



**TESIS**

**ANALISIS HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN KELUARGA  
DALAM MERAWAT KLIEN ISOLASI SOSIAL DENGAN  
KEMAMPUAN KLIEN BERSOSIALISASI DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS NANGKAAN  
KABUPATEN BONDOWOSO  
JAWA TIMUR**

**Oleh :  
Komarudin  
0706195516**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2009**



**TESIS**

**ANALISIS HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN KELUARGA  
MERAHAT KLIEN ISOLASI SOSIAL DENGAN  
KEMAMPUAN KLIEN BERSOSIALISASI DI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS NANGKAAN  
KABUPATEN BONDOWOSO  
JAWA TIMUR**

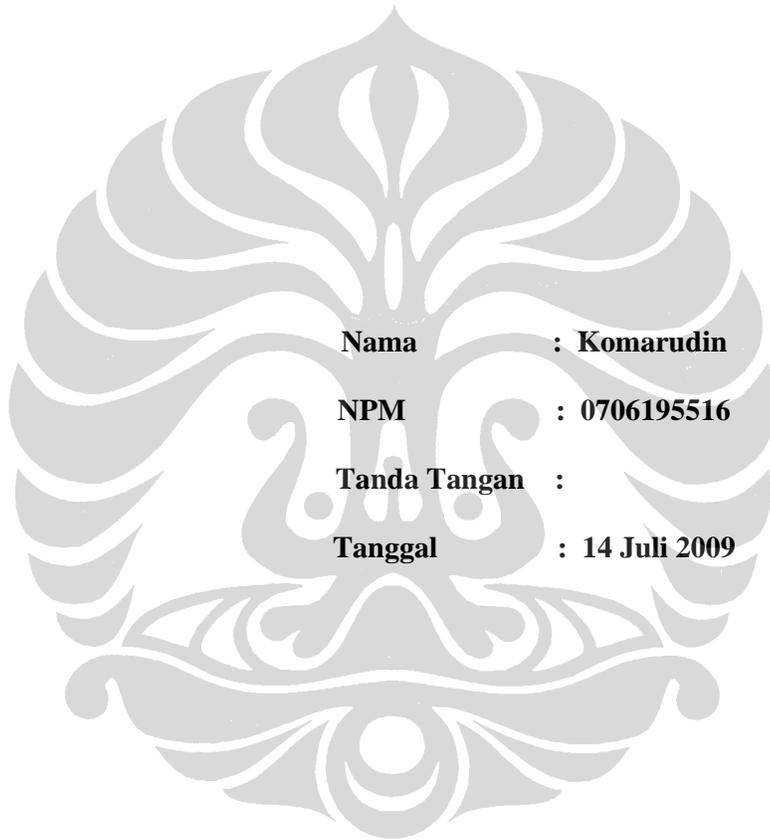
**Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Keperawatan**

**Oleh :  
Komarudin  
0706195516**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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



## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa, untuk dilakukan sidang tesis dihadapan Tim  
Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli 2009

Pembimbing I

Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid, MN, DN. Sc.

Pembimbing II

Mustikasari, SKp., MARS.

# DAFTAR TIM PENGUJI TESIS

Jakarta, Juli 2009

Pembimbing I

Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid, DN. Sc.

Pembimbing II

Mustikasari, SKp., MARS

Anggota

Herni Susanti, SKp., MN

Anggota

Pipin Farida, SKp., M. Kes.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya kepada kita sekalian, sehingga sampai saat ini kita masih bisa menjalankan apa yang diperintahkan dan menjauhi segala yang dilarang sebagai perwujudan dari taqwa yang harus kita junjung di muka bumi ini.

Penyusunan tesis berjudul Analisis hubungan antara pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Jawa Timur ini bertujuan untuk memahami karakteristik keluarga dengan anggota yang mengalami gangguan jiwa dengan harapan dapat menjadi dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan terkait dan praktik keperawatan.

Pada Kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dewi Irawati, MA. PhD. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Ibu Krisna Yeti, SKp., M.App. Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana dan koordinator M. A. Tesis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc. selaku pembimbing 1 penyusunan tesis
4. Ibu Mustikasari, SKp., MARS. selaku pembimbing II penyusunan tesis
5. Ibu Novy Helena C.D., SKp., MSc. selaku asisten pembimbing penyusunan tesis sekaligus pengajar kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, Puskesmas Nangkaan dan kelurahan/desa di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso
7. Seluruh responden yang telah terlibat dalam penelitian ini
8. Istriku tercinta dan anak-anakku tersayang, peneguh jiwa dalam hidupku

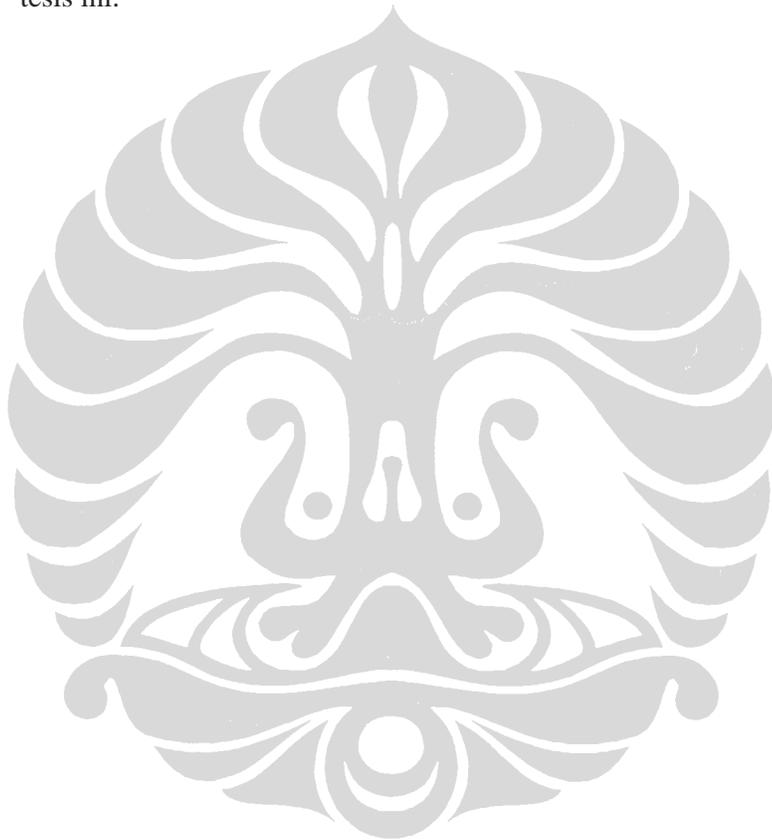
9. Rekan-rekan Program Pascasarjana Kekhususan Jiwa Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2007

yang telah memberikan bimbingan, bantuan dan dukungan dalam penyusunan laporan penelitian ini sehingga dapat selesai tepat waktu.

Kami menyadari bahwa tesis ini masih perlu penyempurnaan lebih lanjut, maka kami berharap masukan, koreksi dan kritik membangun demi kesempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2009

Penulis



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

---

---

Sebagai sivitas akademik universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Komarudin  
NPM : 0706195516  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Hubungan Antara Pengetahuan Keluarga Merawat Klien Isolasi Sosial Dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Jawa Timur

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 14 Juli 2009

Yang menyatakan

(Komarudin)

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2009

Komarudin

Analisis hubungan antara pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso Jawa Timur

xii+ 100 hal +15tabel+ 2 skema+12 lampiran

Abstrak

Gangguan jiwa, khususnya psikosis (skizofrenia) biasanya didapatkan pada kondisi kronis yang menimbulkan konsekuensi kemunduran kemampuan dari aktivitas harian dan hubungan sosial (isolasi sosial). Isolasi sosial merupakan percobaan untuk menghindari interaksi atau hubungan dengan orang lain. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi. Desain yang digunakan adalah *descriptive correlational* dengan rancangan *cross sectional*. Cara pengambilan sampel adalah *Total sampling* dengan sampel sebanyak 78 keluarga, dengan kriteria inklusi warga desa di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso dan bersedia menjadi responden, mempunyai anggota keluarga gangguan jiwa dengan isolasi sosial, dan umur antara 18-60 tahun, dan pendidikan minimal SD. Hasil uji statistik didapatkan rata-rata umur responden usia produktif, laki-laki, pendidikan SD, bekerja, keluarga inti, dan status hubungan keluarga responden dengan klien adalah ipar/keponakan. Ada hubungan yang signifikan antara kemampuan klien bersosialisasi dengan pengetahuan keluarga, umur, pendidikan, dan hubungan keluarga dengan nilai  $p < 0,05$ , kecuali jenis kelamin, pekerjaan, dan jenis keluarga tidak ada hubungan dengan kemampuan klien bersosialisasi yang dipersepsikan oleh keluarga ( $p > 0,05$ ). Pendidikan dan hubungan keluarga merupakan variabel yang paling berhubungan dengan kemampuan klien bersosialisasi. Hasil penelitian dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan peningkatan pengetahuan perawat tentang gangguan jiwa dan psikoedukasi pada keluarga klien melalui pelatihan atau diskusi kasus mengenai penanganan klien isolasi sosial di tempat kerjanya.

Kata kunci: isolasi sosial, kemampuan klien, dan pengetahuan keluarga  
Daftar pustaka 54 (1990-2009)

UNIVERSITY OF INDONESIA  
POST GRADUATE PROGRAM-FACULTY OF NURSING  
MAJORING IN NURSING MENTAL HEALTH

Thesis, July 2009

Komarudin

The analysis relationship between families' knowledge in caring of their social isolation family member with the clients' socialization ability in *Puskesmas* Nangkaan Bondowoso Regency, East Java

xii + 100 pages + 15 tables+ 2 figure +12 appendices

Abstraction

Mental disorder, especially a psychotic (schizophrenia) is chronic condition that the clients have deterioration on their daily activity and social relationship (social isolation). The clients try to keep away from other interaction. This research aim was to identify the relationship between family knowledge and the client socialization ability. The design was a descriptive correlation with cross sectional. The samples were 78 families determined by total sampling. The inclusion criteria were the citizen of Nangkaan sub distric, and accord as a respondent, having mental health disorders family member with social isolation, age between 18 – 60 years, and educational background at least Elementary School. The result shown that mean old age productive age respondent, men, Elementary School, worker, nuclear family, and family relationship as ipar/keponakan. There was a significant relationship between family knowledge, age, education, and family relationship with the client socialization ability (value  $p < 0,05$ ). On the hand, family gender, family type, and job were no correlation with the client socialization ability(value  $p > 0,05$ ). Education and family relationship represent most variable related to with the client socialization ability. Based on the result, it is recommended that the community nurse knowledge about social isolation client and family psychoeducation should be improved.

Keyword: family knowledge, social isolation, and client ability

Bibliography 54 ( 1990-2009)

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul .....	i
Pernyataan Orisinalitas .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Daftar Tim Penguji Tesis .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Lembar Perstujuan Publikasi Karya Ilmiah .....	vii
Abstrak .....	viii
Daftar Isi .....	x
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Skema .....	xiii
Daftar Lampiran .....	xiv
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan .....	10
D. Manfaat Penelitian .....	11
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Gangguan Jiwa .....	13
B. Konsep Keluarga .....	20
C. Keperawatan Jiwa .....	26
D. Konsep <i>Self Care</i> Orem .....	30
 <b>BAB III KERANGKA TEORI</b>	
A. Kerangka Teori .....	33
B. Kerangka Konsep .....	36
C. Hipotesis .....	37
D. Definisi Operasional .....	38

## **BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	41
B. Populasi dan Sampel .....	41
C. Tempat Penelitian .....	44
D. Waktu Penelitian .....	45
E. Etika Penelitian .....	45
F. Alat Pengumpulan Data .....	47
G. Prosedur Pengumpulan Data .....	51
H. Analisis Data .....	52

## **BAB V HASIL PENELITIAN**

A. Karakteristik Keluarga .....	57
B. Pengetahuan Keluarga .....	59
C. Kemampuan Klien .....	60
D. Faktor Karakteristik dan Pengetahuan Keluarga .....	61

## **BAB VI PEMBAHASAN**

A. Karakteristik Keluarga .....	69
B. Keterbatasan Penelitian .....	89
C. Implikasi Hasil Penelitian .....	91

## **BAB VII SIMPULAN DAN SARAN**

A. Simpulan .....	94
B. Saran .....	95

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>97</b>
-----------------------------	-----------

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian ..... 39
2. Tabel 4.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen Pengetahuan Keluarga dan Kemampuan Klien Bersosialisasi..... 49
3. Tabel 4.2	Analisis Univariat Variabel Penelitian ..... 51
4. Tabel 4.3	Analisis Bivariat Variabel Penelitian ..... 52
5. Tabel 5.1	Distribusi Umur Responden ..... 57
6. Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan keluarga, Pendidikan, Pekerjaan, Jenis Kelamin, dan Jenis Keluarga ..... 58
7. Tabel 5.3	Distribusi Rata-rata Skor Pengetahuan Keluarga ..... 60
8. Tabel 5.4	Distribusi frekuensi Skor Pengetahuan Keluarga Berdasarkan komponen ..... 60
9. Tabel 5.5	Distribusi Rata-rata Skor Kemampuan Klien Bersosialisasi ..... 61
10. Tabel 5.6	Analisis Korelasi Pengetahuan Dan Umur Keluarga Dengan Kemampuan Klien ..... 61
11. Tabel 5.7	Distribusi Rata-rata Kemampuan Klien Menurut Jenis Kelamin, Jenis Keluarga, Dan Pekerjaan ..... 62
12. Tabel 5.8	Distribusi Rata-rata Kemampuan Klien Menurut Pendidikan, Dan Hubungan Keluarga ..... 64
13. Tabel 5.9	Hasil Seleksi Bivariat Variabel Independen dan Dependen Responden ..... 65
14. Tabel 5.10	Hasil Pemodelan Multivariat Variabel Independen dan Dependen Responden ..... 66
15. Tabel 5.11	Hasil Akhir Pemodelan Multivariat Variabel Independen dan Dependen Responden ..... 67

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
1. Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian .....	35
2. Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian .....	37



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Kuesioner Karakteristik Keluarga
- Lampiran 2 : Lembar Kuesioner Pengetahuan Keluarga
- Lampiran 3 : Lembar Kuesioner Kemampuan Klien
- Lampiran 4 : Kisi-kisi Soal Instrumen dan Kunci Jawaban
- Lampiran 5 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 6 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 8 : Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 9 : Permohonan Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan UI
- Lampiran 10 : Permohonan Ijin Penelitian dari Bakesbang Linmas Bondowoso
- Lampiran 11 : Permohonan Ijin Penelitian dari Puskesmas Nangkaan Bondowoso
- Lampiran 12 : Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A.Latar Belakang Masalah**

Undang-undang Republik Indonesia No 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan dalam penjelasan umumnya mengamanatkan pembangunan nasional di semua bidang kehidupan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah. Pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi semua penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Memasuki abad ke 21, khususnya pada tahun 2003 telah diberlakukan kawasan perdagangan bebas Asia Tenggara dan meyongsong kawasan perdagangan bebas Asia Pasifik tahun 2010 serta tahun 2020 yang merupakan era pasar global memberikan dampak yang sangat luas bagi sendi-sendi kehidupan termasuk di dalamnya kebutuhan dan gaya hidup seseorang dan pola penyakit (Wijono, 2000). Saat ini, secara umum muncul anggapan bahwa peningkatan pertumbuhan ekonomi di negara-negara berkembang diikuti oleh perubahan pola perkembangan penyakit. Pola tersebut dikenal dengan transisi epidemiologi yaitu pergeseran pola penyakit (Linkov, 2001 <http://www.bibalex.org/supercourse>).

Presiden Republik Indonesia pada acara sambutan “Senam Sehat Askes Bersama Ibu Negara” mengatakan, saat ini telah terjadi perubahan pola penyakit, dari pola penyakit infeksi dengan jangka waktu pengobatan yang pendek, menjadi pola

penyakit degeneratif dengan jangka waktu pengobatan yang lama, bahkan seumur hidup. Perubahan pola penyakit ini terjadi akibat perubahan pola hidup yang kurang sehat, sementara beban hidup kita secara mental sudah cukup berat (Presiden RI, <http://www.presidentri.go.id>).

Persaingan di era globalisasi, inflasi global yang membuat seseorang memimpikan sesuatu yang tidak sesuai realita, tekanan kehidupan, tak ada jaminan rasa aman, maraknya bencana alam menjadi faktor penyebab tingginya angka gangguan jiwa. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar Departemen Kesehatan tahun 2007 diketahui bahwa prevalensi nasional Gangguan Mental Emosional pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun adalah 11,6% (berdasarkan *Self Reported Questionnaire*). Sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi Gangguan Mental Emosional pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun di atas prevalensi nasional, diantaranya Jawa Timur (Balitbangkes Depkes.2008. <http://www.litbang.depkes.go.id>).

Gangguan jiwa (*mental disorder*) merupakan salah satu dari empat masalah kesehatan utama di negara-negara maju, modern, dan industri. Keempat masalah kesehatan utama tersebut adalah penyakit degeneratif, kanker, gangguan jiwa, dan kecelakaan (Mardjono, dalam Hawari, 2001). Menurut Setyonegoro (1980, dalam Hawari, 2001) meskipun gangguan jiwa tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan serta invaliditas baik secara individu maupun kelompok akan menghambat pembangunan, karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. Hal ini diperkuat oleh pernyataan Dr Vijay Chandra, *Health and Behaviour Advisor* dari WHO Wilayah Asia Tenggara (WHO-SEARO), gangguan jiwa merupakan penyebab

utama ketidakmampuan pada kelompok usia paling produktif, yakni antara 15-44 tahun. Dampak sosialnya sangat serius berupa penolakan, pengucilan, dan diskriminasi. Begitu pula dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat, serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat. Laporan Kesehatan Sedunia (WHO, 2001), berdasarkan studi Bank Dunia, beban yang ditimbulkan oleh gangguan jiwa sangat besar. Laporan itu menyebutkan bahwa *global burden of disease* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1 persen, jauh lebih tinggi dari tuberkulosis (7,2 %), kanker (5,8 %), penyakit jantung (4,4 %), atau malaria (2,6 %) (Kompas, <http://www.gizi.net>). Kemudian laporan WHO tahun 2002 menyebutkan bertambahnya beban global akibat penyakit gangguan mental sebesar 13%. Angka ini lebih besar bila dibandingkan dengan penyakit jantung (10%), penyakit saluran pernafasan (6%) dan keganasan (5%)(Pemprov Kalsel, 2005 <http://www.kalselprov.go.id>).

Hingga sekarang penanganan penderita gangguan jiwa belum memuaskan, terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang, hal ini disebabkan ketidaktahuan (*ignorance*) keluarga maupun masyarakat terhadap gangguan jiwa, diantaranya masih terdapatnya pandangan negatif (*stigma*) (Hawari, 2001). *Stigma* dan diskriminasi terhadap penderita gangguan jiwa masih sangat kuat di masyarakat. Guru besar tetap pada Departemen Psikiatri FKUI/RSCM Prof Sasanto Wibisono, SpKJ menyatakan, penderita gangguan jiwa memang dihadapkan pada berbagai hal yang menempatkannya dalam posisi yang kurang menguntungkan. Penderita tidak hanya kehilangan untuk mendapatkan pekerjaan dan pendidikan, tetapi juga menyangkut peran sosial yang layak di masyarakat. Akses mereka terhadap fasilitas

publik juga terbatas, termasuk hak atas asuransi biaya perawatan. Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Tentang Kesehatan Jiwa, yang telah ada di Sekretariat Negara sejak 2004 tidak cukup mawadahi kepentingan klien gangguan jiwa (Sampurno, 2004. <http://www2.kompas.com>).

Hambatan penanganan gangguan jiwa juga terjadi karena anggapan bahwa gangguan jiwa pada umumnya bukan penyakit yang dapat diobati dan disembuhkan (Hawari, 2001). Pandangan ini cukup beralasan, karena sebagian klien gangguan jiwa, khususnya psikosis (skizofrenia) didapatkan pada kondisi kronis, dalam arti mengalami gangguan yang cukup lama dan tingkat ketidakmampuan fungsi yang tinggi (Dabrowski dan Stanoza, 1998, dalam Keliat, 1996). Tingkat kesembuhan klien gangguan jiwa secara nasional adalah 30 % bisa sembuh sempurna, 30 % harus minum obat selama hidup, dan 40 % lainnya harus hidup di dalam Rumah Sakit Jiwa (Paelo, 2009: [www.tabloidjubi.com](http://www.tabloidjubi.com)). Kebanyakan gangguan jiwa kronis mempunyai diagnosis medis skizofrenia dengan gejala halusinasi, waham, dan afek tidak sesuai (Stuart dan Sundeen, 1995). Akibat dari gangguan jiwa yang kronis memberi konsekuensi kemunduran pada klien yang ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab, apatis, menurunnya kemampuan perawatan mandiri, dan aktivitas hidup sehari-hari, serta menghindar dari kegiatan dan hubungan sosial atau isolasi sosial (Keliat, 1996).

Keluarga sebagai bagian dari sistem klien mempunyai arti yang sangat strategis dalam menciptakan sumberdaya manusia yang berkualitas melalui lima tugas keluarga dalam bidang kesehatan (Friedman, 2001). Lima tugas keluarga itu meliputi 1) mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, 2) mengambil

keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, 3) memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang sakit atau tidak dapat membantu dirinya karena cacat / usia yang terlalu muda/tua, 4) mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, dan 5) mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dengan lembaga-lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan terhadap fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada. Bahkan keluarga mempunyai peran pokok dalam menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sejahtera lahir dan batin sehingga terwujud generasi yang sehat dan produktif.

Peran keluarga dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan bisa dalam bentuk partisipasi, kapasitas, dan kepemimpinan. Partisipasi, kapasitas, dan kepemimpinan seluruh komponen keluarga bersatu dalam upaya perencanaan dan peningkatan derajat kesehatan secara komprehensif (Nies & Mc. Ewan, 2001. <http://bondankomunitas.blogspot.com/>). Sebagai sistem yang terbuka, interaksi yang terjadi dalam keluarga dapat memberikan efek yang saling berpengaruh dan ketergantungan satu sama lain. Antara komponen dalam keluarga akan menentukan tercapainya tujuan sistem yaitu keberlangsungan hidup dan perkembangan sistem tersebut. Perkembangan keluarga yang terdiri dari delapan tahapan menurut Duvall (1977, dalam Friedman, 2001) mempunyai tugas dan resiko tertentu pada tiap tahap perkembangannya.

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang memberi perawatan langsung pada setiap keadaan (sehat-sakit) klien (Keliat, 1996). Keluarga yang sehat akan memberikan pengaruh bagi keberlangsungan perkembangan dan sumbangsih

penguatan (*empowerment*) bagi terwujudnya peningkatan derajat kesehatan anggotanya. Keluarga yang sehat mempunyai kemampuan mengatasi masalah yang dapat mencegah perilaku maladaptif (pencegahan primer), menanggulangi perilaku maladaptif (pencegahan sekunder) dan memulihkan perilaku adaptif (pencegahan tersier). Namun bila keluarga tidak mempunyai kemampuan tersebut, maka interaksi yang terjadi di antara anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa akan menimbulkan efek dan risiko hubungan yang tidak selaras dan harmonis selama keberlangsungan hidup dan perkembangan sistem keluarga tersebut ( Keliat, 1996).

Gambaran tersebut juga dialami oleh sebagian keluarga di Kabupaten Bondowoso, kabupaten yang masuk wilayah 'tapal kuda' di Jawa Timur bagian timur ini cukup terisolasi karena wilayahnya berada di tengah-tengah antara Jember, Situbondo, Lumajang, Probolinggo, dan Banyuwangi. Pengkajian awal yang dilakukan oleh peneliti diketahui jumlah kasus gangguan jiwa yang tercatat di Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso berdasarkan laporan program kesehatan jiwa tahun 2008 sebesar 8.663 jiwa dari 722.209 penduduk. Keperawatan kesehatan jiwa sebagai program penunjang di puskesmas belum optimal, terbukti dari rata-rata cakupan kasus sebesar 1,54 % dari 7 % cakupan nasional, sementara Puskesmas Nangkaan sendiri hanya mencapai angka cakupan sebesar 1,44% ( 282 kasus). Hal ini berarti dapat diperkirakan masih terdapat kasus gangguan jiwa yang belum terdeteksi. Sementara itu data yang didapatkan dari catatan di Puskesmas Nangkaan ada 148 klien yang mengalami isolasi sosial, dengan rincian Kelurahan Badean ( 6 orang ), Kelurahan Nangkaan (3 orang), Desa Pancoran (6 orang), Desa Kembang (2 orang), dan Desa Sukowiryo (131 orang).

Berdasarkan evaluasi program Keswa semester II Tahun 2008, menurut seorang perawat yang bertanggung jawab dalam bidang tersebut dilaporkan mengenai karakteristik klien gangguan jiwa yang berkunjung di Puskesmas Nangkaan, sebagian keluarga mempercayakan penyembuhan anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa secara tradisional di pondok pesantren, dibawa ke dukun atau 'orang pintar' (paranormal), dan sebagian lainnya dirawat semampunya oleh keluarganya di rumah. Penanganan yang telah dilakukan selama ini adalah melalui puskesmas dan rumah sakit sekitar tempat tinggal klien. Informasi atau pengetahuan tentang penanganan gangguan jiwa hanya didapatkan dari petugas kesehatan ketika berkunjung ke Puskesmas. Belum ada penelitian atau survey yang meneliti sejauh mana kemampuan/pengetahuan keluarga tentang cara merawat gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial atau kegiatan yang secara khusus menangani masalah gangguan jiwa bagi keluarga yang mempunyai anggota dengan gangguan jiwa yang berbasis keluarga atau komunitas.

Pencapaian derajat kesehatan bagi keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti yang tergambar pada paparan di atas, dapat dilakukan berbagai upaya sesuai dengan program promosi kesehatan Departemen Kesehatan antara lain peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat melalui penyuluhan atau pelatihan. Penyuluhan atau pendidikan kesehatan adalah suatu proses belajar yang dapat mengarahkan individu atau keluarga dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu dan sikap tidak mau menjadi mampu dan mau mengatasi masalah kesehatannya (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan kesehatan memberikan kesempatan bagi keluarga untuk mengadopsi nilai-nilai dan solusi dalam mengatasi masalah kesehatannya. Keluarga mendapatkan informasi dan berbagai pengalaman pembelajaran dan menentukan tujuan secara bersama dengan kekuatannya untuk menyelesaikan masalahnya (Bacon, dkk.2000,dalam Laraia,2005, hal.216). Kekuatan dalam bentuk kemampuan keluarga secara kognitif, akan menuntun keluarga dalam menyelesaikan berbagai masalah yang terkait dengan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan/gangguan mental. Melalui kemampuan tersebut, keluarga akan memahami pengertian dan ciri-ciri sehat jiwa, penyebab, akibat, tanda dan gejala serta cara merawat klien gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial dengan penuh empati dan rasa tanggung jawab.

Melalui penguatan kemampuan keluarga dalam merawat klien yang mengalami gangguan jiwa, masalah klien secara umum dapat dipahami sebagai suatu keberadaan dan kenyataan seperti layaknya seseorang yang sedang mengalami masalah kesehatan fisik pada umumnya. Ia juga butuh perhatian dan empati dari orang lain di sekelilingnya dan yang terpenting adalah pengertian tentang individu layaknya sebagai insan yang sama-sama mempunyai hak dan martabat dalam menjalani kehidupannya. Anggapan negatif (*stigma*) dan perlakuan diskriminatif dalam berbagai aspek kehidupan dapat diminimalkan, sehingga proses pemulihan tidak mendapat kendala yang berarti dan selanjutnya harkat dan martabat sebagai manusia akan dapat diraih (Wibisono, S. (2008): <http://www2.kompas.com/kesehatan>)

Perawat sebagai tenaga profesional dalam konteks ini adalah lembaga yang dapat berperan sebagai fasilitator dan penyedia sumber modalitas keperawatan (*nursing agency*) yang memberikan sumbangsih peningkatan keberdayaan (*empowerment*)

bagi keluarga atau klien yang kurang mampu menolong dirinya (*self care deficit*) dan mempunyai kebutuhan bantuan kesehatan/perawatan dari keluarga/klien (*therapeutic self care demand*). Pemberdayaan tersebut dapat berupa upaya peningkatan pengetahuan bagi keluarga atau klien, melalui pendidikan atau penyuluhan kesehatan, misalnya tentang cara merawat klien gangguan jiwa. Sehingga keluarga atau klien akan mendapatkan kembali kapasitas/kemampuan (*self care ability/self care agency*) dan pada akhirnya keluarga menjadi unit yang mampu merawat/menolong dirinya atau anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, yaitu kemampuan bersosialisasi pada klien yang mengalami masalah isolasi sosial (*self care*) (George, J.B. 1980).

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan fakta yang terjadi dari paparan latar belakang di atas dapat disimpulkan rumusan masalah, yaitu ketidaktahuan (*ignorance*) keluarga di Kabupaten Bondowoso, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan dalam hal perawatan anggota keluarga yang mengalami masalah isolasi sosial menyebabkan penanganan masalah tersebut tidak optimal (belum memuaskan).

Fenomena tersebut di atas menarik minat peneliti untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso Jawa Timur.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, jenis keluarga, pekerjaan, hubungan keluarga) yang mempunyai anggota keluarga dengan isolasi sosial di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso
- b. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial, yang meliputi mengenal masalah (pengertian, tanda dan gejala, penyebab, dampak isolasi sosial), cara mengambil keputusan, cara merawat klien dengan isolasi sosial, memodifikasi lingkungan, dan mengenal sumber layanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso
- c. Mengidentifikasi kemampuan klien bersosialisasi yang dipersepsi keluarga di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso
- d. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi setelah dikontrol variabel *confounding* di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Layanan dan Masyarakat**

a. Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi dan data pengkajian asuhan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat tentang pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dan kemampuan klien bersosialisasi yang selanjutnya dapat dijadikan sebagai dasar untuk menyusun rencana intervensi bagi perawat kesehatan jiwa masyarakat Puskesmas Nangkaan sebagai bagian dari laporan program kesehatan jiwa masyarakat.

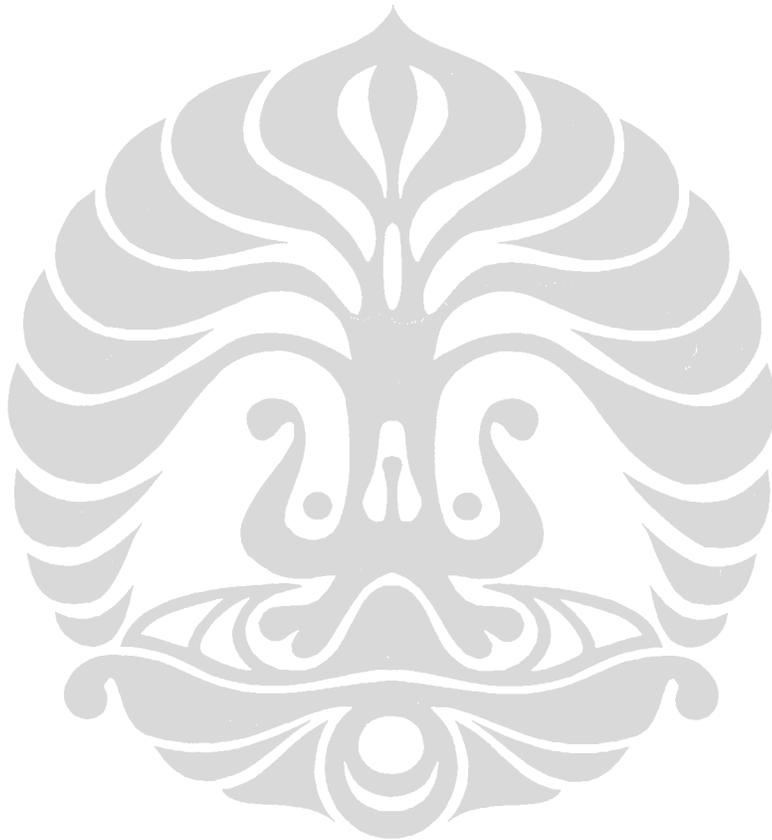
b. Selanjutnya data hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai acuan evaluasi pencapaian cakupan pelayanan asuhan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat dan selanjutnya dapat dijadikan dasar penyusunan program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa masyarakat di Puskesmas Nangkaan Bondowoso, yang pada akhirnya pelaksanaan program keperawatan kesehatan jiwa masyarakat dapat dirasakan oleh warga masyarakat, khususnya keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang bermasalah isolasi sosial

### **2. Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada pendidikan dan ilmu keperawatan khususnya terkait

a. Pentingnya konsep pendidikan kesehatan bagi keluarga dengan gangguan jiwa sebagai pembentukan kekuatan (*empowerment*) bagi keluarga agar dapat menolong dirinya dalam mengatasi masalah kesehatannya.

- b. Pendidikan kesehatan merupakan landasan pokok bagi keluarga sebagai lembaga pertama yang menangani masalah gangguan jiwa di masyarakat sebelum mencari bantuan pada tenaga profesional.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan beberapa konsep sebagai tinjauan pustaka untuk mempermudah pemahaman tentang konsep penelitian yang telah dilaksanakan. Konsep tersebut meliputi konsep gangguan jiwa, konsep keluarga, konsep keperawatan jiwa, , serta model konseptual *self care* Orem

#### A. Konsep Gangguan Jiwa

##### 1. Pengertian

Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku, atau psikologik seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia (Maslim, 1998). Definisi ini pada dasarnya mengacu pada *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) yang dikeluarkan oleh *American Pschyatric Association*. Distress digambarkan sebagai respon negatif individu terhadap stimulus yang dipersepsi sebagai suatu ancaman, sementara disabilitas dijelaskan sebagai ketidakmampuan satu atau lebih fungsi-fungsi jiwa pada diri manusia. Lebih jauh batasan yang dikemukakan APA menyebutkan terjadinya peningkatan risiko dari penderitaan, kematian, nyeri, atau kehilangan kebebasan (Frisch, 2005).

Sementara itu Townsend (2003) juga memberi batasan tentang gangguan mental sebagai respon-respon maladaptif terhadap stresor yang datang dari lingkungan baik internal maupun eksternal, ditunjukkan dengan adanya perasaan dan perilaku

yang tidak selaras dengan norma-norma budaya setempat/lokal, kehidupan sosial individu, pekerjaan dan fungsi fisiknya. Definisi Townsend menjelaskan bahwa gangguan mental tidak sederhana, karena ada aspek budaya masyarakat tertentu yang menunjukkan perilaku yang sesuai norma pada komunitas tersebut tetapi dapat dianggap sebagai gangguan mental pada komunitas lain, sehingga definisi Townsend cenderung berorientasi pada konsep adaptasi seseorang terhadap stresor apakah adaptif atau maladaptif. Senada halnya dengan definisi yang dikemukakan oleh Price, dkk (Haber, 1992), yang menyatakan bahwa gangguan mental sebagai disfungsi interaksi dari fisik, kognitif, afektif, pola perilaku, dan sosial terhadap lingkungan.

Dewasa ini laporan-laporan riset mengenai gangguan mental memfokuskan pada dua kajian yang dominan yaitu unsur manusia secara institusi biologik seperti genetik, disfungsi neurotransmitter dan stresor psikososial dan lingkungan seperti penyakit, defisiensi asuhan, kekurangan *support system* (Fortinash, 2000). Pendekatan model untuk mengenali keberadaan sehat atau sakit sebagai suatu hasil dari berbagai karakteristik individu yang berinteraksi dengan sejumlah faktor di lingkungan telah banyak dikemukakan oleh para pakar keperawatan jiwa, diantaranya model stres adaptasi. Model stres adaptasi asuhan keperawatan psikiatrik pertama kali dikembangkan oleh Gail Stuart pada tahun 1983, yang kemudian dikembangkan lebih lanjut tahun 1995. Model ini mengintegrasikan komponen biologik, psikologik dan sosiobudaya dari asuhan keperawatan. Model yang utuh menggabungkan landasan teoritis, komponen-komponen biopsikososial, rentang respon coping, dan keperawatan yang dilandasi pada tahapan

pengobatan klien yang meliputi peningkatan kesehatan, pemeliharaan, akut, atau krisis. Model ini terdiri dari komponen-komponen sebagai berikut :

- a. Faktor predisposisi, yaitu faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stres. Faktor ini meliputi unsur biologik, psikologik, dan sosiobudaya.
- b. Stressor presipitasi, yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman, atau tuntutan dan yang memerlukan energi ekstra untuk koping. Stressor presipitasi dapat dilihat dari sifat, asal, waktu, dan jumlahnya.
- c. Penilaian terhadap stresor, suatu evaluasi tentang makna stresor bagi kesejahteraan seseorang dimana stresor mempunyai arti, intensitas dan kepentingannya. Penilaian terhadap stresor oleh individu dapat dilihat dari aspek kognitif, afektif, fisiologik, perilaku, dan sosial.
- d. Sumber koping, yaitu suatu evaluasi terhadap pilihan koping dan strategi seseorang. Sumber koping dapat berasal dari kemampuan personal, dukungan sosial, aset materi, dan keyakinan positif seseorang.
- e. Mekanisme koping, yaitu tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. Mekanisme koping ini terdiri dari mekanisme koping konstruktif atau destruktif yang kemudian akan mewujudkan keberadaan respon individu apakah adaptif atau maladaptif (Stuart & Sundeen, 1995, Stuart & Laraia, 2005).

## 2. Tanda dan Gejala

Individu yang mengalami gangguan jiwa akan mengalami ketidakmampuan fungsi secara optimal, ia tidak mampu berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari, baik di rumah, di sekolah, atau di tempat kerja dan lingkungan sosial lainnya. Ketidakmampuan berfungsi secara optimal itu ditandai dengan berbagai macam gejala gangguan jiwa, mulai dari gangguan kesadaran, afek dan emosi, gangguan proses berfikir sampai dengan gangguan penampilan dan pola hidup (Maramis,1995).

Proses berpikir merupakan proses pertimbangan (*judgment*), pemahaman (*comprehension*), ingatan, serta penalaran (*reasoning*) yang mengarah pada tujuan untuk menyelesaikan masalah atau tugas yang berorientasi kepada kenyataan. Bilamana proses ini terganggu, maka pertimbangan menjadi tidak utuh atau tidak selaras dengan pengalaman atau kenyataan dan seterusnya ia dipandang sebagai kurang baik atau abnormal adanya. Sebutan atau cap abnormal atau tidak waras yang lebih dikenal dengan istilah *stigma* inilah yang menimbulkan masalah bertambah pada seseorang yang mengalami gangguan jiwa secara pribadi maupun sosial. Secara pribadi stigma gangguan jiwa atau 'gila' menimbulkan rasa percaya diri yang menurun atau *minder*. Individu cenderung menyalahkan diri sendiri mengurung diri dari kehidupan sosial (isolasi sosial). Secara sosial stigma menimbulkan dampak yang tidak menyenangkan, masyarakat cenderung memberikan perlakuan yang beragam mulai dari penolakan hingga perlakuan yang tidak manusiawi atau pelanggaran hak azasi manusia (HAM) seperti pengasingan atau pemasungan.

Secara umum tanda dan gejala yang mungkin muncul pada gangguan jiwa menurut Kozlak (Frisch, 2006) meliputi : (1) adanya perubahan kepribadian, (2) proses pikir kacau ( merasa asing atau ide-ide kebesaran), (3) serangan depresi yang lama, apathi, ekstrem, (4) ansietas berlebihan, ketakutan, atau curiga, (5) menarik diri dari lingkungan, merasa tidak punya teman, orientasi diri abnormal, (6) menolak masalah, resistensi, (7) berpikir atau membicarakan bunuh diri, (8) merasa ada keluhan fisik, perubahan pola makan dan tidur, (9) marah atau permusuhan yang tidak proporsional, (10) delusi, halusinasi, (11) penyalahgunaan obat dan alkohol, (12) timbul ketidakmampuan menyelesaikan masalah dan aktivitas sehari-hari.

### **3. Efek Gangguan Jiwa**

Efek gangguan Jiwa bagi keluarga sangat beragam. Bila ada anggota keluarga mengalami gangguan jiwa sedikitnya akan menimbulkan pola-pola dalam keluarga akan berubah, meningkatkan kecemasan, dan memperlihatkan munculnya tanda dan gejala disfungsi keluarga ( Barry, 1998). Sementara itu Mohr dkk, memberi istilah beban keluarga (*famiyl burden*) terhadap efek gangguan jiwa pada keluarga. Adapun beban yang ditanggung keluarga akibat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa diistilahkan dengan tingkat bencana/malapetaka dari stres (*catastrophic level of stress*). Keluarga akan menunjukkan respon berduka dan trauma. Mereka membutuhkan empati dan dukungan untuk mendapatkan akses perawatan dari tenaga profesional. Teschinsky (1998, dalam Fletcher, 2003) membagi *family burden* ini terdiri dari beban objektif, yaitu tanda dan gejala perilaku yang nyata dialami oleh keluarga seperti defisit perilaku dan motivasi, sulit mengerjakan tugas, tidak mampu mengelola keuangan, masalah perilaku

seksual, percobaan bunuh diri dan penggunaan obat-obatan terlarang, kehilangan kebebasan dan tanggung jawab. Beban subjektif adalah reaksi timbal balik dari anggota keluarga akibat dari beban objektif, yaitu adanya rasa berduka dan kehilangan (Fletcher, 2003).

#### 4. Isolasi Sosial

Pada kenyataannya gangguan jiwa, khususnya psikosis (skizofrenia) didapatkan pada kondisi kronis, dalam arti mengalami gangguan yang cukup lama dan tingkat ketidakmampuan fungsi yang tinggi. Pengertian gangguan jiwa kronis biasanya didasarkan pada tiga aspek, yaitu beratnya gangguan jiwa yang digambarkan melalui diagnosa, misalnya skizofrenia. Kemudian lama gangguan yang biasanya ditentukan melalui lamanya dirawat di rumah sakit dan tingkat kemampuan untuk berfungsi (Dabrowski dan Stanoza, 1988, dalam Keliat, 1996).

Hospitalisasi yang lama menimbulkan konsekuensi kemunduran atau menurunnya fungsi penting dari klien sebagai manusia. Klien akan memperlihatkan gejala hilangnya motivasi dan tanggung jawab, apatis, menghindari atau terganggunya kemampuan dari aktivitas harian dan hubungan sosial (isolasi sosial). Isolasi sosial merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain.

##### a. Pengertian

Isolasi sosial adalah keadaan di mana individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu untuk membuat kontak/hubungan ( Carpenito, 1998). Isolasi sosial merupakan kondisi kesendirian yang dialami oleh individu dan diterima sebagai ketentuan oleh orang lain dan sebagai suatu keadaan yang

negatif atau mengancam ( Townsend, 1998). Klien dengan isolasi sosial berusaha menghindari interaksi dengan orang lain. Individu merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk membagi perasaan, pikiran, prestasi atau kegagalan. Mereka mempunyai kesulitan untuk berhubungan secara spontan dengan orang lain, yang ditunjukkan dengan sikap memisahkan diri, tidak ada perhatian, dan tidak sanggup membagi pengamatan dengan orang lain.

#### b. Etiologi

Walaupun banyak penelitian telah dilakukan pada gangguan yang mempengaruhi hubungan interpersonal, tapi belum ada suatu kesimpulan yang spesifik tentang penyebab gangguan ini. Faktor predisposisi seperti tumbuh kembang dipandang sebagai kesenjangan antara tugas dan tahap perkembangan yang memungkinkan munculnya masalah hubungan interpersonal (Stuart dan Sundeen, 1995). Komunikasi dalam keluarga yang tidak jelas dan faktor sosial budaya seperti norma dan nilai-nilai yang menyudutkan seperti *stigma* dan pandangan negatif terhadap gangguan jiwa menimbulkan risiko isolasi sosial. Kemudian faktor biologis lebih menekankan pada aspek pengaruh defek otak atau cacat lainnya dari tubuh yang menyebabkan individu tidak percaya diri untuk terlibat dalam hubungan dengan orang lain. Sementara faktor presipitasi berhubungan dengan faktor stresor internal dan eksternal seseorang yang menimbulkan ansietas.

### c. Tanda dan Gejala

Kondisi klien dengan isolasi sosial biasanya akan menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain, merasa tidak aman berada dekat dengan orang lain, hubungan yang tidak berarti, bosan, dan merasa lambat menghabiskan waktu. Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, merasa tidak berguna dan tidak yakin dapat melangsungkan hidup. Sementara itu klien juga menunjukkan perilaku banyak diam, tidak spontan dan tidak ada/kurang dalam komunikasi verbal/bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat, tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal serta kontak mata kurang. Klien menunjukkan perilaku kurang sadar terhadap lingkungan sekitar, tidak memperhatikan kebersihan diri, kurang energi dan aktivitas menurun, dan ada keluhan fisik seperti retensi urin dan atau feses (Tim MPKP, 2006).

## **B. Konsep Keluarga**

### **1. Pengertian**

Menurut Reisner (1980, dalam Effendy, 1998), keluarga adalah suatu kelompok yang terdiri dari dua orang atau lebih yang masing-masing mempunyai hubungan kekerabatan yang terdiri dari bapak, ibu, adik, kakak, kakek, dan nenek. Sementara Logan's (1979, dalam Friedman, 2001), mendefinisikan keluarga sebagai sebuah sistem sosial dan sebuah kumpulan beberapa komponen yang saling berinteraksi satu sama lainnya. Pengertian ini mendekati pada konsep sistem, dimana antar komponen di dalamnya terjadi proses hubungan. Senada dengan Logan, Gillis (1983, dalam Friedman, 2001), mengartikan keluarga sebagai sebuah kesatuan yang kompleks dengan atribut

yang dimiliki tetapi terdiri dari beberapa komponen yang masing-masing mempunyai arti sebagaimana unit-unit individu.

Kemudian Duvall, memberi batasan tentang keluarga selain mengandung konsep sistem juga tujuan dari proses kerja sistem dalam keluarga itu seperti tergambar pada definisi berikut, yaitu keluarga merupakan kumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan adopsi, kelahiran yang bertujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, dan sosial dari tiap anggotanya. Sementara Johnson (1992, dalam Friedman, 2001), juga mempunyai pendapat yang hampir serupa dengan Duvall mengenai definisi keluarga, tetapi ia lebih tegas mengatakan selain adanya ikatan emosional dalam keluarga, tiap anggota keluarga mempunyai kewajiban terhadap sesama anggotanya sebagaimana yang terlukiskan dalam batasan berikut, bahwa keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, yang terlibat dalam kehidupan yang terus menerus, yang tinggal dalam satu atap, yang mempunyai ikatan emosional dan mempunyai kewajiban antara satu orang dengan yang lainnya (Friedman, 2001).

Jadi berdasarkan definisi keluarga di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu kumpulan orang yang membentuk suatu kelompok sebagai suatu sistem yang mempunyai ikatan dalam tiap anggotanya. Dalam keluarga terjadi hubungan timbal balik dan kewajiban antara sesama anggota lainnya dalam menjalankan keberlangsungan hidupnya. Sebagai suatu sistem, bilamana ada

salah satu komponen mengalami masalah, maka akan berpengaruh atau dirasakan oleh komponen sistem yang lain.

## 2. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga adalah proses yang berjalan terus menerus melalui perkembangan struktur dan transformasi dalam perjalanan kehidupan keluarga. Dalam tiap tahap perkembangan keluarga memiliki tugas yang harus dilewati atau dijalankan. Menurut Duvall, dkk (1997, dalam Friedman, 2001) tahap perkembangan keluarga meliputi : (1) Membentuk pasangan, yaitu menyatunya dua sistem keluarga melalui perkawinan, (2) pasca pembentukan pasangan, yaitu perencanaan persiapan kelahiran anak, (3) keluarga dengan anak kecil, dimulai dari kelahiran anak pertama hingga anak usia tiga atau empat tahun, (4) keluarga dengan anak usia pra sekolah, dimulai saat anak menginjak usia lebih dari tiga tahun sampai siap memulai sekolah, (5) keluarga dengan anak usia sekolah, dimulai ketika anak mulai masuk sekolah dasar sampai anak mencapai usia remaja, (6) keluarga dengan anak remaja (adolescen), dimulai ketika anak mencapai usia 13 dan berlanjut sampai remaja, (7) pelepasan, keluarga dengan anak dalam proses pemisahan, dimulai saat anak-anak meraih kemandirian fisik, emosi, spiritual dan finansial, (8) konsolidasi dan kontraksi, keluarga dengan remaja lanjut, dimulai dengan pelepasan anak bungsu dan seterusnya sampai pemisahan saat dewasa, (9) akhir hubungan dan kehilangan, keluarga dengan anggota yang telah menginjak usia dewasa tua.

Tahap-tahap perkembangan pada keluarga dalam perjalanannya tidak tegas batasan antar satu tahap dengan tahap lainnya. Sebagai contoh tahap perkembangan keluarga Duvall, pada sumber lain ada yang digabungkan antara tahap pertama dan kedua. Sementara ahli lain mengajukan konsep tahap perkembangan tidak sebanyak yang diajukan oleh Duvall, sebagai contoh adalah konsep yang diajukan oleh Carter dan Mc.Goldrick. Sudut pandang orientasinya juga berbeda, bila Duvall memandang pada perspektif sosiologik (*sociological perspective*), maka Carter and Mc.Goldrick (1991, dalam Friedman, 2001) mengacu pada terapi keluarga (*family therapy perspective*). Tahap perkembangan keluarga menurut Carter and Mc.Goldrick meliputi : (1) seputar keluarga, yaitu proses yang mengarah pada pembentukan keluarga, (2) bersatunya keluarga melalui perkawinan, (3) keluarga dengan anak muda, mulai dari kanak-kanak hingga usia sekolah, (4) keluarga dengan adolescen, (5) pelepasan, (6) keluarga usia lanjut (Friedman, 2001).

Setiap tahap perkembangan mempunyai tugas perkembangan yang berbeda-beda. Walaupun dalam kenyataannya tahap perkembangan tidak dengan tegas mesti ada, tetapi para ahli sepakat pada tiap tahap perkembangan, keluarga akan menjalankan atau mengalami tugas perkembangan tertentu, karena bilamana ada tugas perkembangan pada tahap perkembangan tertentu tidak dapat berjalan dengan baik memungkinkan timbul masalah di masa yang akan datang. Sebagai contoh pada tahap perkembangan masa bayi sesuai dengan konsep tahap perkembangan Eric Ericson adalah masa dimana seseorang mengembangkan rasa percaya pada diri dan lingkungan (*trust and mistrust*), bilamana hal ini tidak tercapai tidak menutup kemungkinan individu akan mengalami masalah

dalam hal sosialisasi atau berhubungan dengan orang lain (Kaplan & Sadock, 1997).

### 3. Peran dan fungsi keluarga

Fungsi keluarga menggambarkan bagaimana peran anggota keluarga dalam melakukan interaksi antara satu anggota dengan anggota yang lainnya, dimana dinamika sistem antar anggota keluarga melakukan hubungan dalam kehidupan sehari-hari. Karakteristik fungsi keluarga menurut Beavers (1977, dalam Haber, 1992) meliputi :

- a. adanya pola komunikasi
- b. kemampuan menemukan kebutuhan fisik, mental, dan sosial
- c. resposibilitas individu dalam kebutuhan keluarga
- d. masalah pekerjaan
- e. fleksibilitas peran
- f. keutuhan/kesatuan keluarga
- g. keterlibatan dalam komunitas
- h. kemampuan menyelesaikan masalah
- i. kemampuan manajemen stres

Fungsi keluarga menurut WHO (1978, dalam Effendy,1998), meliputi :

- a. Fungsi biologis, yaitu fungsi untuk meneruskan keturunan, memelihara dan membesarkan anak, memenuhi kebutuhan gizi keluarga, memelihara dan merawat anggota keluarga yang sedang mengalami masalah kesehatan
- b. Fungsi psikologis, fungsi dalam memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian di antara anggota keluarga, membina pendewasaan

kepribadian anggota keluarga, memberikan identitas keluarga berkembang menjadi pribadi yang dinamis dan selaras

- c. Fungsi sosialisasi, yaitu fungsi dalam membina sosialisasi pada anak, membina norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, meneruskan nilai-nilai keluarga dalam kehidupan sosial yang menjadi identitas dan menjadi bagian dari budaya masyarakat
- d. Fungsi ekonomi, yaitu fungsi keluarga dalam hal mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, pengaturan dan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang, misalnya pendidikan anak, jaminan hari tua.
- e. Fungsi pendidikan, menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki. Mempersiapkan anak untuk kehidupan masa dewasa yang akan datang dalam memenuhi perannya sebagai orang dewasa, dan mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

Sedangkan fungsi keluarga menurut Friedman (1998) meliputi :

- a. Fungsi sosialisasi peran, yaitu proses perubahan dan perkembangan individu untuk menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan fungsi dan peran di masyarakat, sasaran untuk kontak sosial di dalam atau di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, yaitu fungsi yang menjamin kelangsungan generasi dan kelangsungan hidup bermasyarakat.
- d. Fungsi ekonomi, yaitu fungsi dalam memenuhi kebutuhan tiap anggota keluarga, menambah penghasilan keluarga sampai dengan pengalokasian dana

- e. Fungsi perawatan kesehatan, fungsi dalam hal mengenal konsep sehat sakit keluarga, pengetahuan dan keyakinan tentang sakit, tujuan kesehatan keluarga, dan keluarga mandiri

Peran dan fungsi keluarga dapat berubah atau terpengaruh keseimbangannya manakala terdapat masalah pada salah satu anggota keluarga, sebagai contoh adanya masalah kesehatan. Masalah kesehatan bagi keluarga merupakan dampak yang serius bagi tiap-tiap anggota keluarga untuk dapat menyesuaikan diri terhadap masalah yang terjadi. Pada kondisi seperti ini keluarga dituntut untuk menemukan fleksibilitas perannya guna untuk mensiasati dan menyusun rencana strategi dalam rangka menyelesaikan masalah kesehatan bagi anggota keluarganya. Keluarga mempunyai kewajiban melakukan lima tugas kesehatan bagi anggota keluarganya menurut Bailon dan Maglaya (1978, dalam Keliat, 1996) sebagai berikut, 1) mengenal masalah kesehatan, 2) membuat keputusan tindakan kesehatan, 3) memberi perawatan pada anggota keluarganya, 4) menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan 5) menggunakan sumber yang ada dalam masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan.

### **C. Keperawatan Jiwa**

ANA (American Nurses Association) mendefinisikan keperawatan jiwa sebagai suatu bidang spesialisasi praktek keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya (Stuart and Sundeen, 1998). Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang memberikan sumbangsih pada fungsi-fungsi manusia yang terintegrasi.

Pasien atau sistem klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Intervensi keperawatan diarahkan pada kemampuan klien dan keluarganya sebagai *support system* yang paling dekat dengan klien. Intervensi keperawatan diarahkan baik pada individu atau keluarga sebagai bagian dari sistem klien. Tingkat dan tahapan intervensi diberikan sesuai tingkat kemandirian dan kebutuhan klien memenuhi terapi dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Intervensi generalis diberikan terhadap semua masalah klien pada saat pertama klien membutuhkan pertolongan atau bantuan terapis. Bilamana tahap ini telah dilalui, tetapi dirasakan dan melalui pengkajian masih dibutuhkan bantuan penyelesaian masalah, maka tahap berikutnya terapi spesialisik dapat diberikan. Berikut ini bentuk terapi generalis hingga spesialis bagi klien dengan masalah isolasi sosial :

1. Intervensi untuk klien, yaitu intervensi dengan tujuan untuk membantu klien mampu berinteraksi dengan orang lain yaitu membina hubungan saling percaya, membantu klien menyadari tentang perilaku isolasi sosialnya, dan melatih klien untuk berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.
2. Intervensi pada keluarga, yaitu intervensi dengan tujuan agar keluarga mampu merawat klien dengan isolasi sosial (menarik diri) yang meliputi penjelasan pada keluarga tentang masalah isolasi sosial dan dampaknya, penyebab isolasi sosial, sikap keluarga terhadap klien. Menjelaskan pentingnya minum obat dan informasi fasilitas kesehatan dan tempat rujukan yang tersedia. Kemudian melatih keluarga dalam merawat klien, misalnya memperagakan cara berkomunikasi secara bertahap dengan klien, melibatkan klien dalam

kegiatan rumah tangga. Selanjutnya cara memberikan pujian atas keberhasilan klien yang mampu berkomunikasi.

### 3. Terapi Spesialis

Terapi spesialis yang dapat diberikan pada klien dengan masalah isolasi sosial terdiri dari tingkat individu, yaitu *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), *Cognitive Therapy* (CT), *Social Skill Training* (SST). Pada tingkat keluarga dapat diberikan terapi Komunikasi, Psikoedukasi keluarga dan pada tingkat kelompok dapat diberikan *Logoterapi*.

- a. *Cognitive Therapy*, memberikan dasar berfikir pada pasien untuk mengekspresikan perasaan negatif, memahami adanya masalah, mampu untuk mengatasi perasaan negatif dan mampu memecahkan masalahnya .

Proses kognitif merupakan pikiran kita, yang termasuk dalam ide-ide atau gagasan kita, gambaran mental, keyakinan dan sikap (Westermeyer,2007). Terapi ini membantu pasien untuk memahami pola pikir sekarang dalam hal tertentu, mengidentifikasi ide-ide yang berbahaya, yang tidak bermanfaat dan salah, yang dapat mempercepat adanya masalah kesehatan atau membuat kondisi menjadi buruk.

- b. *Cognitive Behaviour Therapy*, ini merupakan gabungan *Cognitive Therapy* dan *Behaviour therapy*. Keduanya sering dikombinasikan karena bagaimana cara kita berperilaku, sering merefleksikan atau mencerminkan bagaimana kita berfikir tentang hal-hal dan situasi tertentu. *Cognitive Behaviour Therapy* merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang menjadi dasar bagaimana kita berfikir, bagaimana perasaan kita dan bagaimana kita bertingkah laku dalam setiap interaksi

dengan pasien . Oleh karena itu pikiran negatif dan tidak realistis dapat menyebabkan kita stress dan menimbulkan masalah. Perhatian dari aspek kognitif dan perilaku dapat mengubah ketergantungan pada kondisi yang menyenangkan.

- c. *Social Skill Training*, terapi ini didasarkan pada keyakinan bahwa ketrampilan dapat dipelajari dan oleh karena itu dapat dipelajari bagi seseorang yang tidak memilikinya (Stuart & Laraia, 2005). Dari pengertian tersebut, *social skills training* diartikan sebagai imitasi dan proses belajar (Bandura, 1971 dalam Fortinash, 2003). Stuart dan Laraia (2005) mengatakan bahwa prinsip untuk mendapatkan ketrampilan *social skill training* meliputi bimbingan, demonstrasi, praktek dan umpan balik. Bimbingan dan demonstrasi biasanya digunakan pada tahap awal *treatment* yang kemudian diikuti praktik dan umpan balik. Secara khusus ada empat tahapan yang dapat dikembangkan dalam *social skills training* menurut Stuart dan Laraia (2005) yaitu, pertama menggambarkan perilaku baru untuk dipelajari dengan cara memberikan bimbingan kepada klien yang mengalami inkompetensi sosial, kedua mempelajari perilaku baru dengan menggunakan bimbingan dan demonstrasi, ketiga mempraktikkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik, dan keempat memindahkan perilaku baru dalam lingkungan.
- d. Psikoedukasi keluarga, atau *Family psychoeducation therapy* adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik.

Program *psychoeducational* merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart and Laraia, 2005).

Terapi Psikoedukasi keluarga dirancang terutama untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan tehnik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku, serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri.

Tujuan umum dari terapi psikoedukasi keluarga adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah.

Secara umum tujuan khusus dari *family psychoeducation* adalah untuk meningkatkan pengetahuan anggota keluarga tentang penyakit dan pengobatan, memberikan dukungan kepada keluarga dalam upaya menurunkan angka kekambuhan, mengembalikan fungsi pasien dan keluarga, melakukan penelitian yang berkelanjutan tentang perkembangan keluarga, dan melatih keluarga untuk lebih bisa mengungkapkan perasaan, bertukar pandangan antar anggota keluarga dan orang lain.

- e. Logotherapy, adalah penggunaan tehnik untuk menyembuhkan atau mengurangi atau meringankan krisis eksistensial, melalui penemuan makna hidup. Logoterapi dilaksanakan dalam bentuk konseling dan beorientasi pada pencarian makna hidup individu. Tujuan logoterapi meningkatkan makna pengalaman hidup individu yang diarahkan kepada pengambilan keputusan yang bertanggung jawab. Pada logoterapi, individu diajarkan tetap bersikap positif, dan memetik makna dalam kondisi yang paling sulit, untuk dapat hidup lebih baik.

#### D. Konsep *Self Care* Orem

Konsep *self care* dikembangkan pertama oleh Dorothea E. Orem pada tahun 1959. *Self care* mengandung makna kemampuan individu menolong dirinya sendiri dalam konteks perawatan. Ketika individu tidak mampu menolong dirinya, maka datanglah perawat sebagai “pribadi lain” (*another self*) memberi bantuan (George, 1990). Pada 1971, buku edisi keduanya Orem mengembangkan sistem klien dari individu ke arah *multiperson* yang meliputi keluarga, kelompok, dan komunitas.

Secara umum teori Orem meliputi 1) *self-care*, 2) *self-care deficit*, dan 3) *nursing system*. Teori *self care* terdiri dari konsep *self care*, *self care agency*, dan *therapeutic self care demand* yang disebut sebagai *self care requisites*. *Self care agency* atau *self care abilities* adalah kemampuan manusia menerapkan kapasitas *self care*. Kemampuan ini dipengaruhi oleh kondisi seperti umur, status perkembangan, pengalaman, sosiobudaya, kesehatan, dan terdapatnya sumber pendukung (George, 1990). Dalam konteks ini kemampuan yang dimaksud adalah pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dengan masalah keperawatan isolasi sosial. Kemampuan keluarga sesuai lima tugas keluarga menurut Bailon dan Maglaya yang meliputi pengetahuan mengenal masalah isolasi sosial, mengambil keputusan untuk merawat klien, melakukan perawatan klien, memodifikasi lingkungan yang dapat menunjang kesehatan, dan menggunakan sumber-sumber yang ada di masyarakat. Bilamana *self care abilities* ini mengalami penurunan yang dapat disebabkan oleh kondisi tertentu misalnya sakit atau mengalami gangguan jiwa, maka klien atau keluarga pada kondisi ini sedang mengalami

masalah atau berada pada kondisi yang mempunyai kebutuhan atau disebut *therapeutic self care demand*. Interaksi antara *self care abilities* dan *therapeutic self care demand* akan memunculkan suatu kondisi yang disebut *self care deficit*, yaitu kondisi yang menjelaskan kapan keperawatan dibutuhkan, yaitu ketika berkurangnya kemampuan untuk memenuhi kebutuhan *self care* atau ketergantungan dalam perawatan diri, dalam hal ini ketidakmampuan keluarga dalam hal pengetahuan merawat klien dengan isolasi sosial. Metode yang dilakukan meliputi 1) bertindak, 2) mengarahkan dan menunjukkan, 3) memberikan dukungan fisik maupun psikis, 4) menjaga lingkungan, dan 5) mengajarkan sesuatu.

Sedangkan *nursing system* adalah sistem pelayanan yang memfasilitasi pemenuhan kebutuhan *self care* individu dan memberikannya secara terapeutik sesuai dengan tingkatan kemampuan klien yang mempunyai keterbatasan (Orem, 1985, dalam Fitzpatrick, 2001). Keterbatasan klien dikategorikan dalam tiga tingkatan yang meliputi *wholly compensatory nursing system*, *partly compensatory nursing*, dan *supportive educative nursing system*. Sementara faktor lain di luar klien juga diperhitungkan sebagai faktor yang dapat mempengaruhi individu dalam memenuhi kebutuhan *self care*-nya. Faktor ini dikenal dengan istilah *conditioning factor*.

**BAB III**  
**KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS**  
**DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Bab ini diterangkan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang menjadi arahan bagi jalannya penelitian.

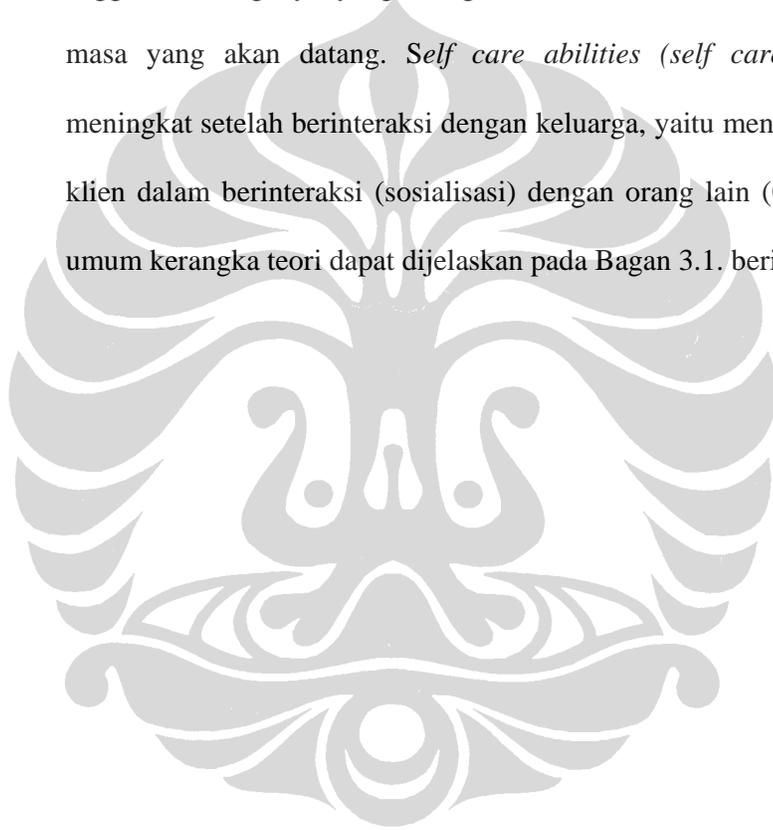
**A. Kerangka Teori**

Kerangka teori disusun berdasarkan teori dan konsep-konsep yang terkait dengan variabel penelitian yang telah tersusun di Bab II. Adapun teori dan konsep yang memayungi kerangka penelitian ini meliputi konsep gangguan jiwa yang meliputi pengertian, mekanisme gangguan jiwa, tanda dan gejala, efek gangguan jiwa pada keluarga, isolasi sosial dan cara merawatnya serta terapi modalitas yang dapat diberikan pada gangguan jiwa pada konteks individu, keluarga dan kelompok.

Keluarga sebagai supra sistem dari klien yang mengalami gangguan jiwa dalam hal ini berperan sebagai subjek *support system* dari klien. Keluarga sesuai dengan *teori self care* dari Orem memiliki kemampuan dasar untuk menolong dirinya atau anggota keluarganya apabila mengalami suatu masalah kesehatan. Kemampuan ini tersimpan sebagai potensi yang dimiliki yang disebut *self care agency*. Apabila kemampuan ini menurun atau terjadi disfungsi dan keluarga tidak mampu lagi menyelesaikan masalah, maka kondisi demikian dapat diartikan sebagai keadaan keluarga yang mempunyai kebutuhan terapeutik dan disebut dengan istilah *therapeutic self care demand*. Kebutuhan ini dapat diperoleh dari sumber lain (*another self*), yaitu tenaga profesional keperawatan

yang bertindak sebagai terapis atau fasilitator yang disebut dengan istilah *nursing agency* (Fitzpatrick, 2001).

Kemampuan yang diperoleh keluarga melalui transfer informasi/pengetahuan dari perawat kesehatan jiwa (*nursing agency*) meningkatkan aspek *self care abilities* (*self care agency*) keluarga, sehingga dapat menolong dirinya dalam arti anggota keluarganya yang mengalami masalah kesehatan saat ini maupun di masa yang akan datang. *Self care abilities* (*self care agency*) klien juga meningkat setelah berinteraksi dengan keluarga, yaitu meningkatnya kemampuan klien dalam berinteraksi (sosialisasi) dengan orang lain (George, 1990). Secara umum kerangka teori dapat dijelaskan pada Bagan 3.1. berikut ini :





## B. Kerangka Konsep

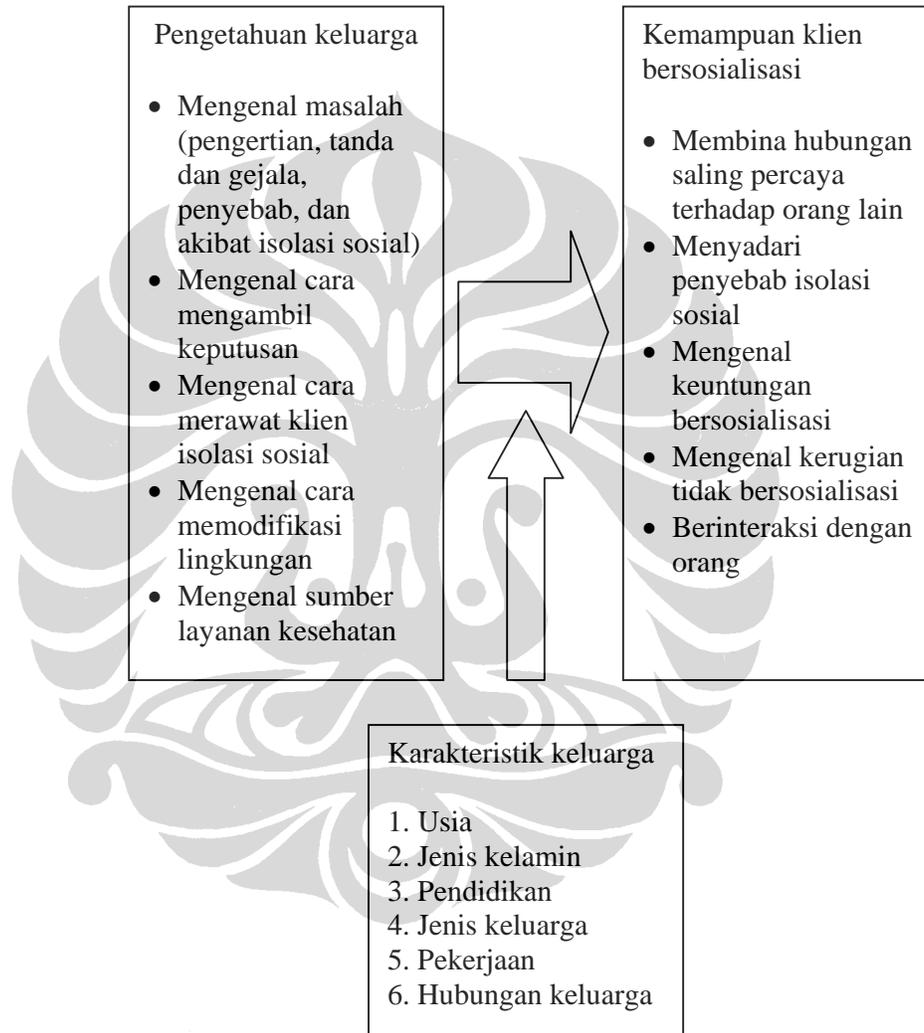
Kerangka konsep disusun berdasarkan atas intisari dari teori yang telah dituangkan dalam tinjauan pustaka pada bab sebelumnya. Kerangka konsep ini memberi gambaran tentang jalannya penelitian, dimana konsep-konsep yang terkait dengan inti penelitian dirangkai dan disusun dalam bentuk bagan kerangka konsep.

Penanganan penderita gangguan jiwa belum memuaskan, hal ini disebabkan ketidaktahuan (*ignorance*) keluarga (Hawari, 2001). Pengetahuan keluarga yang terkait dengan masalah kesehatan khususnya penanganan klien dengan isolasi sosial sangat penting dalam membentuk perilaku sehat yang dapat menciptakan dan memelihara kesehatan. Dalam konteks penelitian ini konsep pengetahuan keluarga sebagai variabel independen, yaitu pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial.

Ketidakmampuan berfungsi secara optimal pada klien yang mengalami gangguan jiwa itu ditandai dengan berbagai macam gejala gangguan jiwa, diantaranya ketidakmampuan untuk melakukan interaksi dengan orang lain atau tidak mampu melakukan kontak dengan orang lain yang disebut dengan istilah isolasi sosial (Sampurno, 2004. <http://www2.kompas.com>). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kemampuan dalam hal bersosialisasi pada klien yang mengalami masalah isolasi sosial.

Secara umum kerangka konsep yang telah dilakukan dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan 3.2. berikut ini :

Skema 3.2 Kerangka Alur Penelitian

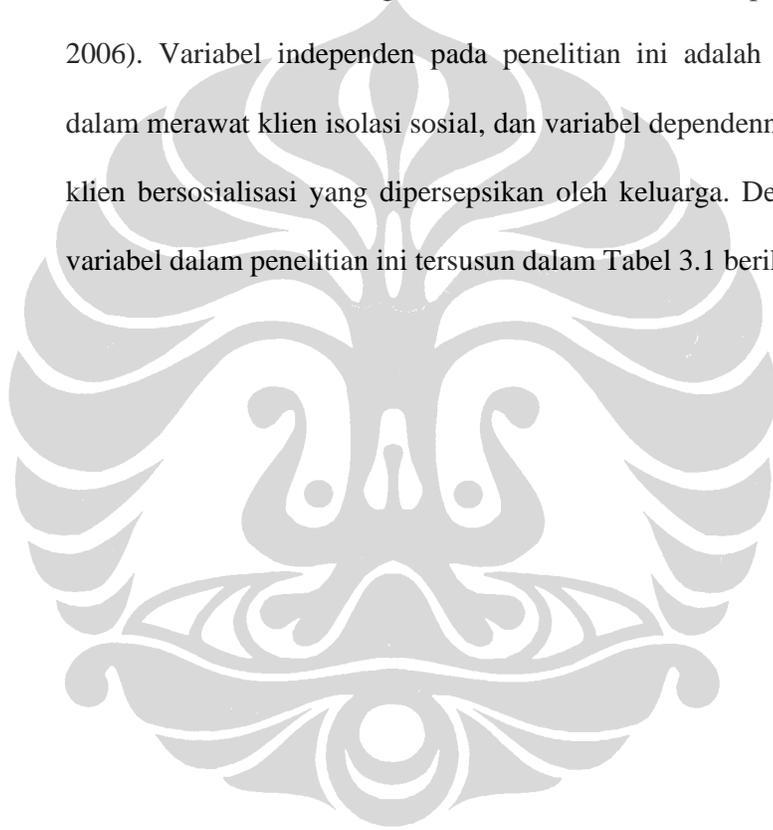


### C. Hipotesis

Ada hubungan pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan bersosialisasi setelah dikontrol variabel *confounding*.

#### **D. Definisi Operasional**

Definisi operasional disusun sebagai panduan untuk memperjelas keberadaan suatu variabel. Variabel merupakan gejala yang menjadi fokus peneliti untuk diamati, yaitu sebagai atribut dari sekelompok orang atau objek yang mempunyai variasi antara satu dengan yang lainnya dalam kelompok itu (Sugiyono, 2000). Dalam praktek penelitian, variabel harus diberi definisi operasional untuk memudahkan dalam mengidentifikasi dan melakukan pengukuran (Zuriah, N, 2006). Variabel independen pada penelitian ini adalah pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial, dan variabel dependennya adalah kemampuan klien bersosialisasi yang dipersepsikan oleh keluarga. Definisi operasional dari variabel dalam penelitian ini tersusun dalam Tabel 3.1 berikut ini :



Tabel 3.1.

Definisi Operasional Variabel Independen, Dependen dan Karakteristik keluarga

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Variabel Independen</b>					
	Pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien isolasi sosial	Pengetahuan keluarga dalam hal memahami masalah isolasi sosial yang meliputi pengertian, ciri-ciri, penyebab, dan dampak isolasi sosial, mengenal cara mengambil keputusan, memahami cara merawat klien isolasi sosial, memahami cara memodifikasi lingkungan, dan mengenal sumber-sumber kesehatan yang ada di masyarakat untuk menolong klien dengan isolasi sosial.	Alat ukur menggunakan kuesioner. Penilaian, memilih jawaban yang benar diantara empat item jawaban. Jawaban benar diberi skor 2 dan jawaban salah diberi skor 1. Terdiri dari 16 pertanyaan bentuk pilihan berganda	Skor dalam Interval jumlah	
<b>Variabel Dependen</b>					
	Kemampuan klien bersosialisasi	Kemampuan klien berhubungan dengan orang lain yang dipersepsi oleh keluarga dengan adanya perilaku klien yang terjalin hubungan saling percaya dengan orang lain, menyadari penyebab perilaku menarik dirinya, dan kemampuan bersosialisasi dengan orang lain.	Alat ukur menggunakan kuesioner. Penilaian,yaitu: 1= tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3=sering, dan 4=selalu. Terdiri dari 19 pernyataan	Skor dalam interval jumlah	

No	Variabel	Definisi operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
<b>Karakteristik keluarga</b>					
1	Usia	Jumlah waktu dalam tahun yang telah ditempuh sampai ulang tahun yang terakhir	Kuisisioner tentang usia responden dalam tahun.	Umur dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Karakteristik fisik yang dimiliki responden berdasarkan ciri-ciri jenis kelamin laki-laki atau perempuan.	Kuisisioner tentang jenis kelamin responden.	1.laki-laki 2.perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Pengakuan secara formal dalam bentuk ijazah tanda tamat belajar pendidikan formal yang ditempuh responden	Kuisisioner tentang pendidikan formal responden	1= SD 2= SMP 3= SMU 4= PT	Ordinal
4	Pekerjaan	Mata pencaharian responden berupa aktivitas pekerjaan yang dijalani saat ini	Kuisisioner tentang pekerjaan responden saat ini	1= Bekerja 2= Tidak bekerja	Nominal
5	Jenis keluarga	Hubungan kekeluargaan responden dengan klien berdasarkan jenis keluarga. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari bapak-ibu-anak	Kuisisioner tentang hubungan responden dengan klien	1= keluarga inti 2=bukan keluarga inti	Nominal
6	Hubungan keluarga	Hubungan kekerabatan responden dengan klien dalam lingkup keluarga, misalnya sebagai ayah atau ibu, dll	Kuisisioner tentang hubungan kekerabatan responden dengan klien	1= orang tua 2= suami 3= istri 4= anak 5= ipar/ keponakan	Nominal

## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian *korelasi*, yaitu penelitian yang melihat hubungan antar variabel. Dua atau lebih variabel diteliti untuk melihat hubungan yang terjadi di antara mereka tanpa mencoba untuk mengubah atau mengadakan perlakuan terhadap variabel tersebut (Kountur, 2007). Rancangan penelitian yang digunakan adalah model *cross-sectional* atau pendekatan silang, yaitu model pengumpulan data antara pengetahuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial sebagai variabel independen dan kemampuan klien bersosialisasi sebagai variabel dependen yang dilakukan sekaligus (Arikunto, 2006).

#### B. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2000). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga yang mempunyai anggota keluarga gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso yang tercatat sebesar 148 responden.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi dan merupakan representasi dari populasi ( Kountur, 2007). Sampel juga merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dapat mewakili populasi ( Sastroasmoro, 2008). Jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah *total sampling* di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia 18 – 60 tahun
- b. Pendidikan minimal SD
- c. Mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial
- d. Warga di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan dan bersedia menjadi responden penelitian
- e. Berperan dalam merawat klien

Penelitian ini telah meneliti sebanyak 78 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial, dengan perincian di Kelurahan Nangkaan sebanyak 13 responden, Kelurahan Kembang delapan responden, Kelurahan Badean enam responden, Kelurahan Pancoran sejumlah 20 responden, dan Kelurahan Sukowiryo sebanyak 31 responden.

Terdapat 70 responden yang tidak dapat dijadikan sampel penelitian, yaitu 53 klien berasal dari luar wilayah kerja Puskesmas Nangkaan, 5 sampel

menolak menjadi responden, dan 12 lainnya tidak mengembalikan kuesioner sampai batas pengumpulan data selesai.

Sebelum pengambilan data dilakukan penetapan klien dengan masalah isolasi sosial dengan melakukan wawancara dengan keluarga dan observasi klien terkait karakteristik isolasi sosial sesuai gejala dan tanda klien isolasi sosial. Adapun gejala dan tanda isolasi sosial yang dapat didiskusikan dengan keluarga adalah klien menceritakan perasaan kesepian, ditolak oleh orang lain, merasa tidak aman berada dekat dengan orang lain, hubungan yang tidak berarti, bosan, dan merasa lambat menghabiskan waktu. Klien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, merasa tidak berguna. Sementara itu klien juga menunjukkan perilaku banyak diam, tidak spontan dan tidak ada/kurang dalam komunikasi verbal/bicara, menyendiri, tidak mau berinteraksi dengan orang yang terdekat, tampak sedih, ekspresi datar dan dangkal serta kontak mata kurang, kurang sadar terhadap lingkungan sekitar, tidak memperhatikan kebersihan diri, kurang energi dan aktivitas menurun, dan ada keluhan fisik seperti retensi urin dan atau feses (Tim MPKP, 2006).

Selain kenyataan tersebut di atas, hal lain yang menyangkut sampel adalah data alamat responden yang tercatat di daftar kunjungan pasien di puskesmas kurang jelas, sehingga pencarian alamat responden memerlukan waktu yang cukup banyak. Masalah lain yang ditemui adalah data klien gangguan jiwa yang ada di puskesmas belum sepenuhnya tertata rapi, dengan alasan kurang

tenaga, sementara kondisi masyarakat belum dioptimalkan dengan pemberdayaan masyarakat, misalnya melalui pembentukan kader kesehatan jiwa. Solusi untuk mengurangi penolakan responden diupayakan dengan bantuan petugas puskesmas, sehingga mempercepat terjadinya 'trust' antara pengumpul data dan responden. Sementara yang berkaitan dengan ketidakjelasan alamat responden dengan cara meminta bantuan perangkat desa setempat seperti ketua RT dan kader kesehatan setempat. Teknik ini ternyata dapat menemukan keluarga dengan gangguan jiwa yang sebelumnya tidak tercatat dalam laporan kunjungan di Puskesmas sebagaimana data populasi sebelumnya.

### **C. Tempat Penelitian**

Tempat penelitian di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso, Jawa Timur. Alasan pemilihan tempat penelitian di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan adalah karena wilayah ini cukup dekat dengan ibukota Kabupaten Bondowoso. Puskesmas ini sangat terbuka menerima perubahan baru yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa. Selain alasan tersebut, alasan lain data tentang angka gangguan jiwa khususnya yang mengalami masalah isolasi sosial cukup memadai dan memenuhi syarat inklusi sebagai responden penelitian, dan di wilayah ini belum pernah dilakukan penelitian serupa, yang meneliti tentang pengetahuan keluarga dan hubungannya dengan kemampuan klien bersosialisasi dengan masalah isolasi sosial.

### **D. Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dimulai dari bulan Pebruari sampai Juli 2009. Penelitian dimulai dari kegiatan penyusunan proposal mulai bulan Pebruari sampai tanggal 14 April 2009, lolos kaji etik tanggal 20 April 2009, permohonan ijin penelitian dari fakultas 28 April 2009, ijin penelitian dari Bakesbang Linmas Kabupaten Bondowoso tertanggal 12 Mei 2009, pengumpulan data dimulai dari tanggal 12 Mei 2009 hingga 12 Juni 2009, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian hingga Minggu pertama bulan Juli 2009. Pelaksanaan penelitian ini dimulai pada minggu keempat bulan April sampai Minggu pertama bulan Juli 2009 (jadual penelitian terlampir).

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

Sebelum penelitian dilaksanakan, dilakukan kaji etik oleh Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan dinyatakan lolos kaji etik pada 28 April 2009. Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Dinas Bakesbang Linmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso serta Puskesmas Nangkaan Bondowoso dan ijin penelitian turun tertanggal 12 Mei 2009. Setelah mendapat persetujuan peneliti melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, Puskesmas Nangkaan, Puskesmas Tamanan Bondowoso dan kelurahan serta masing-masing RW dan RT di wilayah tempat pengambilan data. Aspek etik yang harus dijalankan menurut Polit dan Hungler (1999) sebelum penelitian dilaksanakan pada dasarnya meliputi :

##### **1. *Informed Consent***

Dalam *informed consent* peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama maupun sesudah pengumpulan data. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak yang serius, kecuali klien yang merasa tidak berkenan atau menolak, sehingga responden diberi kebebasan untuk tidak menjadi responden dalam penelitian ini. Responden yang bersedia menjadi subjek penelitian diminta untuk menandatangani lembar persetujuan. Responden yang tidak bersedia, maka peneliti tidak memaksakan, dan tetap menghormati hak-hak calon responden.

## **2. Anonimity**

Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner (angket), cukup dengan memberikan kode pada tiap-tiap lembar kuesioner. Hal ini dimaksudkan untuk menjaga kerahasiaan pribadi responden.

## **3. Confidentiality**

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang dilaporkan atau disajikan sebagai hasil dari penelitian. Data yang telah selesai digunakan, yaitu sampai batas waktu tertentu akan disimpan oleh peneliti sebagai hasil penelitian.

## **4. Privacy**

Peneliti menjaga privasi responden dengan menjaga situasi dan kondisi responden agar tetap merasa aman nyaman selama menjadi responden atau pengambilan data penelitian ini. Informasi atau data yang diperoleh tidak dipublikasikan kepada orang lain, tetapi hanya untuk kepentingan penelitian ini saja. Responden yang merasa tidak aman/ nyaman selama penambilan data misalnya responden merasa tertekan, responden bisa mengajukan keberatan dan mencabut persetujuannya untuk menjadi responden penelitian.

## F. Alat Pengumpulan Data

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

**Instrumen A:** merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: nomor responden, alamat, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan jenis keluarga. Instrumen ini dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan konsep data demografi yang melekat pada diri responden yang diasumsikan dapat menunjukkan hubungan antara variabel dependen yang diteliti. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup, dan responden memberi tanda angka pilihan pada kotak yang tersedia di samping item pilihan, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh responden.

**Instrumen B:** merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur data primer, yaitu pengetahuan keluarga yang diungkapkan responden terkait dengan kemampuan merawat klien gangguan jiwa dengan isolasi sosial. Instrumen ini dikembangkan dengan mengacu pada konsep pengukuran kemampuan kognitif (pengetahuan) yang dikemukakan oleh Gagne yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan ketrampilan kognitif yang diperoleh individu yang mencakup apa saja yang dialaminya sebagai hasil dari persepsi tentang hal-hal yang terjadi atau ada di dalam lingkungan (Sukardi, 1986). Komponen substansi pengetahuan keluarga didasarkan pada konsep- konsep yang terkait dengan faktor predisposisi dan presipitasi klien isolasi sosial (Stuart and Sundeen, 1995) dan konsep *family burden* dari Techinsky yang menggambarkan beban individu dan keluarga terkait dengan masalah isolasi sosial ( Fletcher, 2003). Instrumen terdiri

dari 16 pertanyaan dengan jawaban menggunakan pilihan ganda dengan empat item jawaban. Keluarga diminta menjawab satu pilihan dari empat pilihan yang ada dengan cara memberi tanda ( X ) pada item jawaban yang dipilih. Setiap jawaban benar diberi skor 2 dan jawaban salah diberi skor 1. Pengetahuan keluarga tentang mengenal masalah ada pada nomor 1 s.d. nomor 10, mengenal cara mengambil keputusan nomor 11 dan 12, mengenal cara merawat klien nomor 13 s.d. 16, mengenal cara memodifikasi lingkungan nomor 17 dan 18, dan menggunakan sumber kesehatan di lingkungan pada nomor 19 dan 20. Pertanyaan dalam instrumen kemudian tereduksi menjadi 16 dari 20 pertanyaan melalui uji validitas dan reliabilitas. Pertanyaan yang tereduksi tidak mengurangi isi dari instrumen yang terkait dengan pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien dengan masalah isolasi sosial, karena pertanyaan tersebut sudah terwakili dengan pertanyaan lain. Pertanyaan nomor empat dan lima yang terkait dengan pengetahuan tentang etiologi isolasi sosial telah terwakili dengan pertanyaan nomor tiga, pertanyaan nomor 14 dan 16 yang terkait pengetahuan cara merawat klien isolasi sosial telah terwakili oleh pertanyaan nomor 13 (Kisi-kisi soal dan kunci jawaban terlampir).

**Intstrumen C :** merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan klien bersosialisasi yang dipersepsikan oleh keluarga responden Instrumen ini dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan modul asuhan keperawatan pada pasien dengan isolasi sosial ( Tim MPKP, 2006). Instrumen untuk memperoleh data mengenai kemampuan klien menggunakan kuesioner yang terdiri dari 20 pernyataan yang terdiri dari pernyataan positif, menggunakan skala Likert (1-4), yaitu jika **tidak pernah** melakukan diberi skor 1, **Kadang-kadang** melakukan

diberi skor 2, sering melakukan diberi skor 3 , selalu melakukan diberi skor 4, dengan rentang nilai 20-80. Pertanyaan dalam instrumen kemudian tereduksi menjadi 19 pertanyaan melalui uji validitas dan reliabilitas. Pertanyaan yang tereduksi tidak mengurangi isi dari instrumen yang terkait dengan kemampuan klien berisialisasi, karena pertanyaan tersebut sudah terwakili dengan pertanyaan lain. Pertanyaan nomor delapan yang terkait dengan kemampuan klien mengungkapkan perasaan dan keluhan yang dirasakan telah terwakili dengan pertanyaan nomor enam dan nomor tujuh.(kisi-kisi pertanyaan instrumen terlampir).

#### **Uji Validitas dan Reliabilitas**

Sebelum digunakan instrumen diujicoba. Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan pada kelompok keluarga yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu 30 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Tamanan Kabupaten Bondowoso. Keluarga yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden.

Validitas instrumen diuji dengan menggunakan korelasi *item* dengan total korelasi dengan tingkat signifikansi 0,05 (  $\alpha = 0,05$ ). Bila hasil uji hitung ( $r$  hitung) lebih besar dari uji statistik ( $r$  tabel), maka item kuisisioner adalah valid, tetapi bila hasil uji hitung lebih kecil dari uji statistik maka instrumen tidak valid. Validitas isi pada penelitian ini dilakukan pada kuesioner pengetahuan keluarga dan kemampuan klien bersosialisasi dan ditampilkan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1  
 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen  
 Pengetahuan Keluarga dan Kemampuan Klien Bersosialisasi  
 ( N=30, df = 28)

Item pertanyaan	Jumlah soal awal	Jumlah hasil uji coba	Validitas r tabel (0,36)	Reliabilitas r tabel (0,36)
Pengetahuan keluarga	20	16	0,42 s/d 0,64	r Alpha 0,88
Kemampuan klien	20	19	0,45 s/d 0,82	r Alpha 0,94

Pada uji korelasi *Product Moment* dengan n sampel 30 responden dan  $df = 28$  ( $n-2$ ) didapatkan nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel ( $r$  tabel 0,36), kecuali pada item pertanyaan nomor 4, 5, 14, dan 16, sehingga soal pada nomor tersebut direduksi. Adapun uji reliabilitas yang dilakukan dengan menggunakan teknik Alpha Cronbach terbukti nilai  $r$  Alpha atau  $r$  hasil, yaitu 0,883 lebih besar dari nilai  $r$  tabel (0,36), maka item instrumen dikatakan reliabel. Demikian juga untuk instrumen kemampuan klien, pada uji validitas dihasilkan nilai  $r$  hitung pada tiap-tiap item soal lebih besar dari nilai  $r$  tabel (0,36), kecuali item pernyataan nomor delapan yang  $r$  hitungnya (0,29) lebih kecil dari  $r$  tabel, sehingga soal tersebut direduksi. Sedangkan uji reliabilitas untuk kemampuan klien didapatkan hasil  $r$  Alpha (0,94) lebih besar dari  $r$  tabel, sehingga instrumen dikatakan reliabel. Suatu instrumen penelitian disebut reliabel/dapat dipercaya apabila instrumen tersebut konsisten dalam memberikan penilaian atas apa yang diukur (Kountur, 2007).

#### G. Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian ini telah dilaksanakan melalui dua tahapan yang dijalankan secara serentak dengan langkah-langkah sebagai berikut :

## 1. Persiapan administratif

Sebelum penelitian dilakukan peneliti terlebih dahulu mengajukan permohonan uji etik kepada Komisi Etik FIK Universitas Indonesia, kemudian setelah dinyatakan lulus kaji etik dilanjutkan dengan pelaksanaan pengumpulan data pada subjek penelitian. Kegiatan ini dimulai pada minggu kedua bulan Mei 2009 peneliti mengurus surat perizinan pada Dinas Bakesbang Linmas yang terbit pada 12 Mei 2009 dan Dinas kesehatan Kabupaten Bondowoso serta Puskesmas Nangkaan dan kelurahan yang terkait. Minggu kedua bulan Mei 2009 melakukan koordinasi dengan Puskesmas Nangkaan, khususnya penanggungjawab kesehatan jiwa masyarakat dan keluarga dari klien gangguan jiwa dari wilayah RT dan RW Kelurahan setempat. Sebelum pengumpulan data dilakukan kerjasama dengan perawat puskesmas dan mahasiswa Fikes Universitas Muhammadiyah Jember sebagai pengumpul data, dengan didahului pengarahan dalam rangka penyamaan persepsi guna untuk menghindari risiko bias dari data.

## 2. Pelaksanaan kegiatan

Tahapan pelaksanaan pengambilan data penelitian dilakukan dalam minggu kedua bulan Mei 2009. Pelaksanaan kegiatan ini meliputi :

- a. Penjelasan tentang maksud dan tujuan serta manfaat penelitian. Keluarga diberi kesempatan untuk bertanya tentang hal-hal yang belum dipahami.
- b. Setelah penjelasan usai, dilanjutkan dengan penandatanganan persetujuan menjadi responden penelitian (*informed consent*). Responden diberikan kebebasan untuk ikut atau tidak berperan serta dalam penelitian ini.
- c. Setelah *informed consent* ditandatangani, selanjutnya dilakukan pengambilan data pada responden, dalam hal ini salah satu anggota

keluarga diberi lembar instrumen. Sebelum mengisi instrumen/kuisisioner, keluarga diberikan penjelasan tentang cara mengisi kuisisioner, yaitu instrumen A berisi pertanyaan yang berkaitan dengan data karakteristik keluarga dengan cara memberikan tanda angka pada kotak disamping pertanyaan sesuai opsi pilihan, instrumen B berisi pertanyaan yang berkaitan dengan pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dengan isolasi sosial, keluarga menjawab dengan memberi tanda (X) pada salah satu dari keempat opsi pilihan jawaban, dan instrumen C berisi tentang kemampuan klien dalam hal bersosialisasi, dengan cara memberikan tanda (√) pada kolom pilihan sesuai dengan pernyataan.

- d. Keluarga diingatkan untuk mengisi kuisisioner dengan lengkap. Setelah kuisisioner diisi, selanjutnya diteliti kembali tiap lembar instrumen untuk memastikan bahwa tiap kuisisioner telah diisi dengan lengkap
- e. Ketika keluarga mengisi kuisisioner didampingi oleh petugas untuk memberikan kesempatan keluarga bertanya tentang hal yang tidak jelas.

### **I. Analisis Data**

Kegiatan analisis data terdiri dari pengolahan data dan analisis data. Pengolahan data penelitian meliputi empat tahapan pengolahan data ( Hastono, 2007):

1. *Editing*, yaitu kegiatan memeriksa ulang isian formulir atau kuisisioner yang mencakup kelengkapan pengisian jawaban, kejelasan dan relevansi, dan konsistensi pertanyaan yang berkaitan dengan jawaban.
2. *Coding*, kegiatan pemberian kode pada setiap jawaban melalui konversi ke dalam angka-angka sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.

3. *Processing*, setelah kuisioner terisi penuh dan benar, dan sudah diberi kode, maka data diproses untuk bisa dianalisa sesuai tujuan penelitian. Pemrosesan data dilakukan dengan meng-*entry* data ke program komputer
4. *Cleaning*, yaitu kegiatan memeriksa kembali data yang telah dimasukkan dalam komputer untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan baik pada waktu pemberian kode maupun pemberian skor data. Cara membersihkan data dengan mendeteksi *missing data*, mengetahui variasi dan konsistensi data. Setelah semua data dibersihkan maka data siap dianalisa.
- Tahap selanjutnya adalah menganalisa data yang telah ada dalam komputer. Analisis data dilakukan untuk menjawab tujuan penelitian yang dicapai. Analisis data dilakukan meliputi analisis univariat, bivariat, dan multivariat.

a. Analisa Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mengetahui gambaran karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono,2001). Analisis univariat pada penelitian ini tergambar pada tabe 4.2 berikut ini :

Tabel 4.2.  
Analisis univariat variabel penelitian

Variabel	Jenis uji/tampilan
<b>Variabel independen</b> Pengetahuan keluarga	Mean , median, standar deviasi
<b>Variabel dependen</b> Kemampuan klien	Mean , median, standar deviasi
<b>Variabel konfonding</b> 1.Umur	Mean , median, standar deviasi
2. Jenis kelamin	Frekuensi, persentase
3. Jenis keluarga	Frekuensi, persentase
4. Pekerjaan	Frekuensi, persentase
5. Pendidikan	Frekuensi, persentase
6. Hubungan keluarga	Frekuensi, persentase

### b. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dengan kemampuan klien bersosialisasi. Analisis untuk mengetahui hubungan dua variabel ini menggunakan Korelasi *Pearson Product Momment*. Analisis bivariat juga dilakukan pada karakteristik keluarga, untuk mengetahui hubungan antara karakteristik keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi. Analisis dapat dilihat pada tabel 4.3. berikut :

Tabel 4.3.

Analisis bivariat variabel independen, dependen dan karakteristik keluarga

Variabel independen	Variabel dependen	Uji/analisis
Pengetahuan keluarga	Kemampuan klien	Korelasi Pearson product momment
<b>konfounding</b>	Kemampuan klien	Korelasi Pearson product momment
1. Umur	Kemampuan klien	Uji T independen
2. Jenis kelamin	Kemampuan klien	Uji T independen
3. Jenis keluarga	Kemampuan klien	Uji T independen
4. Pekerjaan	Kemampuan klien	Uji T independen
5. Pendidikan	Kemampuan klien	Anova
6. Hubungan keluarga	Kemampuan klien	Anova

### c. Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen (Hastono, 2007). Variabel independen adalah pengetahuan keluarga dalam merawat klien dan beberapa variabel lainnya terkait dengan karakteristik keluarga yang meliputi umur, jenis kelamin, jenis keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan keluarga. Sedangkan variabel dependennya adalah kemampuan klien bersosialisasi pada klien

dengan isolasi sosial di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso. Analisis multivariat yang dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian ini dengan menggunakan Regresi linier ganda yang meliputi tahap-tahap sebagai berikut :

1). Pemodelan (seleksi bivariat)

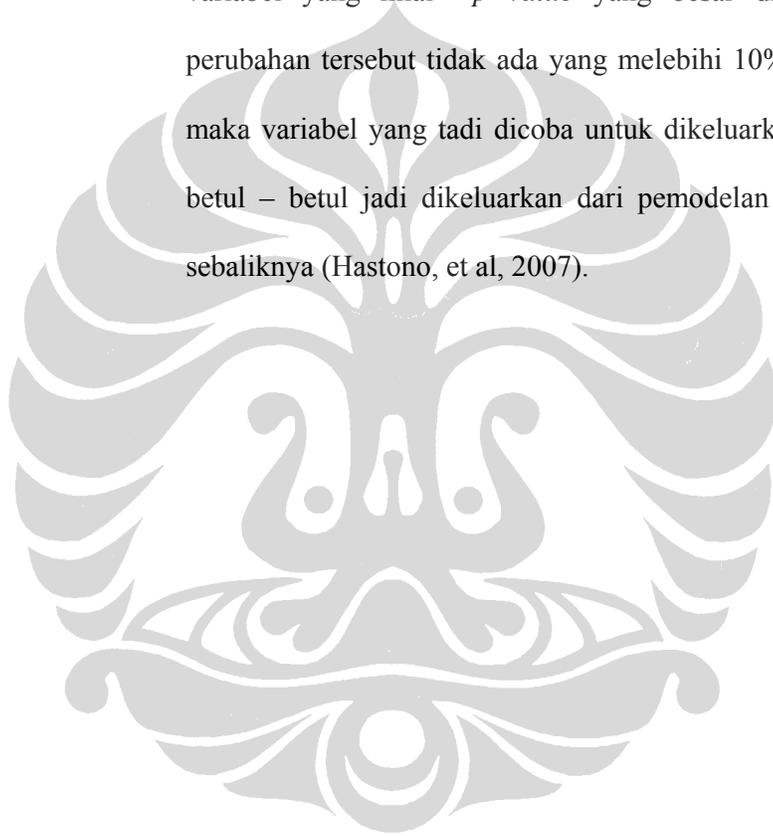
Seleksi bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai nilai  $p$  ( $p$  value)  $< 0,25$ . Namun bila ada variabel yang nilai  $p$  ( $p$  value)  $> 0,25$  tetapi karena secara substansi sangat penting berhubungan dengan variabel dependen, maka variabel tersebut dapat diikutkan dalam model multivariat (Hastono, 2007). Uji yang digunakan pada analisis bivariat tergantung dari variabel yang digunakan ( dapat dilihat pada analisis bivariat sebelumnya).

2). Pemodelan multivariat

Setelah seleksi bivariat selesai, tahap selanjutnya adalah melakukan analisis multivariat secara bersama-sama. Variabel yang *valid* dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai  $p$  value  $< 0,05$ . Bila dalam model multivariat dijumpai variabel yang  $p$  valuenya  $> 0,05$ , maka variabel tersebut harus dikeluarkan dari model. Pengeluaran variabel dilakukan tidak serempak, melainkan bertahap satu persatu dimulai dari  $p$  value yang terbesar.

Setelah variabel yang nilai  $p$  valuenya  $> 0,05$  dikeluarkan, kita lihat dulu apakah setelah variabel tersebut dikeluarkan, ada perubahan besar

untuk nilai *R Square* dan *Coef. B* ( berubah lebih dari 10%). Bila ada perubahan yang besar, maka variabel tersebut tidak jadi dikeluarkan dari model ( artinya tetap dipertahankan dalam model). Nilai *R Square* dapat dilihat pada *Model Summary* pada kolom *R Square*. Sedangkan nilai *coeffisient B* dapat dilihat dengan cara membandingkan perubahan *coeffisient B* semua variabel antara sebelum dan sesudah variabel yang nilai *p value* yang besar dikeluarkan. Bila nilai perubahan tersebut tidak ada yang melebihi 10%, artinya relatif tetap, maka variabel yang tadi dicoba untuk dikeluarkan (*p value* > 0,05 ), betul – betul jadi dikeluarkan dari pemodelan multivariat, demikian sebaliknya (Hastono, et al, 2007).



## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan secara lengkap hasil penelitian analisis hubungan antara pengetahuan keluarga dalam merawat klien bermasalah isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso pada tanggal 12 Mei sampai 12 Juni 2009. Hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian dengan pendekatan analisis univariat, bivariat, dan multivariat yang diuraikan sebagai berikut.

#### **A. Karakteristik Keluarga Dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa dengan Isolasi Sosial**

Karakteristik keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang mengalami masalah isolasi sosial yang menjadi responden dalam penelitian ini meliputi variabel umur, hubungan responden dengan klien, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, dan jenis keluarga responden.

##### **1. Umur responden**

Karakteristik keluarga, yaitu umur responden ditampilkan dalam variabel numerik dan dianalisis menggunakan analisis deskriptif univariat dan disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.  
Distribusi Rata-rata Umur Responden Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan  
Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Umur responden	78	36,41	35,00	10,88	19 - 60	33,96-38,86

Hasil analisis pada tabel 5.1 diketahui bahwa dari 78 responden rata-rata berumur 36,41 tahun dengan standar deviasi 10,88 tahun, umur termuda 19 tahun dan tertua 60 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur responden adalah di antara 33,96 tahun sampai dengan 38,86 tahun. Bila dilihat dari angka rata-rata umur responden, artinya sebagian besar umur responden termasuk kategori usia dewasa dan berdistribusi normal ( nilai skewness dibagi SE = 1,82, yaitu < 2).

## 2. Hubungan keluarga, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, dan jenis keluarga

Karakteristik responden (keluarga) adalah hubungan keluarga ipar/keponakan (38,5 %), pendidikan keluarga SD (51,3 %), bekerja (73,1 %), jenis kelamin laki-laki (64,1 %), dan keluarga inti (59,0 %). Secara rinci distribusi frekuensi responden tertuang dalam tabel 5.2

Tabel 5.2  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan keluarga,  
Pendidikan, Pekerjaan, Jenis Kelamin, dan Jenis Keluarga  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

No	Karakteristik keluarga	Frekuensi	Persentase
<b>Hubungan keluarga</b>			
1	orang tua	7	9.0
2	suami	4	5.1
3	istri	11	14.1
4	anak	26	33.3
5	Ipar/ keponakan	30	38.5
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>
<b>Pendidikan</b>			
1	SD	40	51.3
2	SMP	21	26.9
3	SMU	14	17.9
4	Perguruan Tinggi	3	3.8
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>
<b>Pekerjaan</b>			
1	Bekerja :	58	73,1
2	Tidak bekerja :	20	26,9
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>
<b>Jenis kelamin</b>			
1	Laki-laki	50	64.1
2	Perempuan	28	35.9
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>
<b>Jenis keluarga</b>			
1	Keluarga inti	46	59.0
2	Bukan keluarga inti	32	41.0
	<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

## B. Pengetahuan Keluarga Dalam Merawat klien Dengan Isolasi Sosial

Pengetahuan keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa yang mempunyai masalah isolasi sosial ditampilkan dalam variabel numerik dan dianalisis menggunakan analisis deskriptif dan disajikan pada tabel 5.3 berikut ini. Hasil analisis pada tabel 5.3 diketahui bahwa rata-rata pengetahuan keluarga adalah 25,04 dengan standar deviasi 3,84. Bila dilihat dari hasil bagi nilai

Skewness (0,282) dan standar error (0,272) adalah sebesar 1,04 ( $\leq 2$ ), artinya data berdistribusi normal.

Tabel 5.3.  
Distribusi Rata-rata Skor Pengetahuan Keluarga  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pengetahuan keluarga	78	25,04	24,00	3,84	17 32	24,17 25,90

Berdasarkan komponennya distribusi skor pengetahuan keluarga tentang isolasi sosial meliputi lima komponen, yaitu mengenal masalah isolasi sosial berdistribusi normal ( $p$  value  $> 0,05$ ), sementara kemampuan mengambil keputusan, merawat klien, memodifikasi lingkungan, dan memanfaatkan fasilitas kesehatan tidak berdistribusi normal ( $p$  value  $< 0,05$ ). Secara umum pengetahuan keluarga tentang isolasi sosial baik. Pengetahuan keluarga berdasarkan komponennya ditampilkan pada tabel 5.4 berikut.

Tabel 5.4.  
Distribusi frekuensi Skor Pengetahuan Keluarga Berdasarkan komponen  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

No.	Komponen	Kategori	Frek.	%
1	Mengetahui masalah	Baik ( $\geq 12,86$ )	54	69,2
		Kurang baik ( $\geq 12,86$ )	24	30,8
2	Mengambil keputusan	Baik ( $\geq 3,00$ )	47	60,3
		Kurang baik ( $\geq 3,00$ )	31	39,7
3	Merawat anggota keluarga	Baik ( $\geq 3,00$ )	66	84,6
		Kurang baik ( $\geq 3,00$ )	12	15,4
4	Menciptakan lingkungan	Baik ( $\geq 3,00$ )	51	65,4
		Kurang baik ( $\geq 3,00$ )	27	34,6
5	Memanfaatkan fasilitas	Baik ( $\geq 3,00$ )	63	80,8
		Kurang baik ( $\geq 3,00$ )	15	19,2

### C. Kemampuan Klien Dengan Isolasi Sosial Dalam Bersosialisasi

Kemampuan klien dengan isolasi sosial dalam hal bersosialisasi dengan lingkungan keluarga dan sekitarnya ditampilkan dalam variabel numerik dan dianalisis menggunakan analisis deskriptif dan disajikan pada tabel 5.4 berikut ini

Tabel 5.5.  
Distribusi Rata-rata Kemampuan Klien Bersosialisasi  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

Variabel	N	Median	Min-Maks	95% CI
Kemampuan klien	78	33,00	22 62	33,97 38,42

Tabel 5.5. memperlihatkan skor kemampuan klien dalam hal bersosialisasi, nilai median 33,00 dengan nilai terendah 22 dan tertinggi 62. Data terlihat tidak berdistribusi normal, karena hasil bagi Skewness (0.737) dengan SE (0,272) adalah 2,7 (> 2).

### D. Faktor Karakteristik Dan Pengetahuan Keluarga Dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi

Faktor – faktor yang berkorelasi dengan kemampuan klien bersosialisasi dianalisa dengan uji bivariat untuk menguji hipotesis ada tidaknya faktor yang berhubungan dengan kemampuan klien bersosialisasi. Faktor-faktor tersebut dianalisis menggunakan uji statistik sesuai jenis data dan variabelnya.

#### 1. Pengetahuan Dan Umur Keluarga

Pengetahuan dan umur keluarga ditampilkan dalam bentuk data numerik dan dianalisis dengan uji *Korelasi Pearson Product Mommment* seperti yang terlihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6  
 Analisis Korelasi Pengetahuan Dan Umur Keluarga  
 Dengan Kemampuan Klien Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan  
 Bondowoso Tahun 2009  
 (N = 78)

Variabel	Kemampuan klien		
	N	r	p value
Pengetahuan keluarga	78	0,376	0,001
Umur Keluarga	78	0,278	0,014

Hasil analisa pada tabel 5.5 diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p = 0,001$ ), dan umur keluarga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p = 0,014$ )

## 2. Jenis kelamin, Jenis Keluarga dan Pekerjaan

Jenis kelamin, jenis keluarga, dan pekerjaan yang berbentuk data katagorik berkorelasi dengan kemampuan klien bersosialisasi yang berbentuk numerik dianalisa dengan menggunakan *uji T independen* dan ditampilkan dalam tabel 5.7.

Tabel 5.7.  
 Distribusi Rata-rata Kemampuan Klien Menurut Jenis Kelamin, Jenis Keluarga  
 Dan Pekerjaan Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
 (N = 78)

Karakteristik keluarga	Kemampuan klien bersosialisasi				
	N	Mean	SD	SE	P value
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	50	36,08	9,98	1,412	0,894
Perempuan	28	36,39	9,83	1,858	
<b>Jenis keluarga</b>					
Inti	46	36,91	10,10	14,89	0,443
Bukan inti	32	35,16	9,58	16,93	
<b>Pekerjaan</b>					
Bekerja	58	36,55	9,90	1,30	0,587
Tidak bekerja	20	35,15	9,94	2,22	

Analisis data dari tabel 5.7, hasil uji statistik didapatkan jenis kelamin, jenis keluarga, dan pekerjaan tidak ada hubungan dengan kemampuan klien bersosialisasi yang dipersepsikan oleh keluarga ( $p > 0,05$ ).

### 3. Pendidikan, dan Hubungan Keluarga

Pendidikan dan hubungan keluarga yang berbentuk data katagorik berkorelasi dengan kemampuan klien bersosialisasi yang berbentuk numerik dianalisa dengan menggunakan uji statistik *Anova* dan ditampilkan dalam tabel 5.8

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa rata-rata keluarga dengan pendidikan SMP (41,90) dan SMU (40,79) dapat memberikan kemampuan klien bersosialisasi dibandingkan pendidikan SD (31,75) dan PT (34,00). Hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p = 0,0005$ ).

Tabel 5.8.  
Distribusi Rata-rata Kemampuan Klien Menurut Pendidikan, Dan Hubungan Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

Karakteristik keluarga	Kemampuan klien bersosialisasi					
	N	Mean	SD	95 % C I		p value
<b>Pendidikan</b>						0,0005
SD	40	31,75	6,95	29,53	33,97	
SMP	21	41,90	10,96	36,92	46,89	
SMU	14	40,79	9,47	35,32	46,25	
PT	3	34,00	11,35	5,79	62,21	
<b>Hubungan keluarga</b>						0,018
Orang tua	7	41,14	10,79	31,16	51,12	
Suami	4	47,25	14,17	24,70	69,80	
Istri	11	38,18	9,84	31,57	44,79	
Anak	26	36,58	8,81	33,02	40,14	
Ipar/keponakan	30	32,50	8,64	29,27	35,73	

Rata-rata hubungan keluarga dengan klien sebagai suami (47,25) dapat memberikan kemampuan klien bersosialisasi dibandingkan orang tua (41,14), istri (38,18), anak (36,58), ipar/keponakan (32,50). Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara hubungan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p= 0,018$ ).

#### 4. Faktor Yang Paling Berhubungan Dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi

Faktor yang paling berhubungan dengan kemampuan klien bersosialisasi dari variabel pengetahuan keluarga maupun karakteristik keluarga diketahui dengan menggunakan uji multivariat. Analisis ini dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian, yaitu melihat faktor mana saja yang paling berhubungan antara pengetahuan dan karakteristik keluarga yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jenis keluarga, dan status hubungan keluarga. Adapun proses analisis multivariat dengan menghubungkan variabel pengetahuan keluarga dan karakteristik keluarga pada waktu yang bersamaan. Analisis ini melalui langkah-langkah sebagai berikut :

##### a. Seleksi Bivariat

Seleksi bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dan langkah ini sudah dilalui pada uraian sebelumnya. Hasil dari seleksi bivariat dilihat masing-masing nilai  $p$  *valuenya*. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariatnya mempunyai nilai  $p$  ( $p$  *value*)  $< 0,25$ . Namun bila ada variabel yang nilai  $p$  ( $p$  *value*)  $> 0,25$  tetapi karena secara substansi sangat penting

berhubungan dengan variabel dependen, maka variabel tersebut dapat diikutkan dalam model multivariat. Uji yang digunakan pada analisis bivariat tergantung dari variabel yang digunakan. Hasil seleksi bivariat dari masing-masing variabel ditampilkan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9  
Hasil Seleksi Bivariat Variabel Independen dan Dependen Responden  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

No	Variabel	Kemampuan klien	
		N	P value
1	Pengetahuan keluarga	78	0,001
2	Umur	78	0,014
3	Jenis kelamin	78	0,894 *
4	Jenis keluarga	78	0,443 *
5	Pekerjaan	78	0,587 *
6	Pendidikan	78	0,0005
7	Hubungan keluarga	78	0,018

Hasil analisa seleksi bivariat pada tabel 5.9 diketahui ada tiga variabel independen yang mempunyai nilai p value > 0,25, yaitu jenis kelamin (0,894) dan jenis keluarga (0,443), dan pekerjaan (0,587). Ketiga variabel secara substansi dianggap tidak begitu penting sehingga ketiga variabel tersebut tidak diikutkan dalam proses pemodelan multivariat.

#### b. Pemodelan Multivariat

Langkah dalam pemodelan multivariat diawali dengan meng-*entry* variabel yang nilai *p valuenya* memenuhi syarat untuk masuk dalam proses pemodelan multivariat. Hasil dari langkah pemodelan ini terlihat pada tabel 5.10 berikut.

Tabel 5.10  
 Hasil Pemodelan Multivariat Variabel Independen dan Dependen Responen  
 Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
 (N = 78)

No	Variabel	Kemampuan klien			
		N	B	SE	P value
1	Pengetahuan keluarga	78	0,498	0,294	0,067
2	Umur	78	0,146	0,100	0,141
4	Pendidikan	78	2,380	1,435	0,023
5	Hubungan keluarga	78	-1,767	0,892	0,054

Ternyata dari kelima variabel independen hanya tiga variabel yang nilai *p valuenya* > dari 0,05 yaitu umur responden (0,141), pengetahuan keluarga (0,067), dan hubungan keluarga (0,054) kemudian variabel yang *p valuenya* > 0,05 harus dikeluarkan satu persatu mulai dari variabel yang nilai *p valuenya* paling besar, yaitu variabel umur responden.

Nilai *p value* masing-masing variabel setelah umur dikeluarkan adalah hubungan keluarga (0,007), pendidikan (0,029), dan pengetahuan (0,058). Setelah umur dikeluarkan dari model dan dicek perubahan nilai *R square* tidak melebihi 10%, dan variabel umur tetap dikeluarkan dari model.

Langkah berikutnya mengeluarkan variabel pengetahuan dari model karena nilai *p value* (0,058 > 0,05). Setelah variabel pengetahuan dikeluarkan, nilai *p value* hubungan keluarga (0,002), pendidikan (0,002). Setelah pengetahuan dikeluarkan dari model, kemudian dicek

perubahan nilai *R square* tidak melebihi 10%, dan variabel pengetahuan tetap dikeluarkan dari model.

Demikian seterusnya proses pemodelan ini sampai variabel yang nilai *p valuenya* > 0,05 habis dikeluarkan. Hasil analisis dari proses pencarian variabel yang telah selesai masuk dalam pemodelan multivariat ditampilkan pada tabel 5.11

Tabel 5.11.  
Hasil Akhir Pemodelan Multivariat Variabel Independen dan Dependen Responden  
Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Tahun 2009  
(N = 78)

No	Variabel	Kemampuan klien			
		N	B	SE	P value
1	Pendidikan	78	3,605	1,129	0,002
2	Hubungan keluarga	78	-2,630	0,809	0,002

Hasil analisis ternyata variabel independen yang masuk model regresi adalah pendidikan responden dan hubungan keluarga dengan klien. Hasil uji F yang dapat kita lihat dari kotak *Anova* pada kolom P (sig) menunjukkan nilai 0,000, berarti pada alpha 5 % kita dapat menyatakan bahwa variabel pendidikan dan hubungan keluarga secara signifikan dapat untuk memprediksi variabel kemampuan klien bersosialisasi.

Hasil analisa dari kotak *Coefficient B*, constanta = 40,09, koefisien B dari pendidikan = 3,60, dan koefisien dari hubungan keluarga = -2,63 sehingga dapat dirumuskan persamaan garis regresinya sebagai berikut:

$$\text{Kemampuan klien} = 40,09 + 3,60 \text{ pendidikan} - 2,63 \text{ hubungan keluarga}$$

Model persamaan di atas berarti bahwa kemampuan klien bersosialisasi dapat diperkirakan dengan menggunakan variabel pendidikan dan hubungan keluarga, yaitu bahwa setiap kenaikan satu tingkat pendidikan keluarga, maka skor kemampuan klien akan naik sebesar 3,6 setelah dikontrol variabel hubungan keluarga.

Demikian juga pada hubungan keluarga akan mempunyai skor kemampuan lebih rendah 2,63 setelah dikontrol variabel pendidikan.

Koefisien *Beta* untuk variabel pendidikan (0,325) > hubungan keluarga (-0,331), dengan demikian variabel pendidikan dikatakan paling besar peranannya dalam menentukan kemampuan klien bersosialisasi.

## BAB VI

### PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan terhadap hasil penelitian yang telah ditampilkan dalam bab sebelumnya. Pembahasan ini mengetengahkan interpretasi dan diskusi yang berkaitan dengan variabel-variabel yang menjadi substansi sesuai dengan tujuan penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasinya dalam dunia keperawatan.

#### **A. Karakteristik Keluarga Dalam Merawat Klien Isolasi Sosial Dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi Di Wilayah Kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Jawa Timur**

Karakteristik keluarga yang menjadi responden dalam penelitian ini meliputi variabel umur, hubungan responden dengan klien, pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin, dan jenis keluarga responden

##### **1. Umur Keluarga dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.**

Rata-rata responden berumur 36,41 tahun dengan standar deviasi 10,88 tahun. Estimasi rata-rata umur responden antara interval 33,96 - 38,86 tahun ( CI 90 %). Analisa hasil statistik untuk umur keluarga menunjukkan hubungan bermakna dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p \text{ value} = 0,014 < 0,05$ ) dalam derajat sedang. Namun secara bersama-sama (multivariat) umur responden tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kemampuan klien ( $p \text{ value} 0,146$ ).

Umur antara 33 sampai 39 tahun termasuk masa dewasa, yaitu masa dimana individu mempunyai karakteristik adanya kematangan, kebebasan pribadi, kestabilan keuangan dan interaksi sosial yang baik ( Effendy, 1998). Ciri lainnya adalah bahwa masa dewasa adalah masa produktif dan kesadaran adanya tanggung jawab terhadap anggota keluarganya, termasuk didalamnya terhadap anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa. Erik Erikson menggambarkan periode antara usia kira-kira 20 dan 40 tahun sebagai stadium keintiman lawan absorpsi atau isolasi diri (*intimacy versus self-absorption or isolation*) (Kaplan & Sadock, 1997).

Keintiman menyangkut kemampuan membentuk persahabatan dan pergaulan yang hangat dengan orang lain. Kemampuan dalam hal membina hubungan yang erat/hangat dengan orang lain berbeda pada tahapan usia. Pada usia remaja hubungan sosial diarahkan pada pemilihan lawan jenis untuk mempersiapkan pembentukan bangunan perkawinan, pada masa kanak-kanak hubungan sosial dimaksudkan dalam rangka membentuk teman sebaya (*peer group*), sehingga pada usia ini cenderung untuk melepaskan proteksi dari orang tua dan keluar dengan teman sebayanya. Sedangkan ciri orang dewasa pertengahan, kemampuan membina hubungan intim diarahkan bagi keharmonisan hubungan suami istri (istilah Freud membina hubungan cinta dan seks) dan keselarasan mengasuh anak-anak, sehingga pada masa ini kemampuan membina hubungan intim selain untuk membina hubungan intim suami istri juga dalam rangka mewujudkan rasa tanggung jawab sebagai orang tua dalam memberi asuhan pada anak-anak atau anggota keluarga yang lain.

Semakin bertambah umur seseorang semakin mengarahkan pada perwujudan peran rasa tanggung jawab dan hubungannya dengan orang lain, semakin peka terhadap kebutuhan orang lain. Kebutuhan orang lain dalam konteks keluarga adalah kebutuhan rasa asah, asuh, dan asih anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari termasuk di dalamnya kebutuhan pemeliharaan kesehatan (Effendy, 1998). Ketidakmampuan untuk mengembangkan peran dalam hubungannya dengan orang lain, menimbulkan individu tetap terpisah dari orang lain, sehingga terjadi absorpsi diri atau isolasi sosial, tanpa perlekatan yang dibuat antar sesama individu pada tiap kelompok sosial (Kaplan & Sadock, 1997).

Penelitian yang dilakukan oleh Kholifah ( 2008 ) terhadap keluarga dalam merawat usia lanjut diketahui bahwa karakteristik umur berhubungan secara bermakna terhadap kemampuan keluarga merawat usia lanjut. Secara umum dapat disimpulkan bahwa umur berpengaruh terhadap kemampuan seseorang melakukan perannya dalam kehidupan sosial, karena umur seseorang diantaranya dapat menunjukkan maturitas/kematangan seseorang dalam berpikir dan bertindak.

Penelitian Kholifah senada dengan hasil penelitian ini, dimana secara bivariat variabel umur berhubungan signifikan dan bermakna positif. Namun demikian secara bersama-sama dengan variabel lainnya umur tidak menunjukkan hubungan yang bermakna, artinya peran umur keluarga terhadap kemampuan klien bersosialisasi tergeser oleh variabel lainnya. Hal itu berarti kemampuan klien bersosialisasi tidak semata-mata hanya dipengaruhi oleh umur keluarga saja atau dengan kata lain umur keluarga tidak secara otomatis dapat

meningkatkan kemampuan klien untuk bersosialisasi, maturitas tidak hanya ditentukan oleh jumlah umur biologis seseorang tetapi ada faktor lain yang ikut berperan misalnya kondisi kesehatan, status perkembangan, dan pengalaman seseorang.

## 2. Hubungan Keluarga dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.

Hubungan keluarga pada penelitian ini dikandung maksud hubungan kekerabatan responden dengan klien dalam lingkup keluarga, misalnya sebagai orang tua, ayah, ibu, anak atau lainnya seperti saudara ipar atau keponakan yang mempunyai hubungan dengan klien di tempat tinggalnya. Rata-rata hubungan keluarga dengan klien sebagai suami (47,25) dapat memberikan kemampuan klien bersosialisasi dibandingkan orang tua (41,14), istri (38,18), anak (36,58), ipar/keponakan (32,50). Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara hubungan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p= 0,018$  ). Lebih lanjut pada uji multivariat hubungan keluarga merupakan variabel yang mempengaruhi kemampuan klien bersosialisasi ( $p$  value 0,002)

Penelitian terkait oleh Depsos RI yang meneliti model pemberdayaan keluarga dalam mencegah masalah kesehatan oleh remaja, dikatakan bahwa pola asuh keluarga terhadap anak, dalam hal ini pihak orang tua terutama kepala keluarga memberikan pengaruh terhadap kebebasan anak atau anggota keluarga untuk berinteraksi atau berperilaku sesuai dengan prinsip hidup sehat. Kepala keluarga biasanya diperankan oleh orang tua, ayah atau suami dalam

komposisi keluarga. Jelas dikatakan bahwa peran kepala keluarga dari hasil penelitian tersebut memberikan akses interaksi sosial yang semakin luas terhadap anak untuk bergaul dengan teman-temannya (Depsos, 2008).

Hubungan antar anggota dalam suatu keluarga mencerminkan peran dan tanggung jawab (responsibilitas) tiap individu dalam kelompok keluarga tersebut. Hubungan ini sebagai bentuk rasa tanggung jawab dan peran masing-masing (rank order) anggota keluarga, yang memerlukan rasa percaya (trust) satu sama lain (Haber, 1992, Stuart & Laraia, 2005). Rasa percaya ini akan melahirkan hubungan yang intim dan terbuka satu sama lain, sehingga permasalahan hidup yang dialaminya bisa diselesaikan melalui diskusi dan tukar pengalaman masing-masing dengan terbuka dan perasaan yang aman karena telah terbentuk rasa saling percaya antar sesama. Hal ini sesuai dengan konsep keluarga yang diutarakan oleh Freeman (1981 yang menyatakan bahwa masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan dan mempengaruhi sesama anggota keluarga yang lain. Dalam memelihara kesehatan anggotanya, keluarga atau salah satu unit dalam keluarga, biasanya ayah/suami berperan sebagai pengambil keputusan (Effendy, 1998).

Keluarga dalam hubungannya dengan anak diidentikan sebagai tempat atau lembaga pengasuhan (*care giver*) yang paling dapat memberi kasih sayang, kegiatan menyusui, afektif, dan ekonomis (Stuart and Laraia, 2005). Keluarga adalah lembaga yang kali pertama anak-anak mendapat pengalaman dini langsung yang digunakan sebagai bekal hidupnya dikemudian hari melalui latihan fisik, sosial, mental, emosional dan spritual. Karena anak ketika baru

lahir tidak memiliki tata cara dan kebiasaan (budaya) yang begitu saja terjadi sendiri secara turun temurun dari satu generasi ke generasi lain, oleh karena itu harus dikondisikan ke dalam suatu hubungan kebergantungan antara anak dengan agen lain (orang tua dan anggota keluarga lain) dan lingkungan yang mendukungnya baik dalam keluarga atau lingkungan yang lebih luas (masyarakat), selain faktor genetik berperan pula (Zanden, 1986, dalam Astaqauliyah, 2006).

Peran antar anggota dalam suatu hubungan keluarga penting bagi perkembangan fisik dan psikososial anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupan sehari-hari khususnya rasa kasih sayang dalam pemeliharaan kesehatan jiwa. Peran antar anggota keluarga dalam lingkup hubungan keluarga (*internal structure*) selain ditentukan oleh komposisi keluarga, peran masing-masing individu (*rank order*), subsistem keluarga, dan batas-batas kewenangan anggota keluarga, juga yang terpenting adalah seberapa besar dan bagaimana dia berpartisipasi (keikutsertaan) terhadap pemenuhan kebutuhan tiap anggota dalam suatu keluarga (Haber, 1992).

Keluarga sebagai bagian dari *support system* klien akan datang pertama kali kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan sebelum orang/agen lain (perawat) datang kepadanya. Hal ini senada dengan konsep *self care* Orem yang mengatakan bahwa ketika individu tidak mampu menolong dirinya, maka anggota keluarga yang lain akan memberi pertolongan. Selanjutnya bila keluarga sebagai sistem klien sudah tidak mampu lagi

menolong dirinya, maka datanglah perawat sebagai agen atau “pribadi lain” (*another self*) memberi bantuan (George, 1990).

Hasil penelitian ini terlihat bahwa walaupun sebagian besar responden adalah hubungan keluarga saudara ipar/keponakan, tetapi yang paling memberi andil dan pengaruh terhadap kemampuan klien bersosialisasi adalah suami (rata-rata tertinggi = 47,25). Hal ini bisa dipahami karena seperti penjelasan di atas, suami adalah anggota keluarga yang biasanya menduduki kelas struktur yang tertinggi dalam suatu keluarga. Suami adalah kepala rumah tangga dan pengambil keputusan yang strategis dalam menyelesaikan masalah keluarga, termasuk masalah kesehatan anggota keluarga. Kewenangan suami/ayah sebagai kepala keluarga baik dalam bentuk perintah maupun permintaan biasanya dipenuhi/ditaati oleh anggota keluarga yang lain. Dalam konteks ini perintah atau permintaan yang ditujukan pada klien sebagai anggota keluarga juga cenderung dipenuhi. Namun demikian bila seluruh komponen dalam keluarga dapat secara bersama memberikan andil dalam asuhan bagi anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan akan semakin efektif penyelesaian masalahnya, dalam arti kemampuan klien bersosialisasi semakin meningkat secara progresif.

Namun demikian hasil penelitian ini, bila dilihat dari persamaan regresinya ditemukan bahwa variabel hubungan keluarga memberikan efek penurunan kemampuan klien bersosialisasi 2,63 poin setelah dikontrol variabel pendidikan. Artinya semakin besar hubungan keluarga dari dari saudara ipar/keponakan semakin menurunkan kemampuan klien bersosialisasi.

### 3. Pendidikan Keluarga dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.

Rata-rata keluarga dengan pendidikan SMP (41,90) dan SMU (40,79) dapat memberikan kemampuan klien bersosialisasi dibandingkan pendidikan SD (31,75) dan PT (34,00). Hasil uji statistik didapatkan bahwa ada hubungan antara pendidikan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p=0,0005$ ). Selanjutnya pada uji multivariat didapatkan bahwa pendidikan keluarga merupakan variabel yang sangat berperan terhadap kemampuan klien bersosialisasi.

Penelitian lain yang dilakukan Safwani (2008), diketahui bahwa tingkat pendidikan (pendidikan tinggi dengan pendidikan rendah) memberi pengaruh terhadap beban perawatan keluarga pada klien dengan menarik diri ( $p$  value=0,004). Penelitian oleh Admin (2007), tentang hubungan latar belakang pendidikan, usia, dan masa jabatan dengan kemampuan melaksanakan tugas bagi penilik pendidikan. Hasil analisis diketahui bahwa tingkat pendidikan formal mempunyai peranan penting dalam mencapai keberhasilan tugasnya. Dengan kata lain, semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin berhasil pula dalam melaksanakan tugasnya.

Pendidikan memungkinkan seseorang memiliki penalaran yang rasional dan bersikap kritis terhadap masalah yang dihadapinya. Pendidikan cenderung memberikan arah bagaimana seseorang menyelesaikan masalah secara rasional di samping aspek emosionalnya, misalnya mengambil keputusan untuk

merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa melalui institusi pelayanan kesehatan di sekitarnya yang terjangkau. Sesuai dengan konsep yang didikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa dalam jangka pendek (*immediate impact*) pendidikan akan menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan keluarga. Pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan memberikan arah bagi keluarga tentang cara menyelesaikan masalah anggota keluarganya yang sedang mengalami masalah kesehatan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan SD. Namun demikian pendidikan SMP dan SMU dapat memberikan kemampuan klien bersosialisasi dibandingkan pendidikan SD. Hal ini wajar terjadi karena tingkat pemahaman seseorang yang berpendidikan SMP dan SMU lebih tinggi dari pada SD. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang mengatakan bahwa keluarga yang berpendidikan tinggi akan mampu menggunakan pengetahuannya untuk merawat klien, termasuk pengambilan keputusan untuk pengobatan klien (Effendy, 1998).

Penelitian ini juga menunjukkan fakta bahwa pendidikan SMP dan SMU dapat memberikan kemampuan klien bersosialisasi dibandingkan pendidikan PT. Sepintas bertentangan dengan logika bahwa keluarga yang berpendidikan tinggi selayaknya memberikan pengaruh pada kemampuan klien yang lebih tinggi daripada yang berpendidikan rendah. Tetapi bila diamati ternyata jumlah responden yang berpendidikan tinggi sangat sedikit, yaitu tiga orang, hal ini menimbulkan berkurangnya kesempatan (probabilitas) untuk mendapatkan

skor rata-rata yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang berjumlah besar.

Analisis lain yang menjadi bahan diskusi pada kasus di atas adalah bahwa meskipun tingkat pendidikan tinggi, tidak semua hal pengetahuan atau informasi dapat dikuasai oleh seseorang, karena adanya atau luasnya suatu pengetahuan tertentu dari individu tidak hanya semata-mata ditentukan oleh tingginya tingkat pendidikan, tetapi ada hal lain yang sama pentingnya yaitu kesempatan memperoleh atau terpaparnya seseorang terhadap pengetahuan/informasi tersebut. Semakin banyak membaca atau mengamati fenomena lingkungan semakin kaya wawasan seseorang tentang sesuatu hal.

Jadi apabila responden sangat kecil dan bila secara kebetulan responden tersebut mempunyai wawasan pengetahuan tentang cara merawat klien isolasi sosial yang rendah, maka secara otomatis rata-rata skor akan rendah, berbeda dengan jumlah responden yang banyak, variabilitas wawasan terhadap pengetahuan semakin besar, sehingga kesempatan mendapatkan skor yang tinggi semakin besar pula. Jadi konsekuensi dari masalah ini keluarga hendaknya perlu banyak membaca atau mencari informasi terkait dengan cara merawat klien dengan isolasi sosial dari berbagai media atau perawat kesehatan yang ada di puskesmas.

#### 4. Pekerjaan Keluarga dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.

Pekerjaan keluarga pada konteks penelitian ini adalah mata pencaharian responden berupa aktivitas pekerjaan yang dijalani saat ini. Sebagian besar pekerjaan responden dalam penelitian ini adalah buruh dengan proporsi sebesar 50 %. Hasil uji statistik ( $p= 0,587$ ), artinya tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kemampuan klien bersosialisasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Marsudi (2009) diketahui bahwa jenis pekerjaan dan tingkat penghasilan berpengaruh terhadap kemampuan keluarga memilih tempat perawatan bagi keluarganya yang mengalami masalah kesehatan. Ini berarti bahwa faktor ekonomi memegang peranan penting bagi keluarga dalam memelihara kesehatan anggota keluarganya. Penelitian yang dilakukan oleh *Families and Work Institute*, New York tahun 2003, diketahui bahwa wanita atau ibu yang bekerja mempunyai hubungan yang baik dengan anaknya, artinya ibu-ibu yang bekerja memiliki keterkaitan emosional yang erat dengan anak-anaknya (Galinsky, 2003r).

Pekerjaan bisa mencerminkan produktivitas dan penghasilan seseorang. Hal ini sesuai dengan fungsi ekonomi keluarga yang memberikan tugas kepada kepala keluarga untuk mencari sumber-sumber kehidupan dalam memenuhi fungsi-fungsi keluarga yang lain terutama memenuhi kebutuhan keluarga (WHO, 1978, dalam Effendy, 1998)).

Namun tidak otomatis pekerjaan memberikan kecukupan penghasilan keluarga untuk mencukupi kebutuhan hidupnya. Penghasilan dari pekerjaan sebagai buruh kasar biasanya tidak mencukupi untuk kebutuhan hidup seseorang dan keluarganya ( $< \text{UMR}$ ), sehingga tidak dapat menjadikan penghasilan sebagai faktor pendukung (*support system*) finansial bagi seseorang yang sedang mengalami masalah kesehatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan Effendy (1998), bahwa keadaan sosioekonomi yang rendah pada umumnya berkaitan erat dengan berbagai masalah kesehatan yang dihadapi keluarga disebabkan ketidakmampuan menyelesaikan berbagai masalah yang mereka hadapi.

Keluarga yang tidak memiliki sumber dana yang cukup akan menimbulkan beban yang semakin berat, yang pada gilirannya akan mendatangkan konsekuensi yang timbal balik antara keluarga dan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Satu sisi keluarga merasa memikul beban yang berat akibat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, sebaliknya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa akan semakin berat masalahnya karena daya sokong keluarga yang tidak maksimal. Akibatnya masalah yang dihadapi klien akan semakin bertambah berat, dalam konteks kemampuan klien bersosialisasi tidak akan optimal (Siswono, 2001).

Namun demikian kurangnya sumber finansial keluarga hendaknya tidak menurunkan daya sokong keluarga terhadap penyelesaian masalah kesehatan anggota keluarganya, karena sumber-sumber kesehatan di lingkungan seperti puskesmas dapat diperoleh dengan mudah, bahkan telah diupayakan secara

cuma-cuma. Jadi sekarang tinggal kemauan keluarga untuk mengantarkan anggota keluarga mencari bantuan pada petugas/perawat kesehatan jiwa yang ada di puskesmas.

#### 5. Jenis Kelamin dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang Dipersepsi Keluarga.

Jenis kelamin adalah karakteristik fisik yang dimiliki responden berdasarkan ciri-ciri jenis kelamin laki-laki atau perempuan. Sebagian besar jenis kelamin responden dalam penelitian ini adalah laki-laki dengan proporsi sebesar 64,1 %. Hasil uji statistik didapatkan nilai  $p=0,894$ , tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan klien bersosialisasi.

Penelitian yang dilakukan di Amerika tentang perbedaan jenis kelamin terhadap kemampuan kognitif semakin menghilang. Analisis terakhir yang meninjau ratusan penelitian selama hampir 20 tahun menunjukkan simpulan yang sama bahwa telah terjadi perkembangan yang progresif ke arah keseimbangan kemampuan kognitif antara laki-laki dan perempuan, ini berarti secara umum hampir tidak ada perbedaan antara kemampuan laki-laki dan perempuan dalam kemampuan berpikir, logika dan cara-cara penyelesaian masalah (Linn & Hyde, 1989).

Kehidupan sehari-hari kita sering dihadapkan pada anggapan dualisme karakteristik jenis kelamin. Misalnya laki-laki digambarkan sebagai individu yang kuat dan perkasa, cenderung kasar dan dalam menyelesaikan masalah

cenderung menyetengahkan rasio daripada emosi, sementara perempuan sering dideskripsikan sebagai individu yang lemah lembut, teliti, tekun, dan dalam menyelesaikan masalah cenderung emosional daripada rasional. Jung mengatakan umumnya laki-laki lebih memperlakukan pekerjaan dan pencapaian kedudukan mereka daripada mengasuh anak. Perempuan lebih memperlakukan mengenai peranan mereka sebagai ibu daripada kedudukan dalam peran sosialnya (Kaplan & Sadock, 1997).

Hal ini sering diasosiasikan dalam keluarga sebagai ayah dan ibu dalam menyelesaikan masalah sehari-hari, misalnya dalam pendampingan anaknya ketika sedang belajar. Namun demikian keadaan ini telah berubah secara dramatis pada kedua jenis kelamin, karena keduanya telah menunjukkan perhatian yang sama terhadap peran satu sama lain dalam keluarga dan kehidupan sosial yang lainnya (Kaplan & Sadock, 1997). Artinya anggapan itu tidak selalu benar dan bahkan dalam beberapa kasus hal itu bisa terjadi sebaliknya, artinya karakter sifat seseorang dalam membina keeratn hubungan tidak ditentukan oleh jenis kelamin tetapi lebih pada bagaimana individu masing-masing baik laki-laki maupun perempuan memberikan kepedulian terhadap sesama.

Hal ini senada dengan hasil penelitian ini, walaupun jumlah responden dalam penelitian ini lebih banyak laki-laki (64,10%) tetapi rata-rata kemampuan hampir sama yaitu laki-laki (36,08) dan perempuan (36,39), artinya tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam memberikan pengaruh pada

kemampuan klien bersosialisasi, sehingga dalam uji statistik terbukti tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan klien bersosialisasi.

Carl Gustav Jung menjelaskan bahwa banyak perempuan tidak lagi harus mengasuh anak-anaknya, dan mampu menggunakan energinya ke dalam pencarian yang mandiri yang memerlukan ketegasan dan suatu semangat berjuang, sifat yang dahulu dianggap sebagai maskulin. Sementara laki-laki dapat mengembangkan kualitas yang memungkinkan mereka mengekspresikan emosinya dan mengenali kebutuhan ketergantungan antar anggota keluarga, sifat yang dahulu dianggap sebagai feminin (Kaplan & Sadock, 1997). Oleh karena itu keluarga harus mempunyai persepsi yang sama bahwa tanggung jawab terhadap masalah isolasi sosial anggota keluarganya adalah kewajiban bersama tiap anggota keluarga baik laki-laki maupun perempuan.

#### 6. Jenis Keluarga dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.

Hubungan keluarga adalah hubungan kekeluargaan atau kekerabatan responden dengan klien berdasarkan jenis keluarga. Keluarga inti adalah keluarga yang terdiri dari bapak-ibu-anak dan keluarga bukan inti adalah keluarga inti yang hidup berbarengan dengan anggota keluarga lainnya. Responden dalam penelitian ini sebagian besar anggota keluarga dari keluarga inti yaitu sebesar 59 %. Rata-rata skor kemampuan klien tidak ada perbedaan antara keluarga inti (36,91) dan bukan keluarga inti (35,16 ). Hasil uji statistik

tidak ada hubungan antara jenis keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p = 0,443$ ).

Effendy (1998) mengatakan bahwa keluarga Indonesia umumnya menganut tipe keluarga besar (*extended family*) karena masyarakat Indonesia yang terdiri dari berbagai suku hidup dalam suatu komunitas dengan adat istiadat yang sangat kuat.

Namun demikian seiring dengan perkembangan dan kemajuan akibat globalisasi dimana pengaruh adat dan budaya asing, seperti pandangan materialistik tak bisa terbendung, dan adanya program keluarga berencana dengan slogannya “dua anak cukup” cenderung mengubah pandangan masyarakat untuk membentuk keluarga kecil dengan harapan hidup bahagia dan sejahtera dapat tercapai. Demikian juga masyarakat Bondowoso, walaupun secara umum wilayah ini cukup terisolir, namun wilayah kerja Puskesmas Nangkaan yang terdiri dari Kelurahan Nangkaan, Badean Kembang, Pancoran, dan Sukowiryo termasuk wilayah yang berada dekat dengan ibukota kabupaten. Artinya wilayah ini termasuk perkotaan yang masyarakatnya mempunyai pola kehidupan keluarga yang dinamis, rasional, konsumtif, demokratis dan cenderung individual.

Sudah diketahui bahwa peran tiap komponen keluarga terhadap kebutuhan masing-masing anggota keluarga ditentukan oleh seberapa besar dan bagaimana dia berpartisipasi (keikutsertaan) terhadap pemenuhan kebutuhan tiap anggota dalam suatu keluarga (Haber, 1992). Artinya walaupun keluarga

inti dan bukan keluarga inti merupakan bagian dari struktur internal keluarga, tetapi tidak secara otomatis dapat memberikan pengaruh bagi kemampuan klien.

#### 7. Pengetahuan Keluarga dengan Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.

Pengetahuan keluarga sebagai bagian dari kemampuan kognitif keluarga sesuai lima tugas keluarga menurut Bailon dan Maglaya (1978), yang meliputi mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan sesuai nilai kesehatan, dan menggunakan sumber daya lingkungan untuk menyelesaikan masalah kesehatan.

Lima tugas keluarga dalam konteks penelitian ini adalah pengetahuan keluarga dalam hal memahami masalah isolasi sosial meliputi pengertian, ciri-ciri, penyebab, dan dampak isolasi sosial, mengenal cara mengambil keputusan, memahami cara merawat klien isolasi sosial, memahami cara memodifikasi lingkungan, dan mengenal sumber-sumber kesehatan yang ada di masyarakat untuk menolong klien dengan isolasi sosial. Pengetahuan keluarga menurut WHO (1978) merupakan bagian dari fungsi pendidikan, yang diwujudkan dalam bentuk upaya menyekolahkan anak untuk memperoleh pengetahuan, ketrampilan dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki (Effendy, 1998).

Hasil penelitian ini diketahui bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi ( $p$  value = 0,001), hubungan sedang dan berpola positif ( $r = 0,38$ ), artinya semakin tinggi pengetahuan keluarga semakin tinggi kemampuan klien bersosialisasi.

Penelitian senada tentang tingkat pengetahuan keluarga terhadap penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di wilayah kerja Puskesmas Tawangmangu Kabupaten Karanganyar, diketahui ada hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan kepala keluarga dengan strata PHBS keluarga (Nugroho, 2008).

Sudah dipahami bahwa pengetahuan keluarga tentang masalah kesehatan akan memberikan arah bagi keluarga tentang cara menyelesaikan masalah anggota keluarganya yang sedang mengalami masalah kesehatan. Namun peningkatan pengetahuan saja belum berpengaruh langsung terhadap perilaku kesehatan seseorang pada dirinya sendiri apalagi perubahan perilaku bagi orang lain. Karena pengetahuan masih sebatas kemampuan kognitif dan belum dalam wujud perilaku psikomotor yang dapat teramati dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003) bahwa pendidikan kesehatan merupakan *behavioral investment* jangka panjang, artinya hasil investasi pengetahuan tentang kesehatan baru dapat dilihat dalam bentuk perilaku kesehatan dalam beberapa tahun kemudian. Selanjutnya perilaku kesehatan berpengaruh kepada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran (*outcome*) pendidikan kesehatan. Hal ini berbeda dengan

program kesehatan yang lain, misalnya pengobatan yang dapat langsung memberikan hasil (*immediate impact*) terhadap penurunan kesakitan.

Demikian juga yang terjadi pada hasil penelitian ini, pada uji multivariat ternyata pengetahuan keluarga tidak berhubungan dengan kemampuan klien bersosialisasi (p value 0,09). Artinya pengetahuan keluarga tidak menjadi satu-satunya variabel yang mempengaruhi kemampuan klien, tetapi ada variabel lain yang lebih memberikan andil terhadap kemampuan klien bersosialisasi yaitu tingkat pendidikan dan hubungan keluarga.

Faktor lain yang menyebabkan pengetahuan tidak berhubungan dengan kemampuan klien karena dalam penelitian ini pengetahuan keluarga adalah variabel dari subjek yang berbeda dari kemampuan klien sebagai subjek lainnya. Artinya ada jarak yang lebih panjang untuk mendapatkan pengaruh atau hubungan antar subjek pada penelitian yang meneliti dua variabel subjek tersebut. Artinya pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga harus diinternalisasikan dulu bagi dirinya untuk kemudian diwujudkan dalam bentuk perilaku yang teramati oleh orang lain, sehingga perilakunya dapat dijadikan contoh bagi orang lain, yaitu keluarga klien. Selanjutnya klien dengan pengamatan dan pemahamannya dapat mewujudkan dalam bentuk perilaku kemampuan bersosialisasi.

Dengan kata lain pengetahuan keluarga mengenai cara merawat klien gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial sesuai dengan lima fungsi keluarga tidak secara otomatis dapat meningkatkan kemampuan klien dalam

bersosialisasi, tetapi ada pengaruh dari faktor lain yang lebih berperan yaitu pendidikan dan hubungan keluarga.

Pengetahuan merupakan unsur penting dalam kehidupan suatu keluarga atau anggotanya. Orem memandang pengetahuan keluarga sebagai bagian dari *self care abilities*. Selanjutnya Orem menjelaskan bilamana *self care abilities* ini mengalami penurunan yang dapat disebabkan oleh kondisi tertentu misalnya sakit atau mengalami gangguan jiwa, maka klien atau keluarga pada kondisi ini sedang mengalami masalah atau berada pada kondisi yang mempunyai kebutuhan atau disebut *therapeutic self care demand*. Interaksi antara *self care abilities* dan *therapeutic self care demand* akan memunculkan suatu kondisi yang disebut *self care deficit*, yaitu kondisi yang menjelaskan kapan keperawatan dibutuhkan, yaitu ketika berkurangnya kemampuan untuk memenuhi kebutuhan *self care* atau ketergantungan dalam perawatan diri, dalam hal ini ketidakmampuan keluarga dalam hal pengetahuan merawat klien dengan isolasi sosial. Metode yang dilakukan meliputi 1) bertindak, 2) mengarahkan dan menunjukkan, 3) memberikan dukungan fisik maupun psikis, 4) menjaga lingkungan, dan 5) mengajarkan sesuatu (Fitzpatrick, 2001).

#### 8. Kemampuan Klien Bersosialisasi yang dipersepsi Keluarga.

Teori *self care* terdiri dari konsep *self care*, *self care agency*, dan *therapeutic self care demand* yang disebut sebagai *self care requisites*. *Self care* mengandung makna kemampuan individu menolong dirinya sendiri dalam konteks perawatan. *Self care agency* atau *self care abilities* adalah kemampuan

manusia menerapkan kapasitas *self care*. Kemampuan ini dipengaruhi oleh kondisi seperti umur, status perkembangan, pengalaman, sosiobudaya, kesehatan, dan terdapatnya sumber pendukung (George, J.B.1990).

Dalam konteks ini kemampuan yang dimaksud adalah pengetahuan keluarga tentang cara merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dengan masalah keperawatan isolasi sosial. Faktor pengaruh terhadap kemampuan klien bersosialisasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah karakteristik keluarga yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, jenis keluarga, dan hubungan keluarga.

Berdasarkan konsep *self care* Orem, objek penelitian ini merupakan bagian kecil dari konsep *self-care abilities*, namun telah dapat menjelaskan konsep *self care* individu dan keluarga sebagai sistem klien, dimana pengetahuan keluarga dan kemampuan klien bersosialisasi digambarkan sebagai kapasitas yang *self care* yang dimiliki oleh tiap-tiap individu dalam merawat dirinya sendiri sebelum agen lain (*another self*), yaitu perawat datang memberi bantuan, manakala terjadi kesenjangan antara *self-care abilities* dan *self-care demand* yang disebut dengan istilah *self-care defisit* (George, 1990).

## **B. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini disadari masih banyak keterbatasan baik yang datang dari peneliti sendiri, metode penelitian maupun dari subjek penelitian. Keterbatasan yang berasal dari peneliti menyangkut pengetahuan dan pengalaman di bidang

penelitian disadari sebagai sesuatu yang harus terus ditingkatkan. Berikut ini diuraikan beberapa hal menyangkut keterbatasan penelitian, diantaranya :

#### 1. Sampel penelitian

Sampel yang direncanakan dengan teknik *total sampling* tidak sesuai dengan jumlah sampel yang direncanakan. Sampel yang dapat dipenuhi sebesar 78 dari rencana 148 responden. Sampel yang tidak sesuai karena berkaitan dengan kriteria inklusi, terutama keluarga yang menolak untuk menjadi responden, perubahan jumlah responden yang dijadikan sampel di wilayah Kelurahan Sukowiryo, terutama yang berasal dari pondok pesantren Al-Ghopur menurun, karena klien pulang ke daerah asalnya di luar wilayah kerja Puskesmas Nangkaan. Keterbatasan lain adalah sampel yang ada belum dipisahkan antara mereka yang pernah rawat inap di rumah sakit atau yang belum pernah rawat inap di rumah sakit. Hal ini penting berkaitan dengan kesempatan keluarga mendapatkan informasi atau pengetahuan tentang cara merawat klien dengan isolasi sosial. Kemudian sebagian dari sampel ada yang anggota keluarganya tidak tinggal dalam satu keluarga atau satu rumah, terutama klien yang sedang dititipkan di pondok pesantren Al-Ghopur. Hal ini berkaitan dengan intensitas hubungan keluarga dengan klien dalam kehidupan sehari-hari.

#### 2. Instrumen penelitian

Diketahui sebagian besar pendidikan responden dalam penelitian ini adalah Sekolah Dasar, sehingga dalam pelaksanaannya tidak semua responden lancar dalam mengisi kuesioner. Hal ini memerlukan waktu dan perhatian tersendiri dari pengumpul data. Hal ini terjadi akibat kesenjangan persepsi terhadap

pemahaman tentang isolasi sosial antara keluarga sebagai responden dan peneliti. Solusi dalam menyelesaikan masalah ini kuesioner didesain sesuai dengan tingkat kemampuan pemahaman responden, artinya istilah atau terminologi tentang isolasi sosial dan kemampuan sosialisasi disesuaikan betul dengan bahasa dan pemahaman mereka sehari-hari. Selanjutnya dilakukan pendampingan saat mengisi kuesioner dalam rangka memberikan penjelasan terhadap pertanyaan dari responden yang dirasakannya belum jelas.

### **C. Implikasi Hasil Penelitian**

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan keluarga tentang cara merawat klien gangguan jiwa yang bermasalah isolasi sosial dengan kemampuan klien bersosialisasi yang dipersepsikan oleh keluarga di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Bondowoso Jawa Timur. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

#### **1. Pelayanan Keperawatan di puskesmas**

Dinas kesehatan dan puskesmas dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai laporan keberadaan klien gangguan jiwa di masyarakat. Kepala dinas kesehatan, dan kepala puskesmas dapat menindaklanjuti rekomendasi dari penelitian ini terutama program yang menyangkut pengembangan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang merupakan bagian dari program pokok puskesmas, misalnya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dengan mengadakan atau memberi kesempatan pada perawat untuk ikut serta dalam program pelatihan atau pendidikan berkelanjutan, terutama bagi perawat yang bertanggung jawab dalam perawatan kesehatan jiwa masyarakat.

Perawat yang bekerja di puskesmas dapat menggunakan data hasil penelitian ini dalam rangka merawat atau tindak lanjut perawatan klien di wilayah kerjanya. Perawat bisa memilih berbagai strategi untuk mengatasi suatu kondisi dan membantu klien sehingga dapat menurunkan beban keluarga terkait dengan masalah isolasi sosialnya dan meningkatkan kualitas hidup klien dan keluarga dalam jangka panjang.

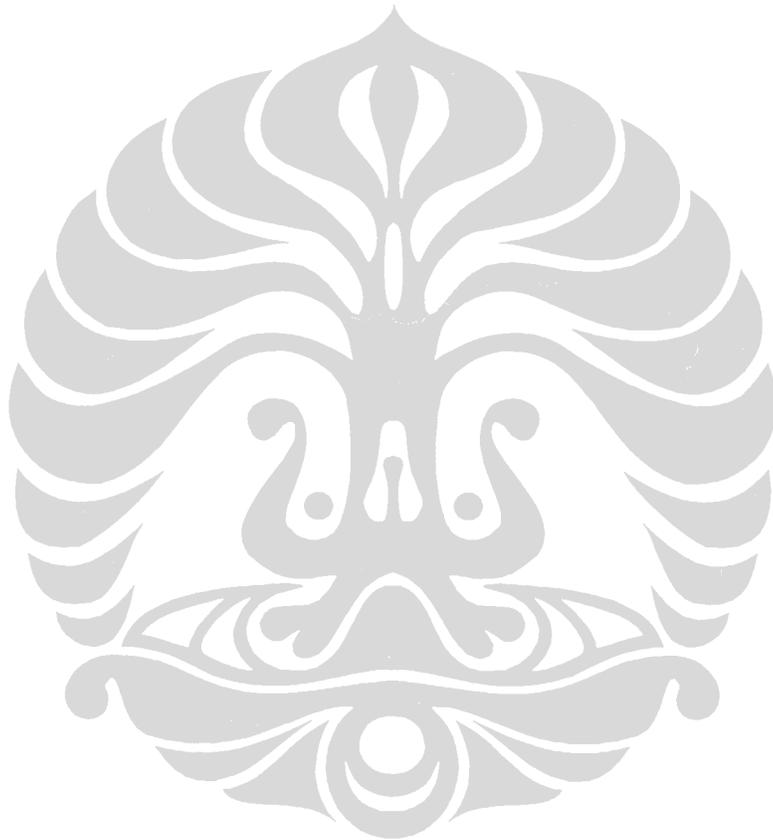
## 2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi. Hasil ini dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan pentingnya pendidikan kesehatan bagi keluarga untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dengan berbagai masalah keperawatan yang ada. Hasil penelitian ini sesuai dengan konsep pendidikan kesehatan pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa dan dapat dijadikan sebagai *evidence based*, khususnya yang berkaitan dengan hubungan pengetahuan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi pada klien isolasi sosial, bagi materi pendidikan kesehatan jiwa masyarakat yang diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa terutama perawatan kesehatan jiwa masyarakat.

## 3. Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada wilayah kerja puskesmas dan topik yang diteliti hanya sebatas korelasi pengetahuan keluarga dan kemampuan klien bersosialisasi. Penelitian dapat ditindaklanjuti dengan topik masalah keperawatan jiwa yang lain misalnya pengaruh psikoedukasi keluarga

terhadap peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan isolasi sosial dan desain dapat dikembangkan dengan quasi eksperimen atau penelitian kualitatif terkait dengan pengalaman keluarga dalam merawat klien dengan isolasi sosial.



## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan simpulan dan saran sebagai intisari dari hasil seluruh rangkaian kegiatan penelitian dari mulai pendahuluan hingga pembahasan hasil penelitian. Simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan diuraikan sebagai berikut.

#### A. Simpulan

1. Rata-rata umur responden usia produktif, laki-laki, pendidikan SD, bekerja, keluarga inti, dan status hubungan keluarga responden dengan klien adalah ipar/keponakan. Artinya bahwa pengetahuan keluarga dalam merawat klien dapat dipengaruhi oleh umur, pendidikan, pekerjaan, status keluarga, dan hubungan keluarga dalam meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi.
2. Ada hubungan pengetahuan keluarga, pendidikan, usia, dan hubungan keluarga dengan kemampuan klien bersosialisasi. Artinya semakin tinggi pengetahuan, pendidikan, dan usia keluarga semakin luas wawasan dan kematangan keluarga dan semakin erat hubungan keluarga dengan klien dapat meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi.
3. Variabel yang paling berpengaruh terhadap kemampuan klien bersosialisasi adalah tingkat pendidikan dan hubungan keluarga dengan klien. Artinya semakin tinggi tingkat pendidikan semakin meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi. Sementara semakin besar hubungan keluarga dari dari saudara ipar/keponakan semakin menurunkan kemampuan klien bersosialisasi.

## A. Saran

Berkaitan dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat diajukan sebagai saran demi keperluan pengembangan hasil penelitian pengetahuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa untuk meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi

1. Dinas Kesehatan melakukan evaluasi program penyuluhan kesehatan jiwa masyarakat melalui program *monitoring* dan evaluasi di puskesmas yang dilakukan tiap enam bulan sekali terhadap perawat puskesmas yang bertanggung jawab dalam bidang kesehatan jiwa masyarakat khususnya bagi keluarga yang mempunyai anggota dengan masalah isolasi sosial.
2. Puskesmas melakukan peningkatan kemampuan staf atau perawat khususnya yang bertanggungjawab terhadap program kesehatan jiwa masyarakat melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan bidang perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) atau *public health nursing* (PHN).
3. Perawat Puskesmas Nangkaan dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam hal pengetahuan gangguan jiwa dan psikoedukasi dengan cara memberikan pendidikan kesehatan/penyuluhan tentang cara merawat klien dengan isolasi sosial terhadap keluarga dengan cara penyampaian materi yang sederhana yang dapat diterima oleh keluarga melalui penyederhanaan terminologi atau istilah-istilah gangguan jiwa dan isolasi sosial, dengan disertai leaflet atau brosur yang ringkas dan komunikatif agar dapat diterima keluarga klien dengan mudah. Kemudian yang berkaitan dengan hubungan antar anggota dalam satu keluarga, perawat dapat memberikan motivasi kepada tiap anggota keluarga bahwa perawatan klien adalah tanggung jawab bersama dan semakin besar partisipasi tiap anggota keluarga

terhadap perawatan klien semakin besar keberhasilan perawatan klien, terutama dalam hal kemampuan bersosialisasi. Kemudian perawat dapat membentuk kader kesehatan jiwa di wilayah kerjanya, bekerjasama dengan aparatur desanya dalam rangka pemberdayaan masyarakat khususnya dalam membantu keluarga yang mempunyai anggota dengan masalah isolasi sosial.

4. Keluarga klien senantiasa berperan aktif dalam dalam mencari bantuan pada perawat kesehatan di puskesmas dengan cara melakukan kunjungan atau kontrol bagi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa dengan isolasi sosial.

5. Penelitian lanjut

Perlu diteliti lebih lanjut tentang kemampuan keluarga yang berkaitan dengan aspek afektif dan psikomotorik dalam meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi, dengan instrumen yang lebih sederhana dalam arti mudah dipahami oleh responden dengan tingkat pendidikan yang paling rendah sekalipun sesuai dengan kriteria inklusi. Kriteria responden bisa dispesifikan misalnya responden yang pernah rawat inap atau tidak pernah rawat inap di rumah sakit jiwa, klien dan anggota keluarga tinggal dalam satu rumah/keluarga.

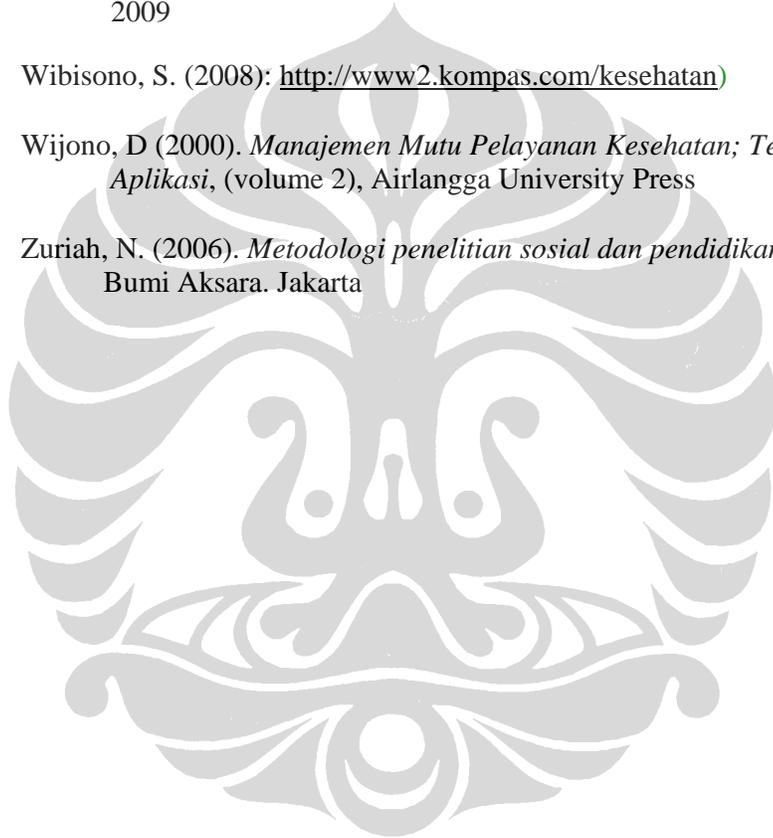
## DAFTAR PUSTAKA

- Admin.(2007). *Hubungan latar belakang pendidikan, usia, dan masa jabatan dengan kemampuan melaksanakan tugas*.<http://elearn.bpplsp-reg5.go.id>. diperoleh 26 Juni 2009
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi VI. Rineka Cipta. Jakarta
- Balitbangkes Depkes.2008. <http://www.litbang.depkes.go.id/> laporan RKD/Indonesia Nasional.pdf. diperoleh tanggal 6 Maret 2009).
- Barry, P. D. (1998). *Mental health and mental illness*. Sixth edition. Lippincott. Philadelphia. New York
- Carpenito, L.J. (1998). *Diagnosa keperawatan*. Edisi enam. EGC. Jakarta.
- Depsos.(2008).*Peta masalah anak jalanan*.  
<http://www.depsos.co.id/Balitbang/Puslitbang>. diperoleh tanggal 26 Juni 2009
- Effendy, N.(1998). *Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat*. Edisi dua. EGC. Jakarta
- Fitzpatrick, J.J dkk. ( 2001).*Conceptual model of nursing analysis and application*. Appleton & Lange. Norwalk, Connecticut San Marino, California
- Fletcher, dkk. (2003). *Mental health nursing*. Fifth edition. Prentice Hall
- Fortinash, Worret. (2003). *Psychiatric nursing care plans*. Fourth edition. Mosby
- Fortinash, K.M. (2000). *Psychiatric mental health nursing*, Third edition. Mosby-Year Book, St. Louis, Missouri.
- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing: research, theory & practice*. Second edition. Appleton & Lange. Stamford. Connecticut
- Friedman, M.M. (2001). *Family nursing: research, theory & practice*. Fourth edition. Appleton & Lange. Stamford. Connecticut
- Frisch and Frisch. (2005). *psychiatric mental health nursing*. third edition. Thompson Delmar Learning. Colorado.
- Galinsky, E.(2003). *Ibu bekerja memiliki hubungan yang lebih baik dengan anak*.  
<http://www.kapanlagi.com/p/woman-manager> .diperoleh 26 Juni 2009

- George, J.B. (1990). *Nursing theories the best for professional nursing practice*. Third edition. Appleton & Lange. Norwalk. Connecticut
- Haber, J.(1992). *Comprehensive psychiatric nursing*. fourth edition. Mosby- Year Book. St. Louis. Missouri.
- Hastono, S.P. (2007). *Modul analisis data*. Fakultas kesehatan masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta.
- Hawari, D. (2001). *Skizofrenia, penanganan secara komprehensif*, EGC, Jakarta
- Huber, D.L.(2006). *Leadership and nursing care management*, third edition, Saunder Elseiver, Philadelphia-Pensylvania
- Kaplan & Sadock. (1997). *Sinopsis Psikatri ilmu penegetahuan perilaku psikistri klinis*. Jilid satu. Edisi ketujuh. Binarupa Aksara. Jakarta
- Keliat, B.A. (1996). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*, EGC. Jakarta.
- Kholifah, S.N.(2008). *Analisis hubungan karakteristik keluarga dan karakteristik usia lanjut dengan kemampuan keluarga merawat usia lanjut di wilayah kecamatan Candi kabupaten Sidoarjo-Jatim*. Thesis. <http://www.digilib.ui.ac.id>. diperoleh 26 Juni 2009
- Kompas.(2001).<http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/>. diperoleh tanggal 14 Maret 2009
- Kompas.(2004).<http://www2.kompas.com/kesehatan/news/0409/26/094012.htm>. diperoleh tanggal 14 Maret 2009
- Kountur, R. (2007). *Metode penelitian untuk penulisan skripsi dan tesis*. Edisi revisipenerbit PPM, Jakarta
- Lemeshow, S. Dkk. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Gajah Mada University Press. Yogyakarta
- Linn & Hyde (1989). Gender dan kesehatan jiwa. Kompas (2006). <http://64.203.71.11/kesehatan/news>. diperoleh tanggal 21 Juni 2009
- Linkov, P. 2001, <http://www.bibalex.org/supercourse>), diperoleh tanggal 11 Maret 2009.
- Maramis, W.F. (1995). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*, Airlangga University Press, Surabaya
- Marsudi, H.(2009).*Memilih kamar rawat inap*. <http://www.sties.ac.id>. diperoleh tanggal 26 Juni 2009
- Maslim, R. (1998). *Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ III*

- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat: prinsip-prinsip dasar.*, Rineka Cipta. Jakarta
- Nugroho, (2008). *Hubungan tingkat pengetahuan kepala keluarga dengan strata PHBS pada tatanan institusi keluarga di wilayah kerja Puskesmas Tawangmangu Kabupaten Karanganyar : stikes\_smart@ymail.com.* diperoleh pada tanggal 26 Juni 2009
- Paelo, Y. (2009 ). [www.tabloidjubi.com](http://www.tabloidjubi.com). diperoleh 28 Maret 2009)
- Palestin, B. (2009).<http://bondankomunitas.blogspot.com/>, diperoleh pada tanggal 15 Februari 2009
- PemprovKalsel.(2005):[://www.kalselprov.go.id/badan-badan/rumah-sakit-jiwa-sambung-lihum](http://www.kalselprov.go.id/badan-badan/rumah-sakit-jiwa-sambung-lihum). Diperoleh 16 Maret 2009 )
- Polit & Hungler. (1999). *Nursing research principle and methods*. Philadelphia. Lippincott
- Presiden RI. (2008).*Senam sehat bersama ibu negara.* <http://www.presidentri.go.id>. Diperoleh 28 Maret 2009
- Safwani, M. (2008). *Analisis faktor –faktor yang mempengaruhi beban keluarga dalam merawat klien menarik diri.* Tesis. Tidak dipublikasikan
- Sampurno, (2004). *Kondisi klien gangguan jiwa; peringatan hari kesehatan jiwa sedunia:* <http://www2.kompas.com>
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis.* Second edition. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Shives, L.R. *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing.* Third edition. JB Lippincott Company. Philadelphia
- Siswono (2001), *Sangat besar beban akibat gangguan jiwa.* <http://www.kompas.com>. diperoleh 26 Juni 2009
- Sugiyono.(2000). *Statistik untuk penelitian.* Alfabeta. Bandung
- Sukardi, dkk,(1986), *Penilaian Keberhasilan Belajar Dalam Pendidikan Kesehatan,* Airlangga University Press, Surabaya
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J. (1995), *Pocket guide to psichiatric nursing.* edisi 3 St Louis, Mosby Year Book, Inc.
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J.(1995). *Principle and practice of psichiatric nursing,* (edisi 5) Philadephia, J.B Lippincot.
- Stuart, G.W., Laraia, M.T.(2005). *Principles and practice of psichiatric nursing.* Eight edition. Elsevier Mosby

- Tim MPKP (2006). *Modul model praktek keperawatan jiwa profesional rumah sakit jiwa*, Badan pelayanan kesehatan jiwa Banda Aceh dan World Health Organization Indonesia
- Townsend, M.C. (1998). *Diagnosa keperawatan pada keperawatan psikiatri, pedoman untuk pembuatan rencana perawatan*. Edisi tiga. EGC. Jakarta
- Townsend, M.C. (2003). *Essentials of psychiatric mental health nursing*. Third edition. F.A. Davis Company. Philadelphia
- Undang- Undang Republik Indonesia No 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan
- Westermeyer.(2007) <http://www.what.cognitive therapy>. diperoleh pada 2 April 2009
- Wibisono, S. (2008): <http://www2.kompas.com/kesehatan>)
- Wijono, D (2000). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan; Teori, Strtegi dan Aplikasi*, (volume 2), Airlangga University Press
- Zuriah, N. (2006). *Metodologi penelitian sosial dan pendidikan; teori- aplikasi*. Bumi Aksara. Jakarta



## DATA DEMOGRAFI KELUARGA

## Petunjuk Pengisian

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut
2. Isilah pertanyaan dengan cara menuliskan nomor pilihan pada kotak yang tersedia
3. Apabila ada pilihan lain, sebutkan, lalu tuliskan nomor pilihan pada kotak yang tersedia

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

Usia Responden : \_\_\_\_\_ (Tahun)

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

## KUESIONER A

I. Hubungan dengan pasien 

1. orang tua
2. suami
3. istri
4. anak
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. Jenis kelamin 

1. laki-laki
2. perempuan

V. Jenis keluarga 

1. keluarga inti
2. bukan keluarga inti

KUESIONER  
PENGETAHUAN KELUARGA

Nomor responden :

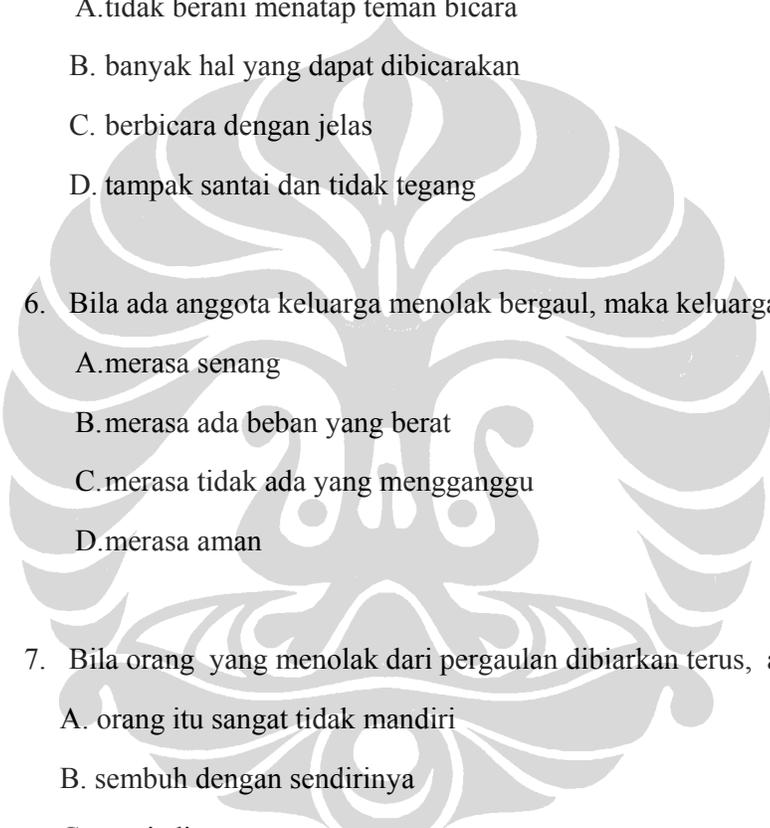
(diisi oleh peneliti)

---

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pertanyaan di bawah ini dengan memberi tanda silang (X) pada jawaban yang paling benar
  2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban
- 

1. Orang yang menolak dari pergaulan biasanya....
  - A. mempunyai keinginan bergaul dengan orang lain
  - B. menolak berbicara dengan orang lain
  - C. mempunyai teman akrab
  - D. peduli dengan orang lain
2. Ciri-ciri orang yang mampu bergaul adalah....
  - A. hubungan akrab hilang
  - B. tidak mampu bicara dengan orang lain
  - C. merasa nyaman berada di antara orang lain
  - D. suka menyendiri
3. Alasan orang tidak mau berhubungan dengan orang lain adalah....
  - A. suasana keluarga yang menyenangkan
  - B. anggota keluarga tidak suka menyalahkan
  - C. sering mendapat perlakuan kasar dari keluarga
  - D. antar anggota keluarga saling mengasihi

- 
4. Orang akan senang berbicara dengan orang lain apabila....
- A. merasa ditolak orang lain
  - B. merasa tidak nyaman dengan orang lain
  - C. merasa tidak ada manfaatnya
  - D. merasa dibutuhkan /berguna
5. Orang yang menolak dari pergaulan menunjukkan ciri-ciri
- A. tidak berani menatap teman bicara
  - B. banyak hal yang dapat dibicarakan
  - C. berbicara dengan jelas
  - D. tampak santai dan tidak tegang
6. Bila ada anggota keluarga menolak bergaul, maka keluarga....
- A. merasa senang
  - B. merasa ada beban yang berat
  - C. merasa tidak ada yang mengganggu
  - D. merasa aman
7. Bila orang yang menolak dari pergaulan dibiarkan terus, akan berakibat....
- A. orang itu sangat tidak mandiri
  - B. sembuh dengan sendirinya
  - C. menjadi orang yang matang
  - D. menjadi orang yang sabar
8. Bila anggota keluarga mampu bergaul, maka keluarga merasa....
- A. sedih dan berduka
  - B. sulit mengerjakan tugas harian
  - C. tidak ada kebebasan
  - D. hidup tenang dan terasa ringan

9. Bila anggota keluarga tidak mau bergaul, sebaiknya keluarga....
- A. membiarkan karena tidak ada biaya
  - B. menunggu petugas puskesmas datang
  - C. mengambil keputusan untuk merawat
  - D. melakukan pasung untuk menutupi aib
10. Cara mengambil keputusan yang baik adalah....
- A. menunggu petugas kesehatan
  - B. mencari pertolongan ke dukun
  - C. melakukan musyawarah
  - D. tidak peduli
11. Cara yang dilakukan keluarga supaya anggota keluarga mau bergaul adalah....
- A. anjurkan dia untuk melakukan kegiatan
  - B. tidak melakukan tegur-sapa
  - C. membiarkan dia untuk sendirian
  - D. tidak usah diajak bicara
12. Bila dia menyendiri di kamar tidur, sebaiknya keluarga TIDAK....
- A. anjurkan untuk melakukan kegiatan harian
  - B. libatkan dia bersama anggota keluarga yang lain
  - C. dukung semangat untuk berolah raga
  - D. membiarkan saja
13. Rumah yang kurang baik bagi orang yang tidak mau bergaul adalah....
- A. kamar tidur nyaman dan dekat dengan anggota keluarga yang lain
  - B. semua kebutuhan dapat diraih dengan mudah
  - C. berikan kesempatan untuk berbicara dengan orang lain
  - D. jendela kecil dan terkunci agar pasien tidak kabur

14. Sikap yang BAIK pada anggota keluarga yang tidak mau bergaul ....
- A. memperlakukan dia seperti anggota keluarga yang lain
  - B. bicara dibatasi seperlunya saja
  - C. menunjukkan sikap tidak peduli
  - D. membiarkan dia sesuai keinginannya
15. Bila dia mengalami kekambuhan, HINDARILAH....
- A. mengantar dia berkunjung ke puskesmas
  - B. konsultasi dengan petugas kesehatan
  - C. anjurkan dan awasi minum obat secara teratur
  - D. megurung dia di kamar agar tidak keluar
16. Fasilitas kesehatan yang dapat dihubungi keluarga bila dia kambuh adalah....
- A. puskesmas
  - B. panti asuhan
  - C. panti pijat
  - D. dukun

## KUESIONER

## KEMAMPUAN KLIEN BERSOSIALISASI

Nomor responden : \_\_\_\_\_ (diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda (√) pada kolom jawaban yang menurut anda sesuai dengan yang klien alami

2. Keterangan :

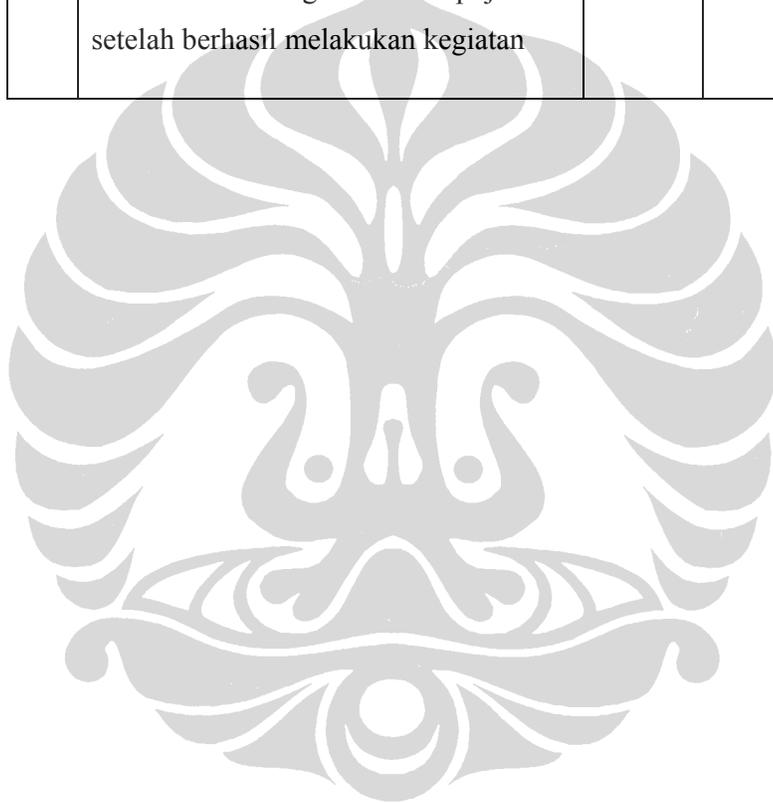
Empat pilihan pernyataan itu meliputi

- a. **tidak pernah** melakukan tindakan tersebut
- b. **kadang-kadang** melakukan tindakan tersebut
- c. **sering** melakukan tindakan tersebut
- d. **selalu** melakukan tindakan tersebut

No	Kemampuan anggota keluarga yang menolak dari pergaulan dengan orang lain dalam kehidupan sehari-hari	Tidak Pernah	Kadang kadang	Sering	Selalu
1	Dia membalas sapaan dan salam dari teman bicara				
2	Dia membalas uluran tangan untuk berjabat tangan pada teman bicara.				
3	Dia mampu menyebutkan namanya, saat ditanya oleh orang lain				
4	Wajahnya tampak berseri-seri ketika diajak berbicara				
5	Dia memandang wajah teman bicara				

No	Kemampuan anggota keluarga	Tidak Pernah	Kadang kadang	Sering	Selalu
6	Dia merasa senang setelah berbicara dengan orang lain				
7	Dia merasa nyaman saat berbicara dengan orang lain				
8	Dia mau mengerjakan pekerjaan rutin sehari-hari, misalnya menyapu halaman atau mencuci pakaiannya				
9	Dia mampu meminta kebutuhan dasarnya, misalnya makan/minum, sabun mandi, dll				
10	Dia mampu menyebutkan alasan mengapa ia tidak mau berbicara dengan orang lain				
11	Dia merasa senang mempunyai teman bicara ('teman ngobrol')				
12	Dia merasa kesepian apabila tidak ada yang mengajak bicara				
13	Dia bersedia diajak untuk berbicara dengan orang lain				
14	Dia berbicara dengan mudah dan jelas				
15	Dia ikut terlibat aktif dalam kegiatan bersama anggota keluarga yang lain di rumah				
16	Dia mengawali pembicaraan dengan orang lain				

No	Kemampuan anggota keluarga	Tidak Pernah	Kadang kadang	Sering	Selalu
17	Dia tampak senang bila yang dibicarakan sesuatu yang menyenangkan				
18	Dia mau bergaul dengan orang lain di luar keluarganya sendiri				
19	Dia merasa senang saat diberi pujian setelah berhasil melakukan kegiatan				



## KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
A 1	<b>Pengetahuan Keluarga</b>  Mengenal masalah isolasi sosial <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memahami pengertian isolasi sosial</li> </ul>	<p>Keadaan individu atau kelompok yang mengalami/merasakan keinginan untuk terlibat dengan orang lain tetapi tidak mampu membuat kontak (Carpenito, 1998)</p> <p>Kondisi kesendirian yang dialami individu yang dianggap sebagai sesuatu yang mengancam (Townsend, 1998)</p> <p>Usaha menghindari interaksi dengan orang lain, merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk membagi perasaan, pikiran, atau kegagalan</p> <p>Kesulitan untuk berhubungan secara spontan, memisahkan diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup membagi pengamatan dengan orang lain (MPKP, 2006)</p>	<p>1. Orang yang menolak dari pergaulan biasanya....</p> <p>B. mempunyai keinginan untuk bergaul dengan orang lain</p> <p>B. menolak berbicara dengan orang lain</p> <p>C. mempunyai teman akrab</p> <p>D. peduli dengan orang lain</p> <p>2. Ciri-ciri orang yang mampu bergaul adalah....</p> <p>A. hubungan akrab hilang</p> <p>B. tidak mampu bicara dengan orang lain</p> <p>C. merasa nyaman berada di antara orang lain</p> <p>D. suka menyendiri</p>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Memahami etiologi isolasi sosial</li> </ul>	<p>Faktor predisposisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tumbuh kembang, kesenjangan antara tugas dan tahap perkembangan, sistem keluarga yang terganggu, norma keluarga yang tidak mendukung, peran keluarga yang tidak jelas</li> <li>Biologik, genetik, neurotransmitter</li> <li>Sosiokultural, isolasi lingkungan, stigma negatif, sistem nilai yang berbeda dari kelompok budaya, harapan yang tidak realistik</li> </ul> <p>Faktor pencetus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stresor sosiokultural, menurunnya stabilitas unit keluarga, berpisah dari orang yang berarti</li> <li>Stresor psikologik, ansietas berat berkepanjangan, keterbatasan kemampuan, kegagalan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Alasan orang tidak mau berhubungan dengan orang lain adalah... <ul style="list-style-type: none"> <li>suasana keluarga yang menyenangkan</li> <li>anggota keluarga tidak suka menyalahkan</li> <li>sering mendapat perlakuan kasar dalam keluarga</li> <li>antar anggota keluarga saling mengasihi</li> </ul> </li> <li>Orang akan suka berbicara dengan orang lain apabila.... <ul style="list-style-type: none"> <li>ada prasangka buruk pada orang lain</li> <li>ada keinginan yang tidak tercapai</li> <li>suka melakukan silaturahmi</li> <li>merasa malu karena gagap</li> </ul> </li> <li>Orang akan menolak untuk bergaul apabila <ul style="list-style-type: none"> <li>keuangan keluarga cukup</li> <li>orang tersebut pandai bergaul</li> <li>pekerjaan yang ditekuni berhasil</li> </ul> </li> </ol>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
			D. sedang mengalami musibah atau berduka
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memahamai tanda dan gejala isolasi sosial (MPKP, 2006)</li> </ul>	<p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien menceritakan kesepian atau ditolak orang lain</li> <li>- merasa tidak aman bersama orang lain</li> <li>- merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu</li> <li>- hubungan tidak berarti</li> <li>- tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan</li> <li>- merasa tidak berguna dan tidak yakin dapat melangsungkan hidup</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tidak memiliki teman dekat, menyendiri</li> <li>- tidak komunikatif, asyik dengan dirinya</li> </ul>	<p>2. Orang akan senang berbicara dengan orang lain apabila....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. merasa ditolak orang lain</li> <li>B. merasa tidak nyaman dengan orang lain</li> <li>C. merasa tidak ada manfaatnya</li> <li>D. merasa dibutuhkan /berguna</li> </ul> <p>3. Orang yang menolak dari pergaulan menunjukkan ciri-ciri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. tidak berani menatap teman bicara</li> <li>B. banyak hal yang dapat dibicarakan</li> <li>C. berbicara dengan jelas</li> <li>D. tampak santai dan tidak tegang</li> </ul>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- tindakan berulang dan tak bermakna</li> <li>- tidak ada kontak mata, tidak spontan</li> <li>- tampak sedih dan afek tumpul</li> <li>- banyak diam, kurang energi, tak aktif</li> <li>- tak ada komunikasi verbal, tak mau interaksi dengan orang terdekat</li> <li>- tidak perhatian pada kebersihan diri</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengenal dampak isolasi sosial</li> </ul>	<p>Dampak bagi keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola dalam keluarga berubah, meningkatkan kecemasan, tanda dan gejala disfungsi keluarga (Barry, 1998)</li> <li>- Merupakan bencana stres (<i>catastrophic level of stress</i>), respon berduka dan trauma, (Mohr, dkk)</li> <li>- Beban objektif : defisit perilaku &amp; motivasi, sulit mengerjakan tugas, tidak mampu mengelola keuangan, masalah perilaku seksual, percobaan bunuh diri,</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bila anggota keluarga menolak bergaul, maka keluarga .... <ul style="list-style-type: none"> <li>A. merasa senang</li> <li>B. merasa ada beban yang berat</li> <li>C. merasa tidak ada yang mengganggu</li> <li>D. merasa aman</li> </ul> </li> <li>2. Bila orang yang menolak dari pergaulan dibiarkan terus, akan berakibat.... <ul style="list-style-type: none"> <li>A. orang itu sangat tidak mandiri</li> </ul> </li> </ol>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
		<p>penggunaan obat terlarang, hilang kebebasan dan tanggung jawab</p> <p>- Beban subjektif : reaksi timbal balik akibat beban objektif</p> <p>( Teschinsky,1998, Fletcher, 2003)</p> <p>Dampak bagi klien :</p> <p>Stuart &amp; Laraia (2001, hal 424) perilaku manipulasi, impulsif, dan narkisisme</p>	<p>B. sembuh dengan sendirinya</p> <p>C. menjadi orang yang matang</p> <p>D. menjadi orang yang sabar</p> <p>3. Bila anggota keluarga mampu bergaul, maka keluarga merasa....</p> <p>A. sedih dan berduka</p> <p>B. sulit mengerjakan tugas harian</p> <p>C. tidak ada kebebasan</p> <p>D. hidup tenang dan terasa ringan</p>
2	Mengambil keputusan untuk menyelesaikan masalah isolasi sosial	<p>Gaya pengambilan keputusan (Hersey,2001, dalam Huber, 2006) :</p> <p>- <i>authoritative or autocratic</i>, mengambil keputusan tanpa bantuan orang lain</p> <p>- <i>consultative or collective-participative</i>, mencari masukan</p>	<p>2. Bila anggota keluarga tidak mau bergaul, sebaiknya keluarga....</p> <p>A. membiarkan karena tidak ada biaya</p> <p>B. menunggu petugas puskesmas datang</p> <p>C. mengambil keputusan untuk merawat</p> <p>D. melakukan pasung untuk menutupi aib</p>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
		<p>sebelum mengambil keputusan final</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>facilitative</i>, pengambil keputusan dan anggota bekerjasama tukar pendapat</li> <li>- <i>delegative</i>, anggota keluarga mengambil keputusan dan pemimpin mengontrol</li> </ul> <p>Lima langkah pengambilan keputusan (Mintzberg, 1983, dalam Huber, 2006)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengumpulkan informasi</li> <li>2. memproses informasi</li> <li>3. menentukan pilihan</li> <li>4. merancang implementasi</li> <li>5. melaksanakan keputusan</li> </ol>	<p>3. Cara mengambil keputusan yang baik adalah....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. menunggu petugas kesehatan</li> <li>B. mencari pertolongan ke dukun</li> <li>C. melakukan musyawarah</li> <li>D. tidak peduli</li> </ul>
3	Cara merawat klien dengan isolasi sosial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dengan klien dengan cara bersikap peduli dan tidak ingkar janji</li> <li>2. memberikan dorongan dan semangat pada klien untuk melakukan kegiatan</li> </ol>	<p>2. Cara yang dapat dilakukan keluarga supaya anggota keluarga mau bergaul adalah....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Anjurkan dia untuk melakukan kegiatan</li> <li>B. tidak melakukan tegur-sapa</li> </ul>

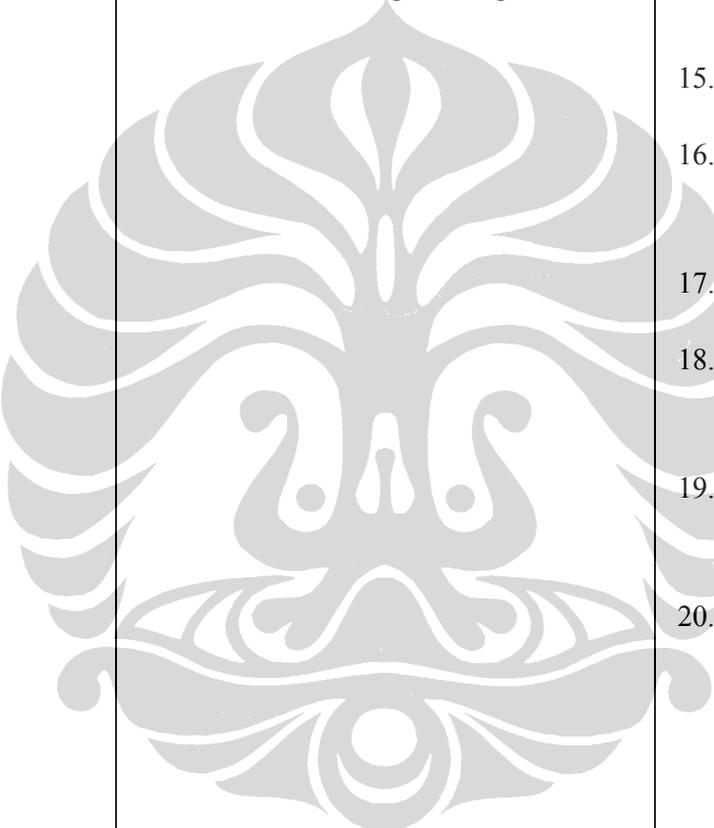
No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
		<p>bersama-sama dengan orang lain, yaitu dengan tidak mencela kondisi klien dan memberikan pujian yang wajar</p> <p>3. Tidak membiarkan klien sendiri di rumah/kamar dalam waktu lama</p> <p>4. Membuat rencana/jadual berinteraksi dengan klien</p>	<p>C. membiarkan dia untuk sendirian</p> <p>D. tidak usah diajak bicara</p> <p>3. Saat berbicara dengan anggota keluarga yang tidak mau bergaul, DILARANG</p> <p>A. marah ketika dia tidak mau bicara</p> <p>B. memberikan pujian wajar bila dia berhasil</p> <p>C. melakukan tegur-sapa dengan sopan</p> <p>D. bicara yang jelas dan mudah dimengerti</p> <p>4. Bila dia menyendiri di kamar tidur, sebaiknya keluarga TIDAK....</p> <p>A. anjuran untuk melakukan kegiatan harian</p> <p>B. libatkan dia bersama anggota keluarga yang lain</p> <p>C. dukungan semangat untuk berolah raga</p> <p>D. membiarkan saja</p>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
			<p>5. Bila dia sulit bergaul dengan orang lain, keluarga DILARANG</p> <p>A. ajarkan cara berkenalan dengan orang lain</p> <p>B. kenalkan dengan orang lain secara bertahap</p> <p>C. memberi hukuman pada dia</p> <p>D. pemberian pujian wajar bila berhasil</p>
4	Menciptakan lingkungan keluarga yang sehat	<p><i>Mileu management</i> (Haber, 1992)</p> <p>Lingkungan sosial meliputi fisik, interpersonal, dan dimensi tindakan (<i>setting</i>)</p> <p>Tiga faktor lingkungan yang terapeutik terdiri dari bagian/komponen dalam keluarga, hubungan yang terjadi antara bagian/komponen dalam keluarga, dan kondisi/keberadaan klien itu sendiri.</p> <p>Prinsip yang harus diperhatikan dalam</p>	<p>1. Rumah yang kurang baik bagi orang yang tidak mau bergaul adalah....</p> <p>A. kamar tidur nyaman dan dekat dengan anggota keluarga yang lain</p> <p>B. semua kebutuhan dapat diraih dengan mudah</p> <p>C. berikan kesempatan untuk berbicara dengan orang lain</p> <p>D. jendela kecil dan terkunci agar pasien tidak kabur</p> <p>2. Sikap yang BAIK pada anggota keluarga yang tidak mau bergaul ....</p>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
		merawat klien adalah demokratis, orientasi, lama hari perawatan, tingkat fungsi yang ada, dan perencanaan pulang	<p>A. memperlakukan dia seperti anggota keluarga yang lain</p> <p>B. Bicara dibatasi seperlunya saja</p> <p>C. menunjukkan sikap tidak peduli</p> <p>D. membiarkan dia sesuai keinginannya</p>
5	Menggunakan sumber yang ada di masyarakat untuk menyelesaikan masalah	<p>Penanggung jawab utam pelayana kesehatan jiwa di masyarakat adalah unit integrasi kesehatan jiwa di puskesmas, yang dibantu unit lain dari pemerintah, swasta, sukarela seperti Balai Latihan Kerja, <i>half way house, cottage, group home</i>, klinik krisis, <i>hot line service</i>, persatuan orang tua/keluarga</p> <p>Profesional pendukung seperti dokter, psikiater, perawat, pekerja sosial, psikolog, terapis okupasi, keluarga, dan</p>	<p>1. Bila dia mengalami kekambuhan, HINDARILAH....</p> <p>A. mengantar dia berkunjung ke puskesmas</p> <p>B. konsultasi dengan petugas kesehatan</p> <p>C. anjurkan dan awasi minum obat secara teratur</p> <p>D. mengurung dia di kamar agar tidak keluar</p> <p>2. Fasilitas kesehatan yang dapat dihubungi keluarga bila dia kambuh adalah....</p> <p>A. puskesmas</p> <p>B. panti asuhan</p> <p>C. panti pijat</p>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
		masyarakat (Keliat, 1996)	D. dukun
1.	<p><b>Kemampuan klien</b></p> <p>Membina hubungan saling percaya</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengucapkan salam tiap kali berinteraksi</li> <li>- Berkenalan, menyebutkan nama, nama panggilan yang disukai, hobi, dan alamat</li> <li>- Mengungkapkan perasaan dan keluhan yang dirasakan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dia membalas sapaan dan salam dari teman bicara</li> <li>2. Dia membalas uluran tangan untuk berjabat tangan pada teman bicara</li> <li>3. Dia mampu menyebutkan namanya, saat ditanya oleh orang lain</li> <li>4. Wajahnya tampak berseri-seri ketika diajak bicara</li> <li>5. Dia memandang wajah teman bicara</li> <li>6. Dia merasa senang setelah berbicara dengan orang lain</li> <li>7. Dia merasa nyaman saat berbicara dengan orang lain</li> </ol>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
2.	Pasien menyadari penyebab isolasi sosial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu memenuhi kebutuhan dasarnya</li> <li>- Klien mengungkapkan alasan tidak mau berinteraksi dengan orang lain</li> <li>- Klien dapat mengungkapkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain</li> <li>- Klien mengenal kerugian tidak berhubungan dengan orang lain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>8. Posisi tubuhnya santai saat berbicara dengan orang lain</li> <li>9. Dia mau mengerjakan pekerjaan rutin rumah sehari-hari misalnya menyapu halaman atau mencuci pakaiannya</li> <li>10. Dia mampu meminta kebutuhan dasarnya, misalnya makan/minum, sabun mandi, dll</li> <li>11. Dia mampu menyebutkan alasan mengapa ia tidak mau berbicara dengan orang lain</li> <li>12. Dia merasa senang mempunyai teman bicara ('teman ngobrol')</li> <li>13. Dia merasa kesepian apabila tidak ada yang mengajak bicara</li> </ul>

No.	Pokok Bahasan (variabel)	Materi	Soal
3.	Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain	- Klien bersedia dibantu untuk berkomunikasi dengan orang lain 	14. Dia bersedia diajak untuk berbicara dengan orang lain 15. Dia berbicara dengan mudah dan jelas 16. Dia ikut terlibat aktif dalam kegiatan bersama anggota keluarga yang lain di rumah 17. Dia mengawali pembicaraan dengan sendirinya 18. Dia tampak senang bila yang dibicarakan sesuatu yang menyenangkan 19. Dia mau bergaul dengan orang lain di luar keluarganya sendiri 20. Dia merasa senang saat diberi pujian setelah berhasil melakukan kegiatan

KISI-KISI SOAL KUESIONER PENELITIAN

Materi	Jumlah soal	No Soal
Pengetahuan keluarga		
1. Memahami masalah isolasi sosial		
- pengertian	2	1,2
- Penyebab	3	3
- Ciri-ciri	2	6,7
- Dampak	3	8,9,10
2. mengenal cara mengambil keputusan	2	11,12
3. Cara merawat klien	4	13,15
4. Memodifikasi lingkungan	2	17,18
5. Menggunakan sumber	2	19,20
Kemampuan klien bersosialisasi		
1. Klien dapat membina hubungan saling percaya.		
- mengucapkan salam	1	1
- berkenalan	3	2,3,4
- ungkapkan perasaan	4	5,6,7,8
- memenuhi kebutuhan dasar	2	9,10
2. Menyadari penyebab isolasi sosial	3	11,12,13
3. Berinteraksi dengan orang lain	7	14,15,16,17,18,19,20

## KUNCI JAWABAN SOAL INSTRUMEN PENGETAHUAN KELUARGA

No. soal	Kunci	No. soal	Kunci
1	B	11	A
2	C	12	D
3	C	13	D
4	D	14	A
5	A	15	D
6	B	16	A
7	A		
8	D		
9	C		
10	C		

**JADUAL KEGIATAN PENELITIAN**

**SEMESTER GENAP 2008-2009**

Kegiatan	Pebruari				Maret				April				Mei				Juni				Juli		
	1	2	2	4	1	1	2	3	4	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1. Penyelesaian proposal (Bab I - IV)																							
2. Ujian Proposal																							
3. Pengumpulan data																							
4. Penulisan laporan																							
5. Ujian hasil penelitian																							
6. Sidang tesis																							

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Depok, April 2009

Kepada Yth :

Bapak/Ibu.....

Calon Responden

di tempat

Dengan Hormat,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa magister ilmu keperawatan kekhususan keperawatan Jiwa Program Paska Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia:

Nama : Komarudin

NPM : 0706195516

Akan mengadakan penelitian berjudul “ Analisis Hubungan Pengetahuan keluarga dalam merawat gangguan jiwa dengan kemampuan bersosialisasi pada klien dengan isolasi sosial di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso Jawa Timur. Dengan ini kami meminta kesediaan Bapak/Ibu/saudara/i untuk menjadi responden penelitian tersebut (lembar persetujuan menjadi responden terlampir).

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu, kami ucapkan terimakasih.

Peneliti

Komarudin

NPM. 0706195516

## LEMBAR PERSETUJUAN

## MENJADI RESPONDEN

Judul : Analisis Hubungan Pengetahuan keluarga dalam merawat gangguan jiwa dengan kemampuan bersosialisasi pada klien dengan isolasi sosial di wilayah kerja Puskesmas Nangkaan Kabupaten Bondowoso Jawa Timur

Nama Peneliti : Komarudin

Pembimbing : 1. Prof. Hj. Achir Yani S. Hamid, DN.Sc  
2. Mustikasari, SKp. MARS

Kami memahami bahwa penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi kami dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Penelitian dilakukan dengan tujuan untuk kepentingan masyarakat dan pengembangan profesi keperawatan. Jawaban yang kami berikan juga akan dijaga kerahasiaannya serta kami diberi kesempatan untuk bertanya pada hal-hal yang belum dimengerti. Apabila dalam pertanyaan menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan menghentikan pengumpulan data dan peneliti memberikan hak kepada kami untuk mengundurkan diri dari penelitian tanpa resiko apapun. Kami mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan, semua berkas yang tercantum dan identitas subjek penelitian hanya akan digunakan pengolahan data, dan jika telah selesai akan dimusnahkan dan hanya peneliti yang tahu kerahasiaan data. Jika kami tidak mau meneruskan penelitian ini, kami dapat menghentikannya. Dengan demikian kami menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

Bondowoso, Mei 2009

Responden

( )

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Komarudin  
Tempat/Tanggal Lahir : Brebes, 8 Desember 1968  
Jenis Kelamin : Laki- laki  
Pekerjaan : Staf Pengajar Fikes Universitas Muhammadiyah Jember  
Alamat : Jl. Ijen Blok F No. 9 Perumahan Jember Permai I  
Jember Jawa Timur, 68121  
Telepon : (0331) 321600 / 081946600386  
Alamat Kantor : Jl. Karimata 49 (Lantai IV) Jember Jawa Timur, 68121  
Telepon : (0331) 332240

### **Pendidikan**

1999 S1 Keperawatan Universitas Indonesia  
1992 Akademi Keperawatan Muhammadiyah Semarang  
1988 SMA Negeri I Brebes  
1985 SMP Negeri I Ketanggungan Brebes  
1982 SD Negeri II Ketanggungan Brebes

### **Pekerjaan**

1993 – sekarang Staf Pengajar Fikes Universitas Muhammadiyah