1. Orang tua
  2. Suami atau istri
  3. Anak
  4. Saudara kandung
  5. Lain-lain (Sebutkan).....
- II. Pendidikan
  1. SD
  2. SMP
  3. SMU
  4. Perguruan tinggi
- III. Pekerjaan
  1. Pegawai negeri sipil
  2. Pegawai swasta
  3. Wiraswasta
  4. Buruh
  5. Lain-lain (sebutkan).....
- IV. Pendapatan dalam sebulan
  1. Kurang dari Rp 600000
  2. Rp 600000 – Rp 1000000
  3. Rp 1000000 – Rp 2000000
  4. Lebih dari Rp 2000000
- V. Jumlah kunjungan perawat
  1. Satu kali
  2. Dua kali
  3. Tiga kali
  4. Empat kali
  5. Lebih dari empat kali

## KUESIONER KEMAMPUAN KOGNITIF KELUARGA

Nomor responden :

(diisi oleh peneliti)

## Petunjuk pengisian

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda ckeck list (√) pada jawaban yang paling benar
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera sehingga terjadi keseimbangan hidup dan produktif .		
2	Ciri-ciri sehat jiwa adalah bersikap positif terhadap diri sendiri dan mampu menghadapi stress yang terjadi sepanjang hidup		
3	Gangguan jiwa adalah perubahan fungsi fisik dan jiwa yang menyebabkan gangguan pada fungsi fisik dan jiwa, sehingga menimbulkan hambatan dalam melaksanakan peran sosial.		
4	Gangguan jiwa hanya disebabkan oleh satu penyebab.		
5	Salah satu penyebab gangguan jiwa adalah pola asuh yang salah dalam keluarga .		
6	Tanda-tanda orang yang menarik diri adalah tidak mau bergaul dengan orang lain		
7	Tanda-tanda orang yang minder adalah malas melakukan aktifitas		
8	Tanda-tanda orang yang kurang perawatan diri adalah menolak untuk mandi		
9	Salah satu gejala gangguan jiwa adalah marah-marah karena ada penyebab		
10	Akibat dari gangguan jiwa adalah suka mendengar suara-suara		
11	Akibat gangguan jiwa bagi keluarga adalah timbulnya perasaan		

	khawatir pada keluarga		
12	Keluarga mengalami sulit tidur bila ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
13	Cara yang dapat dilakukan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang senang menyendiri adalah tidak mengganggu anggota keluarga dikamar		
14	Cara yang dapat dilakukan keluarga agar anggota keluarga mau diajak bicara adalah sering menyapa anggota keluarga		
15	Cara yang dapat dilakukan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah melibatkan dalam aktifitas dirumah		
16	Cara yang dapat dilakukan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang merasa minder adalah memberikan pujian setelah melakukan suatu kegiatan.		
17	Cara yang dilakukan bila anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tidak mau mandi adalah dengan memandikan		
18	Tindakan yang dapat dilakukan keluarga agar anggota keluarga dapat melakukan aktifitas sehari-hari adalah melibatkan dalam kegiatan dirumah.		
19	Hal yang harus dilakukan keluarga saat memberikan obat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah memberikan obat sesuai dengan waktu pemberian.		
20	Hal yang harus dilakukan keluarga saat memberikan obat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah memberikan obat sesuai dengan dosis obat.		

## KUESIONER KEMAMPUAN PSIKOMOTOR KELUARGA

Nomor responden :

(diisi oleh peneliti)

## Petunjuk pengisian

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda V pada jawaban yang sesuai dengan yang anda alami

2. Jawablah dengan

TP jika menurut anda tidak pernah melakukan tindakan tersebut

KK jika menurut anda kadang-kadang melakukan tindakan tersebut

P jika menurut anda pernah melakukan tindakan tersebut

SL jika menurut anda selalu melakukan tindakan tersebut

No	Kegiatan yang saya lakukan pada anggota keluarga saya yang mengalami gangguan jiwa	TP	KK	P	SL
1	Saya mengajak anggota keluarga dengan gangguan jiwa berinteraksi dengan saya				
2	Saya mengajak anggota keluarga dengan gangguan jiwa berinteraksi dengan anggota keluarga yang lain				
3	Saya mengajak anggota keluarga dengan gangguan jiwa berinteraksi dengan orang lain.				
4	Saya melibatkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa dalam kegiatan keluarga.				

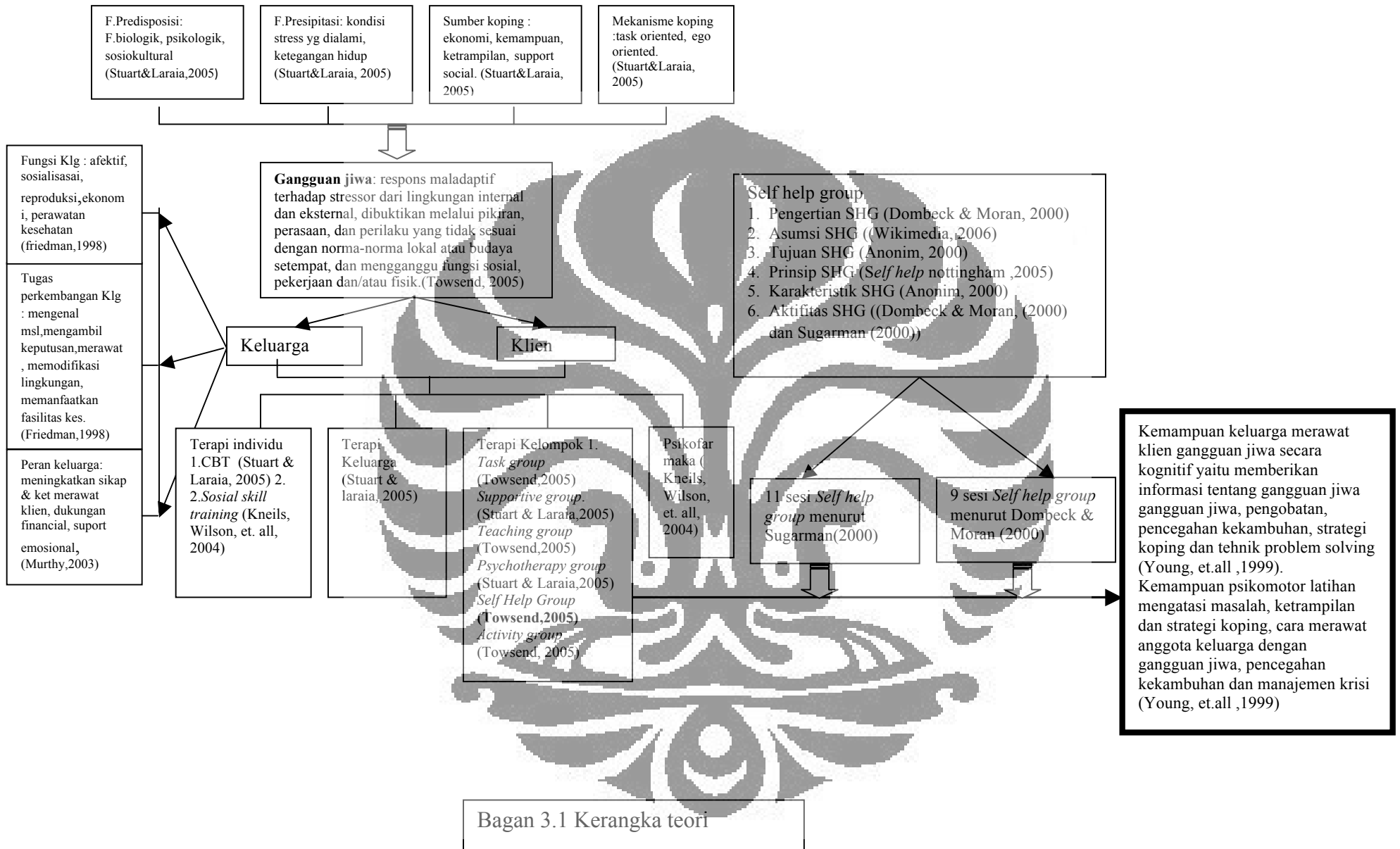
5	Saya mengajarkan cara mandi kepada pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				
6	Saya mengajarkan cara berpakaian pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				
7	Saya mengajarkan cara menyisir rambut pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				
8	Saya mengajarkan cara menggosok gigi pada anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				
9	Saya memberikan pujian bila anggota keluarga dengan gangguan jiwa melakukan sesuatu yang baik				
10	Saya mengajarkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa, cara menyiapkan makan sebelum makan				
11	Saya memotivasi anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk mencuci piring setelah makan				
12	Saya melibatkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk merapihkan rumah.				
13	Saya melibatkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa berbelanja seperti membeli sesuatu kewartung.				
14	Saya mengingatkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk				



	melakukan kegiatan				
15	Saya mengingatkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk minum obat secara teratur				
16	Saya mengajak anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk ke puskesmas bila obat habis				
17	Saya melakukan tehnik relaksasi untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa				
18	Saya melakukan tarik nafas untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				
19	Saya melakukan pekerjaan yang saya senangi untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				
20	Saya berbicara dengan orang lain untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.				

## KISI-KISI SOAL

Materi	Jumlah soal	No Soal
Kemampuan Kognitif		
1. Pengertian kesehatan jiwa	1	1
2. Ciri Sehat jiwa	1	2
3. Pengertian gangguan jiwa	1	3
4. Penyebab gangguan jiwa	2	4,5
5. Tanda-tanda gangguan jiwa	4	6,7,8,9
6. Dampak gangguan jiwa bagi klien	1	10
7. Dampak gangguan jiwa bagi keluarga	2	11,12
8. Cara merawat klien gangguan jiwa	8	13,14,15,16,17,18,19,20
Kemampuan psikomotor		
1. Berinteraksi	4	1,2,3,4
2. Merawat kebersihan diri	4	5,6,7,8
3. Memberikan pujian	1	9
4. Membantu pasien melakukan aktifitas	5	10,11,12,13,14
5. Menggunakan obat	2	15,16
6. Mengatasi stress dalam keluarga	4	17,18,19,20



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Tantri Widyarti Utami  
Tempat/Tanggal Lahir : Bogor 22 November 1975  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Pengajar Program Studi Keperawatan Bogor  
Alamat Instansi : Jl. Dr Sumeru No 116 Bogor  
Alamat Rumah : Bukit Asri E2 No 10 Ciomas, Bogor

### **Riwayat Pendidikan**

SDN 07 Beji, Depok Utara : Lulus tahun 1987  
SMPN 02 Depok : Lulus tahun 1990  
SMAN 01 Bogor : Lulus tahun 1993  
Akper Depkes Jakarta : Lulus tahun 1996  
FIK UI Jakarta : Lulus tahun 2000

### **Riwayat Pekerjaan**

Perawat Pelaksana RS Islam Bogor : Tahun 1996-1999  
Pengajar di Program studi keperawatan Bogor : Tahun 2000 - sekarang