

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION THERAPY*
TERHADAP BEBAN DAN KEMAMPUAN KELUARGA
DALAM MERAWAT KLIEN PASUNG DI KABUPATEN
BIREUEN NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

TESIS

**Hasmila Sari
NPM : 0706194690**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Hasmila Sari

NPM : 0706194690

Tanda Tangan :

Tanggal : 16 Juli 2009

**PENGARUH *FAMILY PSYCHOEDUCATION THERAPY*
TERHADAP BEBAN DAN KEMAMPUAN KELUARGA
DALAM MERAWAT KLIEN PASUNG DI KABUPATEN
BIREUEN NANGGROE ACEH DARUSSALAM**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**Hasmila Sari
NPM : 0706194690**

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PASCA SARJANA
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Hasmila Sari

NPM : 0706194690

Tanda Tangan :

Tanggal : 16 Juli 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Hasmila Sari
NPM : 0706194690
Program Studi : Pasca Sarjana
Judul Tesis : Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy*
terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam
Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen
Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M.App.Sc (.....)

Pembimbing : Mustikasari, SKp., MARS (.....)

Penguji : Herni Susanti, SKp., M.N (.....)

Penguji : Novy Helena C.D. SKp., M.Sc (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 16 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT karena dengan berkat dan rahmat-Nya maka penulis bisa menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam”.

Tesis ini dibuat sebagai tujuan untuk media internalisasi mahasiswa dalam memahami ilmu keperawatan dari aspek keluarga yang dapat dimanfaatkan sebagai dasar dalam mengembangkan ilmu keperawatan terkait dan praktik keperawatan.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MA, Phd. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp., M.App. Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sekaligus sebagai koordinator mata ajaran tesis yang telah memberikan pengarahan tentang penyusunan tesis.
3. Dr. Budi Anna Keliat, SKp. M.App. Sc, selaku Pembimbing I yang telah mencaurahkan perhatian beliau walaupun dengan berbagai kesibukannya, memberikan bimbingan dan dukungan selama penyusunan tesis ini.
4. Ibu Mustikasari, SKp., MARS, selaku Pembimbing II yang telah memberikan arahan dan saran yang sangat bermakna bagi penulis selama penyusunan tesis.
5. Ibu Novy Helena CD, SKp.M.Sc, selaku asisten pembimbing penyusunan tesis yang telah banyak membantu dan memfasilitasi penulis selama penyusunan tesis.
6. Kepala Dinas Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam dan seluruh Kepala Puskesmas yang menjadi area penelitian serta rekan-rekan *CMHN* Kabupaten Bireuen yang telah banyak memfasilitasi selama pelaksanaan

penelitian.

7. Keluarga dan klien yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini
8. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
9. Rekan-rekan Program Pascasarjana Kekhususan Jiwa Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2007
10. *My partner in crime* “Ny. Rizki Fitryasari PK” yang selalu siap sedia menemaniku berpetualang
11. Keluarga tercinta yang selalu mendukung secara moril dan materil
12. Seluruh pihak yang telah mendukung penyusunan tesis ini

Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih pada semuanya. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan guna perbaikan di masa mendatang dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

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 : Hasmila Sari
NPM : 0706194690
Program Studi : Pasca Sarjana
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 :

Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen Propinsi Nanggroe Aceh Darussalam

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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 : 16 Juli 2009
Yang menyatakan

(Hasmila Sari)

ABSTRAK

Nama : Hasmila Sari
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam

Pasung merupakan suatu tindakan memasang sebuah balok kayu pada tangan dan/atau kaki seseorang, diikat atau dirantai, ditinggalkan pada suatu tempat tersendiri di dalam rumah ataupun di hutan. Bireuen menempati urutan pertama untuk kasus pasung terbanyak di Aceh. Keluarga dengan klien gangguan jiwa yang dipasung seringkali merasakan beban yang berkaitan dengan perawatan klien. Alasan keluarga melakukan pemasangan adalah mencegah perilaku kekerasan, mencegah risiko bunuh diri, mencegah klien meninggalkan rumah dan ketidakmampuan keluarga merawat klien gangguan jiwa. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh FPE terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung dan mengetahui tingkat kemandirian klien pasung dalam perawatan diri setelah mendapatkan asuhan keperawatan defisit perawatan diri. Desain penelitian *quasi eksperiment* dengan pendekatan *pre post test without control group*. Penelitian dilakukan di 8 Puskesmas di Kabupaten Bireuen menggunakan *total sampling* yaitu 20 keluarga yang terdiri dari 11 keluarga dengan klien pasung dan 9 keluarga dengan klien lepas pasung. *Family Psychoeducation* (FPE) merupakan sebuah metode terapi keluarga yang dikembangkan oleh NAMI (*National Alliance for Mentally Ill*) untuk memberikan dukungan kepada keluarga. FPE dilakukan melalui 5 sesi dan asuhan keperawatan defisit perawatan diri sebanyak 4 sesi. Hasil uji statistik *dependent t-Test* menunjukkan penurunan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga secara bermakna setelah mendapat FPE. Aspek kemandirian klien (aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan) dalam perawatan diri meningkat secara bermakna setelah mendapat intervensi defisit perawatan diri. Diharapkan penerapan FPE pada keluarga dengan pasung dapat dilakukan di pelayanan kesehatan jiwa Puskesmas sehingga pada akhirnya dapat tercapai 'Aceh Bebas Pasung'.

Kata Kunci: beban keluarga, *family psychoeducation*, kemampuan keluarga, kemandirian

ABSTRACT

Name : Hasmila Sari
Study Program : Nursing Science
Title : The Effect of Family Psychoeducation Therapy to Burden and Family Ability in Taking Care of Pasung Client in Bireuen District Nanggroe Aceh Darussalam.

Pasung represent an action which installing a log wood at hand or feet, bound or enchained is then detached at one particular separate place within doors and/or in the forest. Bireuen has the most pasung cases number in Aceh. Usually a lot of problems, subjective or objective burden related to client treatment got by family. The reasons given for pasung were often multiple, including violence, concern about the person wandering off or running away and coming to harm, concern about possibility of suicide, and the unavailability of a caregiver. *Family Psychoeducation* is a therapy method developed by NAMI (*National Alliance for Mentally Ill*) to give fully support to the family. The aim of this research is to find out the FPE influence towards burden and family ability in taking care of pasung client. Also expand the research about client independence after getting deficit self care treatment. This quasi experiment did with pre post test without control group. The samples was taken to 20 families (11 families of client pasung and 9 families of ex client pasung) spread in 8 Puskesmas of Bireuen District with total sampling method. FPE conduct in 5 sesion and 4 sesion for deficit self care treatment. The statistic result of dependent t-Test showed that there was a significant effect in decreasing the family burden and increasing the family ability. The aspect of client independence (daily activity, social activity, solved the problems and medication) in self care also increased significantly after getting intervention of self care deficit. After all the research result, it's strongly recommended especially for Puskesmas should be a facilitating unit in implementing Family Psychoeducation to families which has pasung client to achieve better life "Free Aceh From Pasung".

Keywords : client independence, family abilities, family burdens, family psychoeducation

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUTAN.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	16
1.3 Tujuan Penelitian.....	17
1.4 Manfaat Penelitian.....	18
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Keluarga.....	19
2.2 Beban Keluarga.....	47
2.3 Terapi Psikoedukasi Keluarga.....	51
2.4 Pedoman FPE untuk Keluarga dengan Pasung.....	56
BAB III. KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	59
3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	62
3.3 Hipotesis.....	65
3.4 Definisi Operasional.....	65
BAB IV. METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	72
4.2 Populasi dan Sampel.....	73
4.3 Tempat Penelitian.....	75
4.4 Waktu Penelitian.....	75
4.5 Etika Penelitian.....	76
4.6 Alat Pengumpul Data.....	77
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	80
4.8 Analisis Data.....	84

BAB V. HASIL PENELITIAN	
5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian.....	88
5.2 Karakteristik Klien Pasung dan Keluarganya.....	99
5.3 Beban dan Kemampuan Keluarga.....	93
5.4 Kemandirian Klien Pasung.....	95
5.5 Hubungan Karakteristik Keluarga dan Klien.....	96
BAB VI. PEMBAHASAN	
6.1 Pengaruh FPE terhadap Beban Keluarga.....	107
6.2 Pengaruh FPE terhadap Kemampuan Keluarga.....	110
6.3 Kemandirian Klien Pasung.....	116
6.4 Hubungan Karakteristik Keluarga dan Klien.....	118
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	133
6.6 Implikasi Keperawatan.....	134
BAB VII. SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	136
7.2 Saran.....	137
DAFTAR PUSTAKA.....	140
LAMPIRAN	

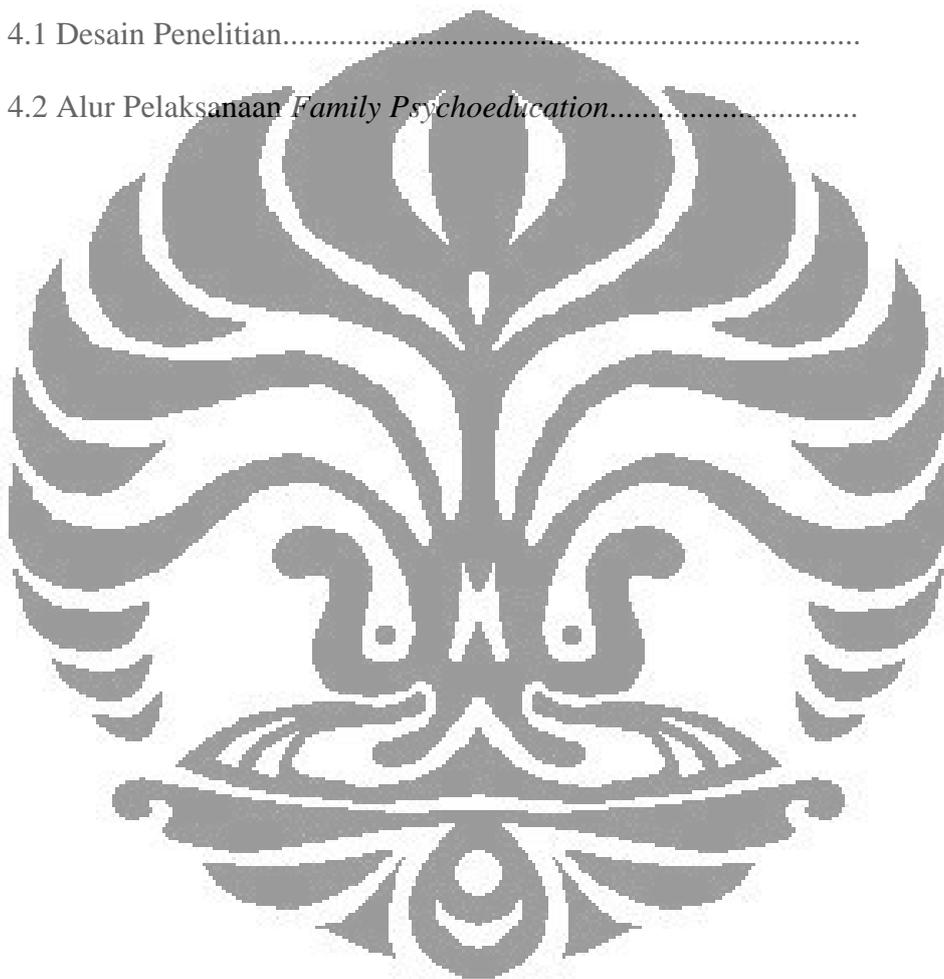
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 <i>Paradigm Used in Working with Families</i>	41
Tabel 3.1 Definisi Operasional Karakteristik Keluarga.....	66
Tabel 3.2 Definisi Operasional Karakteristik Klien.....	67
Tabel 3.3 Definisi Operasional Pelayanan CMHN.....	68
Tabel 3.4 Definisi Operasional Variabel Dependen, Independen dan Intervensi.....	68
Tabel 4.1 Jumlah Sampel Masing-Masing Puskesmas	75
Tabel 4.2 Hasil Uji Instrumen.....	80
Tabel 4.3 Analisis Bivariat.....	86
Tabel 5.1 Analisis Karakteristik Klien Pasung.....	90
Tabel 5.2 Distribusi Frekwensi Klien Pasung.....	91
Tabel 5.3 Analisis Usia Keluarga Klien Pasung.....	91
Tabel 5.4 Distribusi Frekwensi Keluarga Klien Pasung.....	92
Tabel 5.5 Analisis Pelayanan CMHN.....	93
Tabel 5.6 Analisis Perbedaan Beban Keluarga.....	93
Tabel 5.7 Analisis Perbedaan Kemampuan Keluarga.....	94
Tabel 5.8 Analisis Perbedaan Aspek Kemandirian Klien.....	95
Tabel 5.9 Analisis Korelasi & Regresi Usia terhadap Beban.....	96
Tabel 5.10 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Beban.....	97
Tabel 5.11 Analisis Korelasi & Regresi Usia terhadap Kemampuan Kognitif Keluarga.....	98
Tabel 5.12 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Kemampuan Kognitif Keluarga.....	98
Tabel 5.13 Analisis Korelasi & Regresi Usia terhadap Kemampuan Psikomotor Keluarga.....	99

Tabel 5.14 Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Kemampuan Psikomotor Keluarga.....	100
Tabel 5.15 Analisis Korelasi & Regresi Karakteristik Klien terhadap Aktivitas Harian Klien Pasung.....	100
Tabel 5.16 Hubungan Karakteristik Klien dengan Aktivitas Harian Klien Pasung.....	101
Tabel 5.17 Analisis Korelasi & Regresi Karakteristik Klien terhadap Aktivitas Sosial Klien Pasung.....	101
Tabel 5.18 Hubungan Karakteristik Klien dengan Aktivitas Sosial Klien Pasung.....	102
Tabel 5.19 Analisis Korelasi & Regresi Karakteristik Klien terhadap Cara Mengatasi Masalah Klien Pasung.....	103
Tabel 5.20 Hubungan Karakteristik Klien dengan Cara Mengatasi Masalah Klien Pasung.....	103
Tabel 5.21 Analisis Korelasi & Regresi Karakteristik Klien terhadap Pengobatan Klien Pasung.....	104
Tabel 5.22 Hubungan Karakteristik Klien dengan Pengobatan Klien Pasung.....	104
Tabel 5.23 Analisis Korelasi & Regresi Pelayanan CMHN terhadap Aktivitas Harian Klien Pasung.....	105
Tabel 5.24 Analisis Korelasi & Regresi Pelayanan CMHN terhadap Aktivitas Sosial Klien Pasung.....	105
Tabel 5.25 Analisis Korelasi & Regresi Pelayanan CMHN terhadap Cara Mengatasi Masalah Klien Pasung.....	106
Tabel 5.26 Analisis Korelasi & Regresi Pelayanan CMHN terhadap Pengobatan Klien Pasung.....	106

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	61
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	64
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	73
Skema 4.2 Alur Pelaksanaan <i>Family Psychoeducation</i>	84



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Kuesioner A (Data diri responden dan klien)
- Lampiran 4. Kuesioner B (Beban keluarga)
- Lampiran 5. Kuesioner C (Kemampuan keluarga : kemampuan kognitif)
- Lampiran 6. Kuesioner C (Kemampuan keluarga : kemampuan psikomotorik)
- Lampiran 7. Kisi-Kisi Soal Beban, Kemampuan Kognitif dan Psikomotor Keluarga
- Lampiran 8. Pedoman Observasi Kemampuan Psikomotor
- Lampiran 9. Pedoman Observasi Kemandirian Klien
- Lampiran 10. Panduan Wawancara Pelayanan CMHN
- Lampiran 11. Modul *Family Psychoeducation Therapy*
- Lampiran 12. Keterangan Lulus Uji Etik
- Lampiran 13. Keterangan Lulus Uji Kompetensi dan *Expert Validity*
- Lampiran 14. Surat Izin Penelitian FIK-UI
- Lampiran 15. Surat Izin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen
- Lampiran 16. Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan mental di Indonesia selama ini relatif terabaikan, padahal penurunan produktifitas akibat gangguan kesehatan jiwa terbukti berdampak nyata pada perekonomian (Setiawan, 2008). Di Indonesia, jumlah penderita masalah kesehatan jiwa cukup tinggi dan cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Di hampir seluruh bagian dari wilayah Indonesia dan selama beberapa dekade, populasi telah mengalami masa sulit karena konflik, kemiskinan ataupun bencana alam. Sejumlah besar masyarakat Indonesia mengalami penderitaan mental yang bervariasi mulai dari tekanan psikologis ringan hingga gangguan mental akut. Meskipun gangguan mental tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga penderita dan lingkungan masyarakat sekitarnya. Sampai saat ini, perhatian pemerintah terhadap kesehatan jiwa di tanah air boleh dikatakan kurang memuaskan.

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnson, 1997, dalam Videbeck, 2008). Tidak ada satu pun definisi universal untuk kesehatan jiwa, tetapi secara analogi kesehatan jiwa seseorang dapat dilihat dari perilakunya. Perilaku seseorang dapat ditafsirkan secara berbeda oleh orang lain sesuai nilai dan keyakinan sehingga dapat dikatakan kesehatan jiwa seseorang merupakan suatu keadaan yang dinamik atau selalu berubah.

Menurut *U.S. Department of Health* (1999, dalam Varcariolis, 2006), kesehatan jiwa didefinisikan sebagai suatu keberhasilan pencapaian fungsi mental, mampu untuk beraktivitas secara produktif, menikmati hubungan dengan orang lain dan menerima perubahan atau mampu mengatasi hal yang tidak menyenangkan dimana individu dengan mental yang sehat memiliki

kapasitas berpikir rasional, keterampilan berkomunikasi, belajar, pertumbuhan emosional, kemampuan bertahan dan harga diri. Dari pernyataan di atas dapat dilihat bahwa pendekatan untuk menentukan kriteria sehat jiwa sering merujuk pada hal-hal atau norma-norma yang dapat diterima oleh masyarakat sebagai sesuatu yang wajar sehingga penentuan untuk mendefinisikan sehat jiwa menjadi sulit. Kebudayaan setiap masyarakat sangat mempengaruhi nilai dan keyakinan mereka sehingga dapat mempengaruhi definisi sehat dan sakit.

Menurut *American Psychiatric Association* (2000, dalam Varcarolis, 2006), gangguan jiwa didefinisikan sebagai suatu sindrom atau pola psikologis atau perilaku yang penting secara klinis yang terjadi pada seseorang dan dikaitkan dengan adanya distress atau disabilitas atau disertai peningkatan risiko kematian yang menyakitkan, nyeri, disabilitas atau kehilangan kebebasan. Sedangkan menurut Kaplan dan Sadoek (2007), gangguan jiwa merupakan gejala yang dimanifestasikan melalui perubahan karakteristik utama dari kerusakan fungsi perilaku atau psikologis yang secara umum diukur dari beberapa konsep norma, dihubungkan dengan distress atau penyakit, tidak hanya dari respon yang diharapkan pada kejadian tertentu atau keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya. Menegaskan batasan gangguan jiwa tidaklah mudah karena banyak faktor yang dapat dijadikan sebagai tolak ukur untuk menentukan seseorang terkena gangguan jiwa. Menilik pada pernyataan di atas, dapat dikatakan bahwa gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik maupun dengan mental yang dianggap tidak sesuai dengan konsep norma yang ada.

Penyebab kesakitan dan kematian di seluruh dunia saat ini telah bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, stroke dan gangguan jiwa (Riskesdas, 2007). Laporan WHO (2007) melaporkan bahwa 31,7% morbiditas karena gangguan jiwa yang mengakibatkan ketidakmampuan pada penderita disebabkan oleh lima kondisi neuropsikiatri yaitu 11,8% depresi unipolar, 3,3% penyalahgunaan alkohol, 2,8%

schizofrenia, 2,4% depresi bipolar dan 1,6% demensia. Dari pernyataan diatas dapat diketahui bahwa depresi merupakan penyebab angka kesakitan terbesar di seluruh dunia. Meskipun depresi masih termasuk gangguan jiwa dalam tingkat ringan tetapi tetap harus diwaspadai sehingga tidak sampai berlanjut ke tingkat bunuh diri dan dapat menjadi pemicu timbulnya schizofrenia.

Data WHO (2006) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa, dimana panik dan cemas adalah gejala paling ringan (Maramis, 2006). Empat jenis penyakit langsung yang dapat ditimbulkan yaitu depresi, penggunaan alkohol, gangguan bipolar, dan skizofrenia (Irmansyah, 2008). Untuk tahun 2008 diperkirakan terjadi peningkatan morbiditas gangguan jiwa sekitar 50 juta atau 25 persen dari 220 juta penduduk Indonesia yang mengalami gangguan jiwa. Artinya, satu dari empat penduduk Indonesia mengidap penyakit jiwa dari tingkat paling ringan sampai berat (Hawari, 2008). Data di atas menunjukkan bahwa peningkatan morbiditas gangguan jiwa di Indonesia menunjukkan penyebab yang sama dengan morbiditas dunia dimana depresi menjadi salah satu penyebab yang harus diwaspadai sebagai pemicu awal terjadinya gangguan jiwa yang lebih berat.

Gangguan jiwa dikatakan berkontribusi tinggi terhadap mortalitas. Ratusan juta orang di dunia dipengaruhi oleh gangguan mental, perilaku, neurologis dan penyalahgunaan zat. Perkiraan oleh WHO (2005) menunjukkan bahwa gangguan neuropsikiatri mengakibatkan mortalitas sekitar 1,2 juta orang setiap tahun dengan penyebab paling banyak karena demensia, gejala Parkinson dan epilepsi. Sekitar 40.000 kematian disebabkan karena depresi, skizofrenia, dan sindrom post trauma sementara 182.000 orang berada di bawah pengaruh penyalahgunaan alkohol dan zat terlarang. Dan terakhir ditemukan fakta bahwa sekitar 800.000 orang meninggal karena bunuh diri tiap tahunnya, 86% berada di negara miskin dan berkembang dan lebih dari setengahnya berusia antara 15 dan 44 tahun (*The Lancet*, 2007). Dari data-data di atas diperkirakan bahwa persentase gangguan jiwa akan terus bertambah seiring dengan

meningkatnya beban hidup masyarakat di seluruh dunia. Sayangnya, untuk mengatasi masalah kesehatan mental ini, belum didukung dengan sumber daya, fasilitas, maupun kebijakan kesehatan mental yang memadai.

Di Indonesia, jumlah klien gangguan jiwa cukup tinggi dan cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Untuk mengetahui besarnya masalah gangguan jiwa di masyarakat, Departemen Kesehatan melakukan studi di setiap provinsi. DKI Jakarta merupakan provinsi dengan prevalensi gangguan jiwa berat tertinggi di Indonesia, yaitu sebesar 20,3 %. Secara keseluruhan, prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia adalah sebesar 4,6 % (Riskesdas, 2007). Jumlah penduduk Indonesia tahun 2007 diperkirakan sebanyak 224 juta jiwa (Bappenas, 2008). Dengan prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia sebesar 4,6 % maka diperkirakan angka kejadian gangguan jiwa berat sebanyak 1.030.400 jiwa. Dari pernyataan di atas dapat diperkirakan semakin banyak penduduk Indonesia yang mengidap penyakit jiwa dari tingkat paling ringan sampai berat mulai dari stres, panik, cemas, depresi, hingga hilang ingatan. Data tersebut juga menunjukkan bahwa setiap tahun jumlah klien gangguan jiwa di Indonesia terus mengalami peningkatan. Masalah ekonomi, iklim politik yang selalu memanas ditambah bencana alam yang kerap terjadi di tanah air disinyalir menjadi penyebab meningkatnya prevalensi gangguan jiwa setiap tahun.

Masalah kesehatan mental pada awalnya kurang mendapat perhatian oleh karena tidak langsung terkait sebagai penyebab kematian. Perhatian terhadap masalah kesehatan mental meningkat setelah *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1993 melakukan penelitian tentang beban yang ditimbulkan akibat penyakit dengan mengukur banyaknya tahun suatu penyakit dapat menimbulkan ketidakmampuan penyesuaian diri hidup penderita (*Disability Adjusted Life Years/DALYs*). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ternyata gangguan mental mengakibatkan beban cukup besar yaitu 8,1 persen dari *global burden of disease* (GDB) melebihi beban yang diakibatkan oleh penyakit tuberkulosis dan kanker. Dari 8,1 persen GDB

yang ditimbulkan oleh gangguan neuropsikiatri, gangguan depresi memberikan beban terbesar yaitu 17,3 persen, sedangkan gangguan psikosis memberikan beban 6,8 persen (Hartanto, 2003). Gangguan jiwa walaupun tidak langsung menyebabkan kematian, namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga, baik mental maupun materi karena penderita tidak dapat lagi produktif.

Perawatan kasus psikiatri dikatakan mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang (Videbeck, 2008). Biaya berobat yang harus ditanggung pasien tidak hanya meliputi biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya (Djarmiko, 2007). Gangguan jiwa ringan dan berat sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup dan produktivitas individual/keluarga karena akibat yang ditimbulkan menetap seumur hidup, bersifat kronik dengan tingkat kekambuhan yang dapat terjadi setiap saat sehingga pada akhirnya menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat. Sejalan dengan dampak ekonomi yang ditimbulkan berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung keluarga maupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia dapat dikatakan belum memuaskan. Dari segi pendanaan, pemerintah hanya mengalokasikan anggaran di bawah 1% untuk penyakit jiwa dari total anggaran kesehatan di Indonesia (Irmansyah, 2006). Data Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), saat ini hanya tersedia sekitar 8.500 tempat tidur di rumah sakit jiwa seluruh Indonesia padahal jumlah penderita gangguan jiwa berat di Indonesia diperkirakan sekitar 10 juta jiwa. Kondisi di atas masih ditambah dengan minimnya jumlah tenaga kesehatan yang bergerak di bidang kesehatan jiwa seperti psikiater dan perawat kesehatan jiwa. Kecilnya anggaran untuk menangani klien gangguan jiwa juga berdampak pada pelayanan kesehatan di rumah sakit jiwa sehingga untuk mengatasinya

diharapkan perbaikan penanganan di sektor masyarakat dan komunitas.

Bertolak belakang dengan kondisi di atas, menurut UU No.23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal (4) disebutkan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Seseorang dengan ketidakmampuan mental dan emosional sering menghadapi stigma dan diskriminasi. Stigma terhadap ketidakmampuan ini tidak hanya menimbulkan konsekuensi negatif terhadap penderitanya tetapi juga bagi anggota keluarga, meliputi sikap-sikap penolakan, penyangkalan, disisihkan, dan diisolasi. Klien gangguan jiwa mempunyai risiko tinggi terhadap pelanggaran hak asasi manusia (Djatmiko, 2007). Pelanggaran hak asasi manusia dan kebebasan dan penyangkalan hak sipil, politik, ekonomi, sosial dan budaya atas seseorang dengan ketidakmampuan ini merupakan hal yang sering terjadi di seluruh bagian dunia, baik dalam institusi ataupun masyarakat. Tindakan penyiksaan secara fisik, seksual dan psikologis merupakan pengalaman harian bagi orang-orang tersebut. Selain itu, mereka juga menghadapi ketidakadilan kesempatan untuk bekerja dan diskriminasi untuk mengakses pendidikan, layanan kesehatan dan perumahan.

Pasal 1 Deklarasi Universal Hak Asasi Manusia yang digunakan oleh PBB di tahun 1948, menyatakan bahwa semua orang bebas dan setara dalam hak dan martabatnya, dan ini termasuk orang dengan ketidakmampuan mental dan emosional. Di bulan Mei 2008, Konvensi PBB atas Hak Orang dengan Kecacatan berlaku. Instrumen legal internasional ini melindungi semua hak fundamental seseorang dengan kecacatan seperti menunjukkan kapasitas diri, memilih pilihan mereka sendiri, hidup dalam komunitas, menikmati privasi, dilindungi dari tindak diskriminasi, bebas dari penyiksaan, perawatan yang kejam, tidak manusiawi dan merendahkan, termasuk eksperimen ilmiah dan medis tanpa ijin (WHO, 2007). Pernyataan di atas memperlihatkan kondisi yang sering dialami oleh klien gangguan jiwa ketika mereka dimasukkan ke fasilitas rawatan mental dimana mereka kerap mengalami perlakuan tidak layak atau perawatan yang merendahkan martabat mereka. Di sisi lain ketika

jumlah tempat tidur untuk rawatan tidaklah cukup, hal ini mengindikasikan kegagalan rawat inap melalui pembebasan dini pasien. Kondisi tersebut juga merupakan pelanggaran hak asasi klien gangguan jiwa untuk mendapatkan perawatan yang layak.

Dalam hal ini masyarakat mempunyai potensi untuk mengatasi masalah tersebut sehingga perlu dirubah kesadarannya untuk terlibat dalam upaya preventif dan promotif (Djarmiko, 2007). Sejalan dengan paradigma sehat yang dicanangkan Departemen Kesehatan yang lebih menekankan upaya proaktif dan berorientasi pada upaya kesehatan pencegahan (preventif) dan promotif maka penanganan masalah kesehatan jiwa telah bergeser dari *hospital based* menjadi *community based psychiatric services*. Gangguan jiwa dapat dicegah dan diatasi, untuk itu penyelesaiannya tidak hanya oleh tenaga kesehatan tetapi juga perlu melibatkan peran aktif semua pihak terutama keluarga.

Penyelesaian masalah saat merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat ditentukan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga. Menurut Green (1980, dalam Notoatmodjo, 2000), perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *predisposing factor* (faktor predisposisi yang meliputi pengetahuan, sikap, sistem nilai, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi), *enabling factor* (faktor pemungkin yang meliputi ketersediaan sarana dan prasarana, fasilitas kesehatan) dan *reinforcing factor* (faktor penguat yang meliputi sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan petugas kesehatan, undang-undang dan peraturan pemerintah). Berdasarkan paparan diatas, dapat disimpulkan bahwa kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dipengaruhi oleh banyak faktor yang harus diketahui dan dimiliki oleh keluarga sehingga dapat memberikan asuhan yang berkualitas kepada klien.

Hukum pasung merupakan metode yang paling "populer" karena ada dimana-mana. Alat pasung pun sangat beragam dari satu tempat ke tempat lain.

Umumnya hukuman pasung dilaksanakan sebagai pengganti penjara. Orang dihukum pasung karena berbagai sebab, antara lain prostitusi, kriminal biasa, juga sakit jiwa. Di Amerika Serikat pasung diterapkan sampai awal abad ke-20, terutama di pedalaman yang tidak memiliki penjara (Anonim, 2007). Klien gangguan jiwa merupakan kelompok masyarakat yang rentan mengalami pelanggaran HAM dan perlakuan tidak adil. Hal ini disebabkan adanya stigma, diskriminasi, pemahaman yang salah, serta belum adanya peraturan yang benar-benar melindungi mereka. Kondisi ini diperparah dengan munculnya beragam pandangan keliru atau stereotip di masyarakat sehingga karena pandangan yang salah ini masyarakat akhirnya lebih mengolok-olok penderita, menjauhinya, bahkan sampai memasung karena menganggapnya berbahaya.

Di Indonesia, kata pasung mengacu kepada pengekangan fisik atau pengurungan terhadap pelaku kejahatan, orang-orang dengan gangguan jiwa dan yang melakukan tindak kekerasan yang dianggap berbahaya (Broch, 2001, dalam Minas & Diatri, 2008). Pengekangan fisik terhadap individu dengan gangguan jiwa mempunyai riwayat yang panjang dan memilukan. Philippe Pinel dianggap berjasa sebagai orang pertama yang melepaskan para penderita gangguan jiwa yang dirantai di Rumah Sakit *Bicetre and Salpêtrière* di Paris pada akhir abad ke-18 (Beech, 2003, dalam Minas & Diatri, 2008). Tetapi perlakuan tersebut masih terus berlanjut di rumah sakit jiwa, tempat-tempat penyembuhan berbasis agama, dan di berbagai tempat lain di seluruh belahan dunia (Nair, 2004). Beberapa jenis alat pengekangan meliputi rantai/belunggu, tali, kayu, kurungan, dan dikunci dalam ruangan tertutup yang biasanya dilakukan terhadap laki-laki, perempuan dan anak-anak (*The Times*, 2007). Praktek tersebut membangkitkan perhatian terhadap hak asasi manusia terlebih ketika individu yang mendapat perlakuan tersebut meninggal sewaktu dalam pengekangan (Dhanda, 2005). Hak hidup dan kebebasan merupakan hak dasar/asasi bagi setiap manusia bahkan untuk seorang penderita gangguan jiwa. Pasung merupakan salah satu perlakuan yang merampas kebebasan dan kesempatan mereka untuk mendapat perawatan yang memadai dan sekaligus

juga mengabaikan martabat mereka sebagai manusia.

Akhir-akhir ini, pasung mulai mendapat sorotan dari berbagai pihak di belahan dunia antara lain dengan didirikannya *'The Pasung Research Group'* pada bulan September 2008 yang merupakan kolaborasi dari berbagai bidang kesehatan di Indonesia seperti kedokteran, keperawatan, psikologi dan hukum. Tujuan dari didirikannya badan tersebut adalah untuk menghilangkan praktek pasung di Indonesia melalui penelitian, pendidikan dan advokasi (*The Pasung Research Group, 2008*). Kehadiran lembaga tersebut patut disambut gembira apalagi dengan melibatkan bidang keperawatan jiwa yang mempunyai peran yang cukup besar di hampir semua sistem pelayanan kesehatan. Dengan kata lain diharapkan perawat dapat memberikan pengaruh besar dalam mengurangi beban masyarakat karena gangguan jiwa.

Penelitian tentang kasus pasung belum terlalu banyak ditemukan. Salah satu hasil penelitian yang dilakukan oleh Minas dan Diatri (2008), berupa studi deskriptif tentang kasus pasung yang ditemukan di Pulau Samosir Sumatera Utara. Hasil yang dilaporkan dari studi ini menjelaskan bahwa pelanggaran hak asasi manusia yang direpresentasikan dengan pemasungan bukanlah hasil dari ketidakpedulian atau pengabaian oleh keluarga dan komunitas, atau penolakan untuk menerima perawatan kesehatan, tetapi lebih dianggap sebagai bentuk kelalaian pemerintah tentang tanggung jawab mereka untuk menyediakan pelayanan dasar kesehatan jiwa. Untuk itu diperlukan kerjasama yang baik dari berbagai pihak terkait untuk mengatasi hal ini dan melindungi hak asasi para korban pasung. Pada akhirnya diusulkan suatu strategi yang efektif dan berkesinambungan untuk menghapus praktek pasung tersebut dengan memastikan bahwa keluarga dan komunitas mampu serta mempunyai akses ke pelayanan kesehatan jiwa.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Doloksaribu (2008) lebih memfokuskan pada aspek hukum dan pelanggaran hak asasi korban pasung. Dalam studi ini dijelaskan tentang peraturan yang berhubungan dengan penderita gangguan

jiwa dan hak-hak mereka. Untuk menghapus praktek pasung tersebut diperlukan kolaborasi dan kerjasama multisektoral. Doloksaribu bahkan mengusulkan diberlakukannya sanksi hukum terhadap para pelaku praktek pasung untuk membangkitkan kesadaran dan pengertian masyarakat.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Wardaningsih (2007) tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Sejauh ini peneliti belum menemukan hasil penelitian yang membahas tentang pengaruh terapi psikoedukasi keluarga dalam merawat klien pasung.

Keluarga merupakan unit yang paling dekat dengan klien dan merupakan “perawat utama” bagi klien. Oleh karenanya peran keluarga sangat besar dalam menentukan cara atau asuhan yang diperlukan klien di rumah. Jika keluarga dipandang sebagai suatu sistem maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota dapat mempengaruhi seluruh sistem, sebaliknya disfungsi keluarga merupakan salah satu penyebab gangguan pada anggota keluarga. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa angka kekambuhan pada pasien tanpa terapi keluarga sebesar 25 – 50 %, sedangkan angka kambuh pada pasien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5 – 10 % (Keliat, 2006). Hal ini dapat disebabkan kurangnya dukungan keluarga terhadap klien sehingga diharapkan dengan meningkatkan dukungan keluarga melalui intervensi psikoedukasi keluarga dapat mengurangi angka kekambuhan klien yang secara otomatis akan mengurangi praktek pasung di masyarakat.

Terapi keluarga merupakan suatu cabang ilmu konseling yang relatif baru yang muncul di sekitar tahun 1950-an, sebagai suatu reaksi/koreksi atas psikoanalisa yang ditemukan oleh Sigmund Freud. Para pionir terapi keluarga memandang psikoanalisa sebagai sesuatu yang ‘gagal’ karena klien harus

dikonseling sendirian. Salah satu pionir terapi keluarga adalah Virginia Satir yang meyakini bahwa klien yang sedang dikonseling mempengaruhi dan dipengaruhi oleh anggota keluarga yang lain. Dalam perkembangannya muncul berbagai aliran dalam terapi keluarga seperti *Bowen Family Systems Therapy* oleh Murray Bowen, *Structural Family Therapy* oleh Salvador Minuchin, *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* oleh Aaron Beck dan Albert Ellis, *Experiential Family Therapy*, termasuk *Client-Centered Therapy* oleh Carl Rogers dan *Model Satir* oleh Virginia Satir (2008). Dari pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga mempunyai peran penting dalam membentuk 'performance' seseorang karena dinamika hubungan antar manusia dalam satu sistem keluarga sangat mempengaruhi hubungan seseorang dengan sistem di luar keluarganya.

Family psychoeducation therapy adalah salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis (Stuart & Laraia, 2005). Carson (2000) menyatakan bahwa psikoedukasi merupakan suatu alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala-gejala perilaku. Tujuan umum dari *Family Psychoeducation* adalah menurunkan intensitas emosi dalam keluarga sampai pada tingkatan yang rendah sehingga dapat meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit dan mengajarkan keluarga tentang upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku serta mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005). Terapi ini 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.

Propinsi Nanggroe Aceh Darusalam merupakan provinsi yang terletak di

kawasan paling ujung Pulau Sumatera sekaligus ujung paling barat wilayah Indonesia. NAD berbatasan dengan propinsi Sumatera Utara di sebelah Selatan, sebelah barat dengan Samudera Indonesia, sebelah Timur dengan Selat Malaka dan sebelah Utara berbatasan dengan Teluk Benggala. Luas wilayah NAD seluas 57.365,57 km per segi atau merangkumi 12.26% pulau Sumatra. Satu-satunya hubungan darat adalah dengan propinsi Sumatera Utara. Sejak Januari 2004, NAD dibagi menjadi 17 kabupaten dan 4 kotamadya (2008). Terjadinya bencana tsunami pada penghujung tahun 2004 merupakan suatu guncangan besar bagi rakyat Aceh. Dampak psikologis yang dahsyat akibat bencana ini kemudian memungkinkan trauma muncul ke permukaan. Di tambah lagi dengan situasi perang selama 30 tahun dan mengorbankan 150.000 nyawa, sehingga tidaklah mengherankan jika NAD memiliki jumlah penderita gangguan jiwa yang terus meningkat dari tahun ke tahun.

Berdasarkan penelitian terkini di tanah air, prevalensi gangguan jiwa di Nanggroe Aceh Darusalam menempati urutan kedua yaitu sebesar 18,5 per mil (Risikesdas, 2007). Menurut profil terakhir, jumlah penduduk NAD tahun 2008 sebanyak 4.219.659 jiwa (Badan Pusat Statistik, 2008). Dengan prevalensi gangguan jiwa di NAD sebesar 18,5 per mil maka diperkirakan angka kejadian gangguan jiwa berat sebanyak 78.064 jiwa. Peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa berat tersebut mengindikasikan semakin beratnya beban masyarakat, diantaranya beban keuangan, perawatan, dan kesempatan. Penyebab meningkatnya gangguan jiwa tersebut diperkirakan karena banyak warga Aceh yang tidak bisa beradaptasi terhadap perubahan. Bencana alam dan konflik yang bekepanjangan di wilayah ini dinilai sebagai penyebab utama. Dampak lain dari peningkatan angka gangguan jiwa ini juga disinyalir banyak menimbulkan korban pasungan yang dianggap tidak berdaya dan tidak produktif.

Berdasarkan wawancara dengan perawat Badan Pelayanan Kesehatan Jiwa (BPKJ) Banda Aceh, biaya rawat inap yang harus dikeluarkan oleh keluarga

klien gangguan jiwa yang berobat ke BPKJ adalah Rp 30.000/hari untuk kelas 3 dan Rp 50.000/hari untuk kelas 2. Jika rata-rata klien dirawat di kelas 3 selama 14 hari, maka biaya yang dikeluarkan mencapai Rp 420.000 dan biaya ini belum termasuk biaya obat, tindakan medis lain yang mendukung dan transportasi keluarga apabila menjenguk klien. Jarak geografis yang jauh dari tempat klien ke kota Banda Aceh membuat pasien dan keluarganya tidak pernah mencapai RSJ untuk mendapatkan pelayanan yang baik. Tidak semua penderita gangguan jiwa dapat ditampung di BPKJ Banda Aceh dengan alasan kapasitas tampung yang tidak sesuai dengan jumlah pasien. Saat ini satu-satunya RSJ di Aceh itu menampung sebanyak 350 penderita dari kapasitas tampung 220 orang.

Kabupaten Bireuen adalah salah satu Daerah Tingkat II di provinsi NAD dengan luas wilayah 1.899 km² dengan jumlah penduduk 396.390 jiwa (2008), memiliki 17 buah kecamatan dan 608 desa (gampong). Menjadi kabupaten otonom sejak tahun 2000 sebagai hasil pemekaran dari Kabupaten Aceh Utara. Bireuen dapat dianggap sebagai perintis di bidang kesehatan mental di Provinsi NAD karena terpilih sebagai kabupaten percontohan untuk melaksanakan program ini di bawah supervisi teknis dari WHO bersama dengan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (UI), dan koordinasi yang baik dengan Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui program CMHN (*Community Mental Health Nursing*).

CMHN baru dikembangkan di Aceh setelah terjadinya gempa dan tsunami. CMHN merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan yang bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mandiri memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan ketrampilan coping dalam menyelesaikan masalah (FIK UI dan WHO, 2005).

Pendekatan CMHN yang dilakukan di Aceh merupakan pendekatan asuhan keperawatan jiwa masyarakat yang dilakukan untuk mengantisipasi kurangnya tenaga kesehatan jiwa (perawat dan psikiater). Salah satu tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat CMHN adalah memberikan asuhan keperawatan pada keluarga dengan gangguan jiwa, termasuk menangani kasus pasung.

Kehadiran CMHN pada tahun 2005 di NAD telah membawa angin segar dengan dideteksinya kasus-kasus pasung yang selama ini tidak teridentifikasi. Semenjak penerapan CMHN di kabupaten Bireuen, telah ditemukan 49 kasus pasung yang tersebar di sejumlah kecamatan. Melalui kerjasama dengan berbagai pihak serta ditunjang dengan pelaksanaan program-program CMHN, diperoleh hasil 29 orang lepas dari pasungan. Menurut data terakhir, saat ini masih terdapat 20 orang yang masih dipasung.

Pelatihan CMHN difokuskan pada tenaga perawat sementara untuk konseling dan terapi medis dengan psikotropika dilakukan oleh dokter melalui pelatihan GP (General Practitioner) Plus. Salah satu pendekatan CMHN adalah melalui pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) yaitu desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa secara mandiri. Pengembangan DSSJ di wilayah Propinsi NAD memerlukan keterlibatan masyarakat desa setempat melalui strategi pemberdayaan masyarakat yaitu dengan memilih orang-orang yang tepat. Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) merupakan sumber daya masyarakat yang perlu dikembangkan dalam pengembangan DSSJ. Pemberdayaan KKJ sebagai tenaga potensial yang ada di masyarakat diharapkan mampu mendukung program CMHN yang diterapkan di masyarakat (IC-CMHN, 2007). Dengan kata lain CMHN memberikan perawatan dengan metode yang efektif dalam merespon kebutuhan kesehatan jiwa individu, keluarga atau kelompok. Pada akhirnya diharapkan CMHN, GP+ dan KKJ secara bersama-sama dapat menjadi kelompok terlatih yang kuat sehingga memungkinkan Kabupaten Bireuen menyediakan pelayanan kesehatan primer bagi individu dengan gangguan mental.

Menurut data laporan Dinas Kesehatan Bireuen (2008), jumlah pasien gangguan jiwa yang ada dari 17 Puskesmas adalah 2015 orang. Jumlah pasien yang masih dipasung sebanyak 20 orang. Jumlah pasien yang telah dirawat oleh perawat CMHN berjumlah 1664 orang dimana 688 orang dikategorikan mandiri (*Self Care*), 847 orang dengan kategori *Partial Care*, dan 129 orang termasuk kategori *Total Care*. Informasi lain yang menunjang adalah telah terbentuknya 180 DSSJ di 11 wilayah kerja Puskesmas dan telah mempunyai KKJ sebanyak 959 orang yang tersebar di 180 desa di 11 kecamatan.

Data jumlah penduduk kabupaten Bireuen tahun 2008 sebanyak 396.390 jiwa, berarti diperkirakan terdapat 7.333 penduduk di masyarakat yang mengalami gangguan jiwa berat. Sebagian kasus sudah mendapat perawatan baik di BPKJ Banda Aceh maupun di Puskesmas tetapi pada beberapa kasus ditemukan masih adanya praktek pasung yang dilakukan oleh keluarga klien. Jumlah kasus pasung yang ditemukan dalam periode 2005 sampai 2008 adalah sebanyak 49 kasus. Selama penerapan CMHN terdapat 29 kasus pasung yang sudah dilepas. Data terakhir yang peneliti dapatkan masih ada 20 kasus pasung yang tersebar di seluruh kabupaten Bireuen.

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat CMHN kabupaten Bireuen (2008), didapatkan data bahwa alasan keluarga melakukan pemasungan cukup beraneka ragam diantaranya untuk mencegah klien melakukan tindak kekerasan yang dianggap membahayakan terhadap dirinya atau orang lain, mencegah klien meninggalkan rumah dan mengganggu orang lain, mencegah klien menyakiti diri seperti bunuh diri, dan karena ketidaktahuan serta ketidakmampuan keluarga menangani klien apabila sedang kambuh. Faktor kemiskinan dan rendahnya pendidikan keluarga merupakan salah satu penyebab pasien gangguan jiwa berat hidup terpasung. Padahal pemerintah Provinsi Nangroe Aceh Darussalam (NAD) menargetkan penderita gangguan jiwa yang selama ini terpasung bisa bebas pada akhir 2009. Untuk itu peran keluarga sangat penting dalam mendukung terbebasnya kasus pasung di Aceh.

Berdasarkan kondisi di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang penerapan psikoedukasi keluarga untuk mengetahui pengaruhnya terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung dengan alasan terapi ini belum pernah dilakukan, masih adanya 'tradisi' pasung di masyarakat, kabupaten Bireuen sudah menerapkan program CMHN yang diharapkan terus berkesinambungan dan terbuka untuk perubahan, belum adanya standar baku untuk penanganan klien pasung, serta belum adanya penelitian tentang penerapan terapi psikoedukasi keluarga dalam merawat klien pasung di Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang dapat membantu klien dengan gangguan jiwa untuk beradaptasi dan meningkatkan kemampuannya dalam masyarakat. Jika keluarga memiliki pengaruh yang positif pada anggotanya, mereka akan mempunyai rasa dan pengakuan diri serta harga diri yang positif dan menjadi produktif sebagai anggota masyarakat. Pada kenyataannya, keluarga sering merupakan faktor pencetus timbulnya masalah kesehatan mental klien termasuk di dalamnya melakukan pengurangan atau pemasangan terhadap klien yang dianggap berbahaya sebagai akibat sikap keluarga yang tidak terapeutik terhadap klien dan kurangnya pengetahuan mengenai peran serta keluarga serta ketidakmampuan memahami klien sehingga tidak mampu mendukung dalam perawatan klien. Keluarga juga cenderung menganggap penderita gangguan jiwa sebagai beban dari segi ekonomi dan aib yang harus ditutupi dari pandangan masyarakat.

Dari data-data di atas didapatkan rumusan masalah sebagai berikut :

1. Ditemukan adanya kasus pasung 0,07 % (49 orang) di kabupaten Bireuen.
2. Sebagian keluarga memilih tindakan pasung sebagai cara untuk merawat klien dengan gangguan jiwa di kabupaten Bireuen.
3. Belum adanya standar penanganan pasung untuk klien dengan gangguan jiwa yang dikembangkan di kabupaten Bireuen.
4. Belum dilakukannya tindakan atau terapi psikoedukasi keluarga untuk

keluarga klien dengan pasung di kabupaten Bireuen.

5. Belum optimalnya pelayanan kesehatan jiwa untuk menghapus praktek pasung di kabupaten Bireuen.

Salah satu intervensi yang dapat diberikan pada keluarga dengan pasung adalah *Family Psychoeducation Therapy*. Berdasarkan rumusan masalah di atas, pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apakah terapi psikoedukasi keluarga dapat mengurangi beban keluarga klien dengan pasung di kabupaten Bireuen?
2. Apakah terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung di kabupaten Bireuen?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darussalam.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Diketahui karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien) keluarga klien dengan pasung di Kabupaten Bireuen.
- 1.3.2.2 Diketahui karakteristik (usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan, kondisi pasung, lama diikat) klien dengan pasung di Kabupaten Bireuen.
- 1.3.2.3 Diketahui beban dan kemampuan merawat klien dengan pasung pada keluarga sebelum dan sesudah mendapat terapi psikoedukasi di Kabupaten Bireuen.
- 1.3.2.4 Diketahui aspek kemandirian (aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah, pengobatan) klien pasung sebelum dan sesudah mendapat asuhan keperawatan defisit perawatan diri di Kabupaten Bireuen.

1.3.2.5 Diketahui hubungan karakteristik keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung di Kabupaten Bireuen.

1.3.2.6 Diketahui hubungan karakteristik klien dan pelayanan CMHN terhadap kemampuan klien dalam perawatan diri di Kabupaten Bireuen.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan

1.4.1.1 Dapat digunakan sebagai acuan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan jiwa khususnya pada keluarga klien dengan pasung.

1.4.1.2 Dapat dipakai sebagai pedoman perawatan untuk klien dengan pasung.

1.4.1.3 Dapat memberi masukan bagi pelayanan keperawatan jiwa tentang perlunya psikoedukasi dalam meningkatkan kemampuan keluarga klien dengan pasung.

1.4.2 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

1.4.2.1 Dapat digunakan sebagai salah satu acuan pengembangan aplikasi dari teori keperawatan khususnya praktek spesialis keperawatan jiwa.

1.4.2.2 Dapat digunakan sebagai acuan pengembangan konsep keperawatan jiwa pada klien pasung melalui pendekatan terapi keluarga.

1.4.2.3 Sebagai data dasar untuk pengembangan intervensi lanjutan khususnya intervensi yang diberikan oleh perawat spesialis jiwa dalam bidang keperawatan jiwa.

1.4.3 Bagi Pengembangan Metodologi Penelitian

1.4.3.1 Dapat memberikan gambaran bagi penelitian berikutnya khususnya dari pelayanan keperawatan jiwa terutama yang berkaitan dengan psikoterapi : terapi keluarga khususnya dengan kasus pasung.

1.4.3.2 Hasil penelitian dapat direkomendasikan untuk penelitian lebih lanjut dalam rangka mengoptimalkan peran keluarga dengan hasil akhir menghilangkan praktek pasung di masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Sesuai dengan judul, maka kajian teoritis ini dikhususkan tentang hal yang berhubungan dengan konsep keluarga, beban dan kemampuan keluarga serta terapi psikoedukasi pada keluarga dengan gangguan jiwa khususnya klien dengan pasung. Untuk memudahkan pemahaman maka disusunlah tinjauan teoritis ini dimulai dengan pemahaman tentang konsep keluarga secara umum dan keluarga dengan gangguan jiwa, kemudian bagaimana beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung, dan kaitannya dengan penerapan terapi psikoedukasi keluarga.

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan dengan emosional, darah atau keduanya dimana berkembangnya pola interaksi dan *relationship* (Carter & McGoldrick, 1996 dalam Boyd, 2002). Hanson dan Boyd (1996) dalam Frisch (2006) mempunyai pengertian lain, keluarga adalah suatu sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan dihubungkan oleh kasih sayang, tanggung jawab bersama dalam jangka waktu tertentu yang dikarakteristikan melalui komitmen, membuat keputusan bersama dan mencapai tujuan bersama. Struktur dan peran yang dipunyai oleh para anggotanya sangat bervariasi dari suatu masyarakat ke masyarakat lain, istilah keluarga tidak mudah didefinisikan. Secara dinamis individu yang membentuk sebuah keluarga dapat digambarkan sebagai anggota dari grup masyarakat yang paling dasar yang tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan individu maupun antar individu mereka.

Sebuah keluarga yang sehat akan menghasilkan individu dengan berbagai ketrampilan yang akan membimbing individu berfungsi dengan baik di lingkungan mereka, termasuk lingkungan kerja meskipun individu tersebut

berasal dari berbagai kultur yang berbeda. Keterampilan tersebut akan dipelajari melalui berbagai aktivitas/kegiatan yang dihubungkan dengan kehidupan keluarga tempat individu berasal (Varcarolis, 2006). Sampai saat ini, keluarga masih tetap merupakan bagian terpenting dari jaringan sosial individu sekaligus sebagai lingkungan pertama selama tahun-tahun formatif awal untuk memperoleh pengalaman sosial dini, yang kelak akan berperan penting dalam menentukan hubungan sosial di masa depan dan juga perilaku terhadap orang lain.

Keluarga yang berhasil, berfungsi dengan baik, bahagia, dan kuat tidak hanya seimbang, perhatian terhadap anggota keluarga yang lain, menggunakan waktu bersama-sama, memiliki pola komunikasi yang baik, memiliki tingkat orientasi yang tinggi terhadap agama, tetapi juga dapat menghadapi krisis dengan pola yang positif. Krisis dalam keluarga dapat lebih dimengerti apabila tiap tahap perkembangan keluarga diteliti karena setiap tahap membutuhkan peran, tanggung jawab dalam menyelesaikan masalah dan tantangan. Suatu patologi keluarga muncul akibat dari perkembangan yang disfungsi (Varcarolis, 2006). Kerjasama antar anggota keluarga sangat dibutuhkan dalam pemecahan masalah bila ada krisis yang menghambat kemampuan keluarga untuk melaksanakan pemecahan masalahnya sendiri secara tenang dan konstruktif.

Menurut Stuart dan Laraia (2005), disfungsi keluarga diartikan sebagai “gejala” dengan paradigma patologi dan pemberdayaan coping yang maladaptif yang meliputi hal-hal berikut :

- a. Orang tua yang over protektif
- b. Peran yang terlalu mendominasi dari salah satu pihak terhadap pasangannya
- c. Keluarga dengan riwayat penganiayaan terhadap salah satu anggota keluarganya
- d. Keluarga dengan anggota yang pernah mengalami penganiayaan fisik, emosional dan seksual oleh orang lain atau dari keluarga itu sendiri

- e. Keluarga yang menjadikan anak sebagai kambing hitam untuk menutupi konflik perkawinan yang terjadi

Sebuah keluarga merupakan sebuah unit sistem yang dinamis dan interaktif dimana tiap anggota pasti mempunyai kontribusi yang signifikan dalam membentuk 'budaya', nilai dan norma, tradisi hingga model interaksi dalam keluarga tersebut. Setiap keluarga mempunyai mekanisme yang berbeda dalam menangkap dan menyikapi tekanan emosi yang dirasakan baik dari dalam ataupun dari luar lingkungan keluarga. Sehingga dari beberapa kondisi keluarga yang patologi di atas, dapat disimpulkan bahwa disfungsi keluarga adalah ketidakmampuan keluarga dalam menjalankan satu atau lebih fungsinya sehingga kelak akan sangat berperan dan mempengaruhi hampir semua aspek kehidupan dari anggotanya.

2.1.2 Kemampuan Keluarga

Perilaku manusia yang sangat kompleks dapat dibagi dalam 3 domain yaitu kognitif, afektif dan psikomotor (Bloom, 1956 dalam Potter & Perry, 2001). Selanjutnya ketiga domain tersebut lebih dikenal sebagai pengetahuan, sikap dan praktek. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran (Craven, 2000). Sikap atau afektif merupakan reaksi/respon yang masih tertutup dari keluarga terhadap stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 2003). Dapat berupa perubahan keyakinan, sikap, nilai, sensitivitas dan situasi emosi, serta lebih sulit diukur (Craven, 2000). Psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau ketrampilan (Craven, 2000).

Karakteristik utama kemampuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif (Fontaine, 2003). Kelelahan fisik dan

emosi selama merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sering melanda anggota keluarga sehingga bisa menyebabkan problem kesehatan karena menurunnya daya tahan tubuh dan problem interpersonal karena berkurangnya *stress tolerance*. Keterlibatan keluarga dalam membantu penyembuhan penyakit, baik fisik maupun mental atau makin seringnya komunikasi antar klien dengan keluarga akan menambah kepercayaan dan meningkatkan harga diri klien. Berikut ini akan dibahas empat hal yang mempengaruhi kemampuan keluarga yaitu fungsi, peran, tugas dan karakteristik keluarga.

2.1.2.1 Fungsi Keluarga

Menurut Carson dan Varcarolis (2006), ada beberapa kategori dan definisi fungsi yang diekspresikan dan dilakukan oleh keluarga serta dapat digunakan sebagai bentuk dukungan keluarga pada klien yang mengalami gangguan jiwa yaitu :

1) Fungsi Manajemen (*Management Function*)

Fungsi manajemen keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan pengaturan meliputi pengambilan keputusan dalam keluarga, membuat peraturan, ketetapan pendukung finansial, cara menghadapi lingkungan di luar keluarga dan perencanaan masa depan keluarga (Varcarolis, 2006). Dapat disimpulkan bahwa anak/individu akan belajar tentang ketrampilan "*decision making*" dan "*responsibility*" melalui fungsi ini. Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini mengalami gangguan dalam berhubungan dengan lingkungan sekitar termasuk dengan masyarakat dan komunitas yang dapat disebabkan karena perasaan malu mempunyai salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2) Fungsi Ikatan (*Boundary Function*)

Fungsi ikatan keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan keterikatan antar anggota keluarga meliputi kejelasan ikatan antar individu, ikatan antar generasi dan ikatan

keluarga (Varcarolis, 2006). Menurut Wetchler (2003, dalam Varcarolis, 2006) dalam artian luas, fungsi fisik, emosional dan emosional seseorang akan berhubungan dengan tingkat perbedaan peran individu tersebut dalam keluarga dan tingkat kecemasan dalam keluarga. Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini sangat penting dilakukan dalam upaya meningkatkan semangat, motivasi dan peningkatan harga diri klien sehingga dapat mempengaruhi pembentukan perilaku yang adaptif dari klien dalam upaya peningkatan kesehatannya. Selain itu adanya ikatan keluarga yang kuat dapat menjadikan hidup klien lebih berharga dan berarti serta bermakna atau bermanfaat bagi keluarganya. Klien akan merasa bahwa dirinya masih sangat dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien tinggal.

3) Fungsi Komunikasi (*Communication Function*)

Fungsi komunikasi keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan pola komunikasi dalam keluarga meliputi kejujuran dan keterbukaan pesan/komunikasi yang disampaikan, tanpa manipulasi, dan ekspresi anggota keluarga dalam menanggapi hal positif dan negatif (Varcarolis, 2006). Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini memegang peranan yang sangat esensial karena secara otomatis akan berdampak langsung pada ketegangan hubungan antar anggota keluarga ataupun dengan klien. Fungsi komunikasi yang adekuat antara keluarga dengan klien dapat memungkinkan menurunkan tingkat kekambuhan pada klien.

4) Fungsi Suportif Emosional (*Emosional-Supportive Function*)

Fungsi suportif emosional keluarga merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan suportif emosional meliputi rasa hormat antar anggota keluarga, cara menghadapi konflik, penggunaan sumber daya yang ada untuk kepentingan keluarga dan memenuhi tugas perkembangan setiap anggota keluarga (Varcarolis, 2006). Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini

sangat berperan dalam meningkatkan dukungan psikis antar anggota keluarga dan terutama untuk meningkatkan dukungan moral terhadap klien. Dengan adanya fungsi suportif emosional yang adekuat dari keluarga memungkinkan klien dapat beraktifitas dan memenuhi kebutuhan aktifitasnya secara optimal.

5) Fungsi Sosialisasi (*Socialization Function*)

Fungsi sosialisasi merupakan fungsi yang dilakukan keluarga sehubungan dengan kebutuhan sosialisasi meliputi pola tumbuh kembang anggota keluarga, peran anggota keluarga sesuai dengan usia dan kemampuan, pola asuh dalam keluarga, dan peran/prilaku pasangan (suami/istri) terhadap satu sama lain (Varcarolis, 2006). Menurut Friedman (1998), fungsi sosialisasi tercermin untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan-batasan perilaku yang boleh dan tidak boleh pada anak serta membimbing anak untuk meneruskan nilai-nilai budaya. Melalui fungsi ini, dapat terlihat bahwa keluarga yang sehat akan berperan fleksibel dalam mengadaptasi berbagai peran baru sesuai dengan tuntutan masyarakat dan lingkungan tempat keluarga tersebut berada. Pada keluarga dengan gangguan jiwa, fungsi ini kemungkinan tidak dipenuhi dengan sempurna sehingga dapat mengakibatkan terganggunya tingkat perkembangan mental dan emosional salah satu anggota keluarga.

Fungsi sistem pendukung sosial ini khususnya keluarga adalah dalam rangka meningkatkan, melindungi dan mempertahankan status kesehatan individu ke arah yang lebih baik karena dukungan sosial mempunyai hubungan yang erat dengan prilaku kesehatan seseorang. Selain itu, fungsi keluarga sangat berperan penting dalam membuat keputusan untuk melakukan upaya perawatan secara profesional untuk meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya sakit serta mempertahankan status kesehatan yang baik.

2.1.2.2 Peran Keluarga

Secara umum menurut Effendy (1998), peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasarkan oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Menurut Friedman (1998), menunjuk kepada beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen, yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seorang okupan dalam situasi sosial tertentu, peran didasarkan pada preskripsi dan harapan peran yang menerangkan apa yang harus dilakukan individu dalam suatu situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran-peran tersebut.

Secara lebih spesifik, Keliat (1996) mengatakan pentingnya peran keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa dapat dipandang dari berbagai segi, yaitu:

1) Hubungan interpersonal dengan lingkungan.

Adanya salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam keluarga secara otomatis akan mempengaruhi pola hubungan dan cara bersikap keluarga terhadap lingkungan. Hal ini cenderung terjadi karena adanya anggapan dari pihak keluarga bahwa lingkungan sekitar memandang anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sebagai individu yang dianggap menyimpang dari nilai dan norma yang dianut masyarakat sehingga perlu dijauhi dan dianggap berbahaya. Stigma inilah yang menyebabkan keluarga cenderung menyembunyikan klien gangguan jiwa dengan cara dipasung atau dikurung di dalam rumah sehingga tidak menjadi bahan ejekan bagi masyarakat.

2) Perubahan status kesehatan salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi keluarga secara keseluruhan.

Adanya anggota keluarga yang mengidap gangguan jiwa secara

tidak langsung akan menimbulkan konflik internal di dalam keluarga meliputi aspek fisik, mental dan finansial. Gangguan aspek-aspek tersebut dapat menimbulkan berbagai akibat negatif terhadap keluarga seperti perasaan cemas, kehilangan, malu, tertekan, kelelahan fisik dalam merawat klien gangguan jiwa dan juga sangat mempengaruhi segi finansial keluarga berkurangnya tenaga produktif dalam keluarga dan keterbatasan keluarga mencari sumber tambahan karena harus merawat klien gangguan jiwa.

- 3) Pelayanan kesehatan hanya berfungsi membantu klien dan keluarga mengembangkan kemampuan dalam mencegah dan menyelesaikan masalah secara adaptif.

Keluarga dengan gangguan jiwa sangat membutuhkan dukungan dari berbagai pihak untuk mengatasi beban yang muncul karena kondisi tersebut. Dalam situasi ini, peran tenaga kesehatan sangat diperlukan untuk meminimalkan dampak negatif yang muncul karena ketidakmampuan keluarga dalam menyelesaikan masalah. Perlu digarisbawahi bahwa peran tenaga kesehatan hanya bersifat sementara sehingga perlu ditingkatkan pemberdayaan keluarga dan lingkungan sehingga dapat membantu keluarga dalam menyelesaikan masalah secara efektif.

- 4) Keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien.

Keluarga dengan gangguan jiwa seringkali dipengaruhi oleh stigma yang terlontar dari masyarakat tentang gangguan jiwa sehingga keluarga dengan didukung masyarakat kerap melakukan tindakan yang tidak masuk akal dalam menangani klien gangguan jiwa. Tindakan tersebut dapat berupa pemasungan atau pengurungan terhadap klien gangguan jiwa dan pengabaian terhadap hak-hak dan martabat mereka sebagai manusia. Tindakan ini tidak serta merta mengurangi angka kekambuhan klien tetapi malah menimbulkan stresor baru bagi klien sehingga dapat memperparah kondisi mereka.

Dari empat peran di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga memang memiliki peran yang sangat penting dalam mempertahankan status kesehatan fisik dan mental setiap anggotanya. Keluarga merupakan contoh pertama bagi individu untuk memulai hubungan dengan orang lain sehingga jika terjadi gangguan pada individu tersebut akan mempengaruhi peran dan fungsi seluruh anggota keluarga yang lain baik dari segi fisik, mental dan finansial. Bantuan dari tenaga kesehatan terkadang dibutuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan tetapi faktor pendukung utama yang dapat mempercepat pemulihan klien tetap tergantung sepenuhnya kepada seluruh anggota keluarga.

2.1.2.3 Tugas Keluarga

Mempertahankan status kesehatan seluruh anggota keluarga baik kesehatan fisik dan mental merupakan salah satu tugas utama keluarga. Keluarga dengan status kesehatan yang optimal merupakan aset yang sangat berharga untuk masyarakat dan negara. Warga negara yang sehat dan produktif sangat berperan dalam meningkatkan produktifitas kerja dan turut menunjang peningkatan ekonomi negara.

Menurut Friedman (1998), keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi :

- 1) Mengenal masalah kesehatan keluarga. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua atau keluarga.
- 2) Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi.

- 3) Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Keluarga hendaknya mampu memerankan tugasnya untuk merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan di rumah. Faktor lingkungan dan dukungan keluarga yang positif sangat mendukung untuk proses kesembuhan seseorang.
- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Keluarga harus berupaya menciptakan suasana yang nyaman untuk setiap anggota keluarga. Lingkungan yang kondusif akan menciptakan kondisi mental yang sehat bagi anggota keluarga dan sekaligus meningkatkan daya tahan keluarga terhadap krisis.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga. Keluarga dapat merujuk salah satu anggota keluarga yang sakit ke pusat pelayanan kesehatan terdekat dan juga dapat memeriksakan secara rutin jika terdapat gejala-gejala kekambuhan.

Kelima tugas keluarga di atas akan memberikan dampak yang positif jika diterapkan pada keluarga dengan gangguan jiwa khususnya pada keluarga dengan pasung. Apabila keluarga telah mengetahui dengan jelas tentang gangguan jiwa niscaya tidak akan banyak ditemukan kasus-kasus pasung yang tersebar di hampir semua daerah di Indonesia. Pengetahuan yang memadai tentang gangguan jiwa akan membuat keluarga mencari cara yang tepat untuk mengatasi gangguan tersebut. Keluarga juga dapat memberikan perawatan yang adekuat kepada klien sesuai dengan gangguan yang dialami dengan cara menciptakan suasana yang tenang dan kondusif di rumah untuk memberikan kenyamanan kepada klien. Dampak positif lain dapat berupa kesiapan keluarga untuk segera membawa klien yang mengalami kekambuhan atau kondisi lain yang tidak dapat ditangani ke fasilitas pelayanan kesehatan yang telah ditunjuk.

Tugas keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sangat dipengaruhi oleh kemampuan keluarga, diantaranya perilaku kesehatan dan keyakinan tentang sistem kesehatan yang diyakini keluarga. Menurut Green (1980 dalam Notoatmodjo, 2000), perilaku kesehatan klien maupun keluarga dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu :

1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*)

Mencakup pengetahuan dan sikap keluarga terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan keluarga terhadap terhadap hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut keluarga, tingkat pendidikan keluarga dan tingkat sosial ekonomi keluarga. Misalnya tradisi pasung yang dilakukan keluarga terhadap klien gangguan jiwa di daerah pedesaan dapat dianggap sebagai warisan dari nenek moyang. Perlakuan seperti ini dilatarbelakangi oleh pemahaman yang sangat minim terhadap gangguan jiwa. Ditambah lagi dengan rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi keluarga yang secara tidak langsung sangat mempengaruhi keluarga dalam memperlakukan klien gangguan jiwa.

2) Faktor pemungkin (*enabling factor*)

Mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi keluarga, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit Jiwa, ketersediaan psikiater atau perawat jiwa yang mudah dijangkau oleh keluarga. Pemasungan biasanya dilakukan oleh masyarakat yang bertempat tinggal di daerah pedesaan yang mempunyai jarak cukup jauh dari sarana pelayanan kesehatan sehingga sulit dijangkau oleh tenaga kesehatan. Kesulitan dalam mengakses sarana pelayanan kesehatan semakin menguatkan perilaku keluarga dalam melakukan tindakan negatif terhadap klien gangguan jiwa seperti pemasungan atau pengurungan untuk mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan bila sewaktu-waktu klien mengalami kekambuhan.

3) Faktor penguat (*reenforcing factor*), mencakup sikap dan perilaku tokoh masyarakat dan petugas kesehatan serta adanya undang-undang dan peraturan pemerintah. Sikap masyarakat dan lingkungan keluarga sangat berpengaruh terhadap proses rehabilitasi dan pencegahan kekambuhan klien gangguan jiwa. Pemasungan yang dilakukan keluarga biasanya juga mendapat dukungan dari masyarakat karena kurangnya pengetahuan lingkungan tentang gangguan jiwa. Selain itu, diperlukan juga peraturan pemerintah yang mengatur tentang kemudahan penggunaan fasilitas kesehatan bagi keluarga dan masyarakat. Sampai saat ini, undang-undang Kesehatan Jiwa (*Mental Health Act*) di Indonesia yang berfungsi melindungi penderita gangguan jiwa dari kemungkinan perlakuan tidak adil dan pelanggaran HAM masih belum jelas.

Pemasungan merupakan tindakan yang dilakukan keluarga yang dipengaruhi oleh beberapa hal. Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, ketiga faktor di atas turut mempengaruhi keluarga dalam melakukan pemasungan. Faktor pertama merupakan faktor internal keluarga yang mempengaruhi sikap keluarga dalam menentukan tindakan yang dilakukan terhadap salah satu anggotanya yang mengalami gangguan jiwa. Terbatasnya informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa menyebabkan keluarga dan masyarakat melakukan pemasungan. Faktor kedua merupakan faktor eksternal yaitu tentang tersedianya sarana pelayanan kesehatan jiwa yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat. Kendala dalam menjangkau fasilitas kesehatan juga menjadi pencetus keluarga melakukan pasung. Faktor ketiga juga termasuk faktor eksternal yaitu tentang dukungan dari lingkungan sosial dan peraturan pemerintah yang mengatur tentang sistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia.

Untuk mengatasi hambatan yang disebabkan oleh ketiga faktor di atas, diperlukan suatu sistem pelayanan kesehatan jiwa komunitas yang didukung oleh pemerintah dan terjangkau oleh semua lapisan masyarakat. *Community Mental Health Nursing* (CMHN) merupakan strategi yang tepat untuk tercapainya kesehatan jiwa komunitas dan masyarakat di Indonesia. CMHN merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang komprehensif, holistik dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentan terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan. Perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan yang bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mandiri memenuhi kebutuhannya serta meningkatkan ketrampilan coping dalam menyelesaikan masalah (FIK UI & WHO, 2005).

Pendekatan CMHN merupakan suatu pendekatan asuhan keperawatan jiwa masyarakat yang dapat dilakukan oleh perawat dengan pengawasan dokter, yang dilakukan untuk mengantisipasi kurangnya tenaga kesehatan jiwa (perawat jiwa dan psikiater). Pendekatan lain yang dilakukan oleh CMHN adalah melalui pemberdayaan Kader Kesehatan Jiwa dan pembentukan Desa Siaga Sehat Jiwa. Pengembangan program kesehatan jiwa berbasis masyarakat ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kesadaran masyarakat dalam menemukan kasus gangguan jiwa (*Aide Medicale Internationale*, 2008). Salah satu kasus yang ditemukan melalui pendekatan CMHN adalah tindakan pemasangan yang masih kerap dilakukan oleh keluarga klien dengan gangguan jiwa. Untuk memberantas praktek tersebut, diperlukan peningkatan kesadaran dan pengetahuan dari keluarga dan masyarakat mengenai gangguan jiwa tentang cara penanganan yang manusiawi terhadap klien.

2.1.2.4 Karakteristik Keluarga

Untuk bekerjasama dengan keluarga, perawat harus mengembangkan kolaborasi dengan klien dan keluarganya. Ini berarti bahwa keluarga dipandang sebagai sebuah unit perawatan dan sebagai partner dalam intervensi dan rehabilitasi (Fontaine, 2003). Dalam mewujudkan hal ini, perawat juga harus memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi karakteristik keluarga seperti usia, suku, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan sistem keyakinan keluarga. Menurut Stuart dan Laraia (2005), ada beberapa faktor sosiokultural yang dapat berfungsi sebagai faktor risiko atau sebaliknya menjadi faktor pendukung yang mempengaruhi sistem kesehatan keluarga yaitu :

1) Usia

Usia berhubungan dengan keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan jiwa dimana semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar kepercayaannya untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Stuart dan Laraia (2005) mengatakan puncak usia tersebut berada pada kelompok usia antara 25 dan 44 tahun, dan semakin menurun seiring dengan penambahan usia. Hal ini diduga sebagai akibat dari pengalaman hidup dan kematangan jiwanya.

2) Etnis

Istilah etnis disini mengacu kepada ras, kebangsaan, suku, bahasa, dan asal kebudayaan. Etnis memainkan peranan penting terhadap perkembangan dan pemulihan gangguan jiwa. Faktor kebudayaan sering menjadi penghambat untuk mencari pertolongan kesehatan sehingga tidak jarang individu dengan gangguan jiwa lebih banyak dibawa ke pengobatan tradisional. Menurut Shin (2002 dalam Stuart & Laraia, 2005), kebanyakan penduduk Asia mempunyai tingkat kunjungan yang sangat rendah ke pelayanan kesehatan jiwa.

3) Jenis kelamin

Secara umum, laki-laki dan perempuan mempunyai prevalensi yang sama untuk mengidap gangguan jiwa. Perbedaan aktual dari keduanya terlihat pada jenis gangguan yang didiagnosa secara umum. Kekerasan dan gangguan kepribadian anti sosial mempunyai prevalensi yang tinggi pada laki-laki sedangkan gangguan afektif dan anxietas mempunyai prevalensi yang tinggi pada perempuan.

4) Pendidikan

Sejumlah studi mengidentifikasi pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa, bahkan dikatakan pendidikan lebih bermakna daripada tingkat penghasilan dalam menentukan penggunaan fasilitas kesehatan jiwa. Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan fasilitas kesehatan jiwa daripada pendidikan rendah.

5) Pendapatan

Kemiskinan merupakan sebuah faktor risiko yang sangat menentukan dalam mencari pertolongan dan dalam keputusan menggunakan fasilitas kesehatan jiwa. Faktor penghasilan yang rendah juga menjadi salah satu penyebab gangguan jiwa.

6) Keyakinan

Keyakinan seseorang melingkupi semua aspek kehidupan meliputi sistem keyakinan, pandangan, agama atau spiritualitas yang dapat memberikan efek positif atau negatif terhadap kesehatan jiwa. Sistem keyakinan yang adaptif dapat meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup, serta dapat menjadi pendukung rehabilitasi gangguan jiwa. Sedangkan sistem keyakinan yang maladaptif dapat berperan negatif terhadap perubahan status kesehatan, penolakan terhadap treatment dan intervensi yang direkomendasikan, serta dapat membahayakan diri individu.

2.1.3 Klien Gangguan Jiwa

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa bagian terpenting dari pandangan aspek holistik keperawatan adalah keterampilan perawat dalam memahami konteks sosial budaya yang dimiliki oleh klien. Pada setiap interaksi dengan klien, perawat diharapkan peduli dengan budaya terutama yang terkait dengan kehidupan klien. Berikut ini akan dibahas dua hal yang berkaitan erat dengan klien gangguan jiwa yaitu karakteristik klien dan kemampuan klien.

2.1.3.1 Karakteristik Klien

Berdasarkan konsep Stuart dan Laraia (2005) di atas, dapat dinyatakan bahwa karakteristik klien yang mengalami gangguan jiwa dapat dilihat dari aspek sosial budaya. Hal serupa juga dinyatakan oleh Townsend (2005) bahwa karakteristik klien dengan gangguan jiwa dipengaruhi oleh 5 faktor yaitu usia, status sosial, pendidikan, agama dan kondisi politik yang akan dibahas berikut ini:

1) Usia

Usia seseorang akan mempengaruhi coping yang dilakukan terhadap penyakit. Usia ketika mulai mengalami gangguan jiwa merupakan alat prediksi yang kuat dalam prognosis gangguan tersebut. Individu yang mengalami gangguan jiwa pada usia muda memiliki prognosis yang lebih buruk daripada individu yang mengalami gangguan jiwa pada usia lebih tua (Buchanan & Carpenter, 2000 dalam Videbeck, 2008). Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas individu. Kedewasaan adalah tingkat kedewasaan teknis dalam melaksanakan tugas-tugas maupun kedewasaan psikologis. Klien yang berusia muda tidak memiliki pengalaman hidup mandiri yang berhasil atau mencukupi kebutuhannya sendiri serta memiliki perasaan terhadap identitas personal yang kurang berkembang daripada klien yang berusia lebih tua.

2) Status sosial

Status sosioekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu (Lipson et al, 1996 dalam Videbeck, 2008). Menurut Townsend (2005), banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa dalam hal ini skizofrenia dan salah satu faktornya adalah masalah status sosial. Status sosioekonomi yang rendah lebih banyak menimbulkan risiko mengalami skizofrenia dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi. Hal ini berpengaruh terhadap kondisi kehidupan yang berada dalam garis kemiskinan seperti tidak memadainya fasilitas akomodasi, nutrisi yang tidak adekuat, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga, terbatasnya sumber untuk mengatasi situasi stres dan perasaan tidak berdaya.

3) Pendidikan

Pendidikan merupakan penambahan pengetahuan terkait dengan sesuatu yang diketahui dan kepandaian suatu hal yang diperoleh dari proses pembelajaran. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien dalam berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Pendidikan bagi seseorang merupakan suatu penambahan pengetahuan untuk meningkatkan kemampuan dan mutu kehidupan manusia serta meningkatkan kualitas hidup baik jasmani maupun rohani, meskipun bagi sebagian orang pendidikan merupakan gengsi atau prestise. Pendidikan akan mempengaruhi perilaku, dimana individu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah.

4) Agama

Spiritualitas mencakup esensi keberadaan individu dan keyakinannya tentang makna hidup dan tujuan hidup. Spiritualitas dapat mencakup keyakinan kepada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi, praktik keagamaan, keyakinan dan

praktik budaya (Videbeck, 2008). Beberapa studi menunjukkan bahwa agama dan spiritualitas dapat bermanfaat bagi keluarga yang anggotanya menderita gangguan jiwa. Agama terbukti berperan penting dalam memberi dukungan kepada pemberi perawatan dan merupakan sumber utama hiburan (Stolley & Koenig, 1997 dalam Videbeck, 2008). Menggabungkan faktor spiritualitas ke dalam perawatan klien dapat membantu klien melakukan koping terhadap penyakit dan menemukan makna serta tujuan dalam situasi tersebut dan dapat menawarkan sumber dukungan yang kuat.

5) Kondisi politik

Pengaruh lingkungan termasuk kondisi politik ikut menjadi salah satu pencetus gangguan jiwa. Kondisi politik di suatu negara yang sering 'memanas' sering menimbulkan dampak dan trauma berkepanjangan bagi masyarakat baik yang menjadi korban atau ikut menyaksikan tindak kekerasan tersebut.

2.1.3.2 Kemampuan dan kemandirian Klien

Kemandirian pada klien gangguan jiwa didasari oleh pendapat Carson (2000) yang menyatakan bahwa banyak individu yang mengalami gangguan jiwa menjadi kronik dan mengalami sakit di sepanjang hidupnya. Menurut Torrey (1995, dalam Carson, 2000), sejumlah penelitian menunjukkan hasil mengenai perkembangan kemampuan klien gangguan jiwa yaitu 45% klien sembuh sepenuhnya, 25% perlu lebih ditingkatkan kemampuannya, 25% perlu peningkatan secara sederhana, 15% tidak dapat ditingkatkan lagi kemampuannya, dan 10% meninggal dunia yang seringkali disebabkan karena bunuh diri atau kecelakaan.

2.1.3.3 Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berganti pakaian, makan dan *toileting*

(Wilkinson, 2007). Menurut Nanda (2005), defisit perawatan diri terbagi atas 4 kegiatan yaitu: mandi/*hygiene*, berpakaian/berhias, makan dan *toileting*.

1. Defisit perawatan diri : mandi

Defisit perawatan diri : mandi adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau memenuhi aktivitas mandi. Batasan karakteristik mandi menurut Wilkinson (2000) adalah mengeringkan badan, mengambil perlengkapan mandi, masuk dan keluar kamar mandi, mendapatkan atau menyediakan air, mengatur suhu dan aliran air mandi, membersihkan tubuh atau anggota tubuh.

2. Defisit perawatan diri : berpakaian/berhias

Defisit perawatan diri : berpakaian adalah suatu hambatan kemampuan untuk memenuhi aktivitas berpakaian lengkap dan berhias. Batasan karakteristik berpakaian/berhias adalah mengenakan pakaian, mengambil atau menggantikan pakaian, mengenakan dan melepaskan bagian-bagian pakaian yang penting, memilih pakaian, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian, mengenakan pakaian pada tubuh bagian bawah, mengenakan pakaian pada tubuh bagian atas, mengenakan sepatu, mengenakan kaos kaki, melepaskan pakaian, menggunakan alat bantu dan menggunakan *restleting*.

3. Defisit perawatan diri : makan

Defisit perawatan diri : makan adalah suatu hambatan kemampuan untuk memenuhi atau mencukupi aktivitas makan. Batasan karakteristiknya adalah menyuap makanan dari piring ke mulut, mengunyah makanan, menyelesaikan makanan, meletakkan makanan ke piring, memegang alat makan, mencerna makanan dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat, mencerna makanan secara aman, mencerna makanan yang cukup, memanipulasi makanan di mulut,

membuka wadah, mengambil cangkir/gelas, menyiapkan makanan untuk dikunyah, menelan makanan, dan menggunakan alat bantu makan.

4. Defisit perawatan diri : *toileting*

Defisit perawatan diri : *toileting* adalah suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau melengkapi kegiatan eliminasi. Batasan karakteristiknya adalah ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan eliminasi atau ke kamar kecil, ketidakmampuan untuk duduk atau bangun dari toilet atau kamar kecil, ketidakmampuan untuk melepas atau menggunakan pakaian, ketidakmampuan untuk membersihkan diri sehabis eliminasi, dan ketidakmampuan untuk menyiram toileting atau *commode*.

2.1.4 Tindakan Keperawatan Pada Keluarga dengan Pasung

Bekerjasama dengan anggota keluarga merupakan bagian penting dari proses perawatan klien gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005). Marsh (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005) mengatakan bahwa '*competence paradigma*' merupakan sebuah model intervensi inovatif yang mendeskripsikan tentang bagaimana intervensi dan hubungan kolaborasi antara keluarga dengan tenaga kesehatan jiwa profesional. Model ini digunakan untuk meningkatkan pemahaman tentang karakter keluarga yang relevan dengan coping keluarga dengan gangguan jiwa. Model ini juga dapat memfasilitasi pengkajian sifat-sifat positif yang dimiliki anggota keluarga, menawarkan suatu perencanaan intervensi yang efektif untuk klien dan keluarga, dan merupakan upaya untuk mengevaluasi hasil yang dicapai keluarga.

Secara umum, program komprehensif dalam bekerjasama dengan keluarga terdiri dari beberapa komponen berikut ini (Marsh, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005) :

- 1) *Didactic component*, memberikan informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan jiwa. Pada komponen ini, difokuskan pada

peningkatan pengetahuan bagi anggota keluarga melalui metode pengajaran psikoedukasi.

- 2) *Skill component*, menawarkan pelatihan cara komunikasi, resolusi konflik, pemecahan masalah, bertindak asertif, manajemen perilaku, dan manajemen stres. Pada komponen ini, difokuskan pada penguasaan dan peningkatan keterampilan keluarga dalam merawat keluarga dengan gangguan jiwa termasuk ketrampilan mengekspresikan perasaan anggota keluarga sehingga diharapkan dapat mengurangi beban yang dirasakan keluarga.
- 3) *Emotional component*, memberi kesempatan keluarga untuk ventilasi, bertukar pendapat, dan mengerahkan sumber daya yang dimiliki. Pada komponen ini, difokuskan pada penguatan emosional anggota keluarga untuk mengurangi stress merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Keluarga dapat saling menceritakan pengalaman dan perasaannya serta bertukar informasi dengan anggota kelompok yang lain tentang pengalaman merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa.
- 4) *Family process component*, berfokus pada coping keluarga dengan gangguan jiwa dan gejala sisa yang mungkin muncul. Pada komponen ini, difokuskan pada penguatan coping anggota keluarga dalam menghadapi kemungkinan kekambuhan klien di masa depan.
- 5) *Social component*, meningkatkan penggunaan jaringan dukungan formal dan informal. Pada komponen ini, difokuskan pada pemberdayaan keluarga dan komunitas untuk meningkatkan kerjasama yang berkesinambungan dan terus menerus.

Kelima komponen di atas sangat tepat diterapkan sebagai prinsip dasar dalam menjalin kerjasama dengan keluarga dengan gangguan jiwa karena telah mencakup semua hal yang diperlukan untuk sebuah kolaborasi antara keluarga klien dengan tenaga kesehatan. Semua komponen tersebut telah dirancang khusus untuk memenuhi kebutuhan kognitif dan perilaku bagi keluarga dengan gangguan jiwa. Dengan

menerapkan prinsip kerja sesuai dengan komponen di atas, telah memberikan kesempatan kepada keluarga untuk bertanya, *express feelings*, dan bersosialisasi dengan anggota kelompok lain yang mempunyai pengalaman serupa dan bekerjasama dengan tenaga kesehatan jiwa profesional.

Competence Paradigm juga mencoba untuk mengembangkan suatu kerjasama yang positif antara anggota keluarga dan tenaga kesehatan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan dengan menekankan pada hal-hal berikut (Marsh, 2000 dalam Stuart & Laraia, 2005) :

- 1) Lebih berfokus pada perbaikan pertumbuhan perilaku daripada perlakuan terhadap masalah atau pencegahan hasil yang negatif
- 2) Pengenalan dan penguatan fungsi individu dan keluarga yang dilakukan melalui pengembangan dukungan sosial, penguatan diri, perilaku efisiensi diri, dan perilaku adaptif lain sebaik mungkin
- 3) Definisi hubungan antara pencari pertolongan (klien) dan pemberi pertolongan (perawat/tenaga kesehatan lain) diwujudkan melalui suatu hubungan yang kooperatif daripada berasumsi kepada keikutsertaan tanggungjawab
- 4) Dorongan bantuan yang diberikan disesuaikan dengan kebudayaan/ keyakinan yang dimiliki keluarga melalui pendekatan masalah dan kebutuhan keluarga
- 5) Pengenalan kepada keluarga dilakukan melalui dukungan yang diketahui oleh anggota keluarga

Konsep kerja di atas mengharapkan bahwa anggota keluarga mempunyai peran utama dalam memutuskan apa yang terpenting bagi mereka, pilihan apa yang akan mereka pilih untuk mencapai tujuan mereka, dan apakah mereka akan menerima pertolongan yang ditawarkan kepada mereka. Hal ini sangat berlawanan dengan model paradigma yang digunakan sebelumnya untuk bekerjasama dengan

keluarga yang lebih menekankan pada '*pathology paradigma*'. Pada konsep patologi tersebut, lebih ditekankan terhadap kelemahan/kekurangan dan gangguan/disfungsi yang dialami keluarga dimana tenaga kesehatan berperan sebagai pemberi psikoterapi dan keluarga sebagai kliennya. Pengkajian lebih difokuskan dari sudut pandang klinik sehingga intervensi yang diberikan lebih banyak berfokus terhadap kondisi patologi keluarga pada saat ini tanpa memperhatikan kemampuan keluarga untuk dapat beradaptasi dengan kondisi patologis lain yang mungkin dapat dialami di masa depan. Berikut ini adalah perbedaan paradigma yang digunakan dalam bekerjasama dengan keluarga dengan gangguan jiwa :

Tabel 2.1 *Paradigms Used in Working with Families*

Komponen	<i>Pathology Paradigm</i>	<i>Competence Paradigm</i>
Dasar paradigma	<i>Disease-based model</i>	<i>Health-based developmental model</i>
Pandangan keluarga	Patologi, disfungsi	Kemampuan dasar/potensial
Penekanan	Kelemahan, kekurangan, dan gangguan	Kekuatan, sumber daya, dan kesejahteraan
Peran perawat/tenaga kesehatan	Pemberi psikoterapi	Pendukung keluarga untuk mencapai tujuan
Peran keluarga	Klien atau pasien	Kolaborasi
Dasar pengkajian	Tipologi klinik	Kemampuan dan defisit kemampuan
Tujuan intervensi	Intervensi terhadap patologi/ disfungsi keluarga	Pemberdayaan keluarga untuk mencapai tujuan
Modus operandi	Penentu psikoterapi	Penguatan kemampuan yang relevan
Perspektif sistemik	<i>Family systems framework</i>	<i>Ecological systems framework</i>

Marsh (2000) : *Serious mental illness & the family* (Stuart & Laraia, 2005)

Dari tabel di atas dapat terlihat bahwa konsep *competence paradigma* memiliki beberapa aspek positif yang dapat diterapkan dalam bekerjasama dengan keluarga dengan gangguan jiwa. Konsep tersebut lebih menekankan pada kekuatan/sumber daya yang dimiliki keluarga sebagai suatu kemampuan potensial untuk menyelesaikan krisis yang dialami keluarga. Dalam model ini, tenaga kesehatan lebih banyak

berperan sebagai pendukung keluarga untuk mencapai tujuan melalui pemberdayaan keluarga sehingga tercipta suatu hubungan kolaborasi yang dinamis antara keluarga dengan tenaga kesehatan. Perspektif yang digunakan dalam konsep ini juga lebih berfokus terhadap penguatan sistem lingkungan di sekitar keluarga sehingga memungkinkan adanya peningkatan dukungan eksternal terhadap keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan gangguan jiwa.

2.1.4.1 Keluarga dengan Gangguan Jiwa Khususnya Pasung

Kondisi di banyak negara berkembang termasuk Indonesia, sebenarnya lebih menguntungkan dibandingkan negara maju, karena dukungan keluarga (*primary support groups*) yang diperlukan dalam pengobatan gangguan jiwa berat lebih baik dibandingkan di negara maju. Stigma terhadap gangguan jiwa berat ini tidak hanya menimbulkan konsekuensi negatif terhadap penderitanya tetapi juga bagi anggota keluarga, meliputi sikap-sikap penolakan, penyangkalan, disisihkan, dan diisolasi. Klien gangguan jiwa mempunyai risiko tinggi terhadap pelanggaran hak asasi manusia (Djarmiko, 2007). Salah satu bentuk pelanggaran hak asasi tersebut adalah masih adanya praktek pasung yang dilakukan keluarga jika ada salah satu anggota keluarga yang mengidap gangguan jiwa. Padahal dengan cara itu, secara tidak sadar keluarga telah memasung fisik dan hak asasi penderita hingga menambah beban mental dan penderitaannya.

Pasung merupakan suatu tindakan memasang sebuah balok kayu pada tangan dan/atau kaki seseorang, diikat atau dirantai lalu ditinggalkan pada suatu tempat tersendiri di dalam rumah ataupun di hutan. Tindakan tersebut mengakibatkan orang yang terpasung tidak dapat menggerakkan anggota badannya dengan bebas sehingga terjadi atrofi. Tindakan ini sering dilakukan pada seseorang dengan gangguan jiwa bila orang tersebut dianggap berbahaya bagi lingkungannya atau dirinya sendiri (Maramis, 2006). Di beberapa daerah di Indonesia, pasung

masih digunakan sebagai alat untuk menangani klien gangguan jiwa di rumah. Saat ini, masih banyak klien gangguan jiwa yang didiskriminasikan haknya baik oleh keluarga maupun masyarakat sekitar melalui pemasungan. Sosialisasi kepada masyarakat terkait dengan larangan "tradisi" memasung klien gangguan jiwa berat yang kerap dilakukan penduduk yang berdomisili di pedesaan dan pedalaman terus berupaya dilakukan antara lain dengan memberdayakan petugas kesehatan di tengah-tengah masyarakat.

Pemasungan klien gangguan jiwa adalah tindakan masyarakat terhadap klien gangguan jiwa (biasanya yang berat) dengan cara dikurung, dirantai, kakinya dimasukkan ke dalam balok kayu dan lain-lain sehingga kebebasannya menjadi hilang. Ketidaktahuan pihak keluarga, rasa malu pihak keluarga, penyakit yang tidak kunjung sembuh, tidak adanya biaya pengobatan, dan tindakan keluarga untuk mengamankan lingkungan merupakan penyebab keluarga melakukan pemasungan (Depkes, 2005). Tindakan yang kejam dan tidak berperikemanusiaan ini sangat bertentangan dengan prinsip hak asasi manusia bahkan untuk seorang klien gangguan jiwa yang notabene juga seorang manusia dengan segala hak dasar yang dimilikinya.

Pemasungan terdapat di seluruh Indonesia, hanya prevalensinya berbeda-beda di berbagai daerah. Masyarakat memakai caranya sendiri untuk menangani klien gangguan jiwa yang dianggap berbahaya bagi masyarakat atau bagi klien itu sendiri. Cara pasung dianggap oleh masyarakat sebagai suatu cara yang efektif akan tetapi sangat disayangkan bahwa selanjutnya tidak ada atau hanya sedikit sekali diusahakan pengobatan dari segi medis dan klien dipasung terus bertahun-tahun lamanya. Usaha untuk melepaskan klien pasung sampai saat ini masih terbentur pada banyak masalah, antara lain keuangan dan tempat di rumah sakit serta sikap masyarakat sendiri (Maramis, 2006). Stigma dan ketidaktahuan yang menjadi penyebab klien gangguan jiwa

banyak berada di tengah masyarakat. Selain itu beban berat juga dipikul oleh keluarga klien. Anggota keluarga menjadi malu dan ikut dijauhi masyarakat, bahkan terkadang keluarga juga dipojokkan sebagai penyebab gangguan yang dialami klien.

Menurut Minas dan Diatri (2008), alasan keluarga dan masyarakat melakukan pemasungan terhadap klien gangguan jiwa sangat bervariasi meliputi pencegahan perilaku kekerasan, mencegah klien 'keluyuran' sehingga membahayakan orang lain, mencegah risiko bunuh diri, dan ketidakmampuan keluarga merawat klien dengan gangguan jiwa. Dari pernyataan di atas dapat diketahui bahwa praktek pasung yang dilakukan keluarga dan masyarakat sangat terkait dengan tingkat pengetahuan dan pandangan masyarakat sekitar. Keluarga dengan pengetahuan yang memadai tentang gangguan jiwa serta ditunjang oleh kepedulian masyarakat yang tinggi merupakan aset utama untuk memberantas praktek pasung.

2.1.4.2 Intervensi dan Terapi Keperawatan untuk Keluarga dengan Pasung

Intervensi kepada keluarga secara langsung akan menurunkan *stress* dalam lingkungan keluarga dan meminimalkan beban asuhan perawatan pada anggota keluarga. Intervensi yang dapat memberikan *support* meliputi psikoedukasi yang dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan menurunkan stres pada keluarga. Berbagai bentuk terapi modalitas keperawatan jiwa dapat diberikan pada keluarga dengan klien gangguan jiwa. Terapi yang diberikan dapat berupa terapi individu, terapi keluarga, terapi kelompok dan terapi komunitas juga terapi kolaborasi yaitu psikofarmaka.

Adapun terapi yang akan dibahas dalam hal ini adalah terapi keluarga, dimana terapi keluarga merupakan suatu intervensi penting dalam perubahan hubungan yang kompleks untuk merubah interaksi antara anggota keluarga. Terapi ini berfokus pada proses evaluasi hubungan,

pola komunikasi, struktur, dan peran alami hubungan dalam keluarga (Varcarolis, 2006). Secara umum, untuk tahap awal dilakukan terapi terhadap keluarga dengan tujuan agar keluarga dapat terlibat dalam perawatan klien baik di rumah sakit maupun di rumah serta diharapkan keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk klien.

Adapun intervensi keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga dengan gangguan jiwa menurut CMHN (2005) adalah sebagai berikut :

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat klien
- 2) Berikan penjelasan pada keluarga tentang pengertian, etiologi, tanda dan gejala, dan cara merawat klien dengan diagnosa keperawatan tertentu (misalnya halusinasi, perilaku kekerasan)
- 3) Demonstrasikan cara merawat klien sesuai jenis gangguan yang dialami
- 4) Berikan kesempatan pada keluarga untuk memperagakan cara merawat klien yang telah diajarkan
- 5) Bantu keluarga untuk menyusun rencana kegiatan di rumah

Menurut Stuart dan Laraia (2005), ada dua prinsip utama dalam terapi keluarga yang membedakannya dari terapi individu atau kelompok dan terapi-terapi yang lain, yaitu :

- 1) Keluarga diartikan sebagai sebuah sistem perilaku dengan berbagai keunikan dibandingkan dengan karakteristik sejumlah individu anggota keluarga.
- 2) Diasumsikan bahwa ada hubungan tertutup antara fungsi keluarga sebagai suatu kumpulan dan adaptasi emosional dari individu anggota keluarga.

Dalam perkembangannya, terdapat berbagai jenis terapi keluarga dari berbagai aliran. Meskipun demikian, secara umum tujuan dari terapi keluarga adalah untuk meningkatkan ketrampilan individu, komunikasi, perilaku, dan fungsi dari keluarga. Varcarolis (2006) mengidentifikasi

beberapa jenis terapi keluarga yang berbasis pada *insight-oriented family therapy* dan *behavioral family therapy*. *Insight-oriented family therapy* berfokus pada proses *unconsciousness* (bawah sadar) yang mempengaruhi hubungan kebersamaan antar anggota keluarga dan mendorong munculnya *insight* tentang diri sendiri dan anggota keluarga. Berikut ini tiga jenis pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *insight-oriented family therapy* yaitu :

- 1) *Psychodynamic Therapy*, dikembangkan oleh Ackerman et al dengan dasar konsep perbaikan/peningkatan *insight* dalam menyikapi cara pandang terhadap hubungan masalah yang terjadi di masa lalu
- 2) *Family-of-origin therapy*, dikembangkan oleh Murray Bowen dengan asumsi bahwa keluarga dipandang sebagai suatu sistem hubungan emosional. Bowen percaya bahwa keluarga mempunyai pengaruh sangat besar terhadap hidup seseorang. Setiap kali seseorang masuk dalam suatu hubungan, pola-pola lama yang ada dalam keluarga sangat berpengaruh terlebih jika individu mempunyai *unfinished business* dalam hubungan di keluarga. Oleh karena itu, salah satu alat terapi Bowen adalah peta keluarga (genogram) 3 generasi. Model Bowen ini kelak menjadi dasar konsep *family triangles*.
- 3) *Experimental-existensial therapy*, dikembangkan oleh Virginia Satir et al dengan konsep bahwa tujuan terapi adalah untuk meningkatkan pertumbuhan keluarga dengan asumsi perlunya pemberdayaan keluarga untuk memecahkan masalahnya sendiri. Menurut Satir, peran terapis adalah membantu mengidentifikasi disfungsi pola komunikasi dalam keluarga.

Sedangkan jenis pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *behavioral family therapy* lebih berfokus pada modifikasi perilaku dengan asumsi bahwa perilaku adaptif dapat dipelajari secara kognitif, rasional ataupun irasional sehingga hasilnya akan membawa perubahan tingkah laku. Jenis pendekatan terapi keluarga ini adalah sebagai

berikut :

- 1) *Structural therapy*, dikembangkan oleh Salvador Minuchin dengan konsep perbaikan yang berfokus pada pola, ikatan dan struktur keluarga. Untuk mengubah masalah, struktur keluarga harus diperbaiki. Model ini sangat populer di tahun 1970-an.
- 2) *Strategic therapy*, dikembangkan oleh Haley et al dengan tujuan untuk mengubah pengulangan pola interaksi maladaptif dalam keluarga.
- 3) *Cognitive-behavioral therapy*, dikembangkan oleh Aaron Beck dan Albert Ellis dengan konsep bahwa kelakuan bermasalah timbul karena pola pikir bermasalah. Dengan mengubah pola pikir yang salah, maka kelakuan bermasalah akan hilang/berubah. Model ini sangat berpengaruh saat ini.
- 4) *Family Psychoeducation therapy*, dikembangkan oleh Carol Anderson et al pada awal tahun 80-an dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Model ini semakin populer karena memperlihatkan hasil yang sangat memuaskan pada penderita schizofrenia dan beberapa gangguan mayor lainnya. Saat ini, psikoedukasi telah dikembangkan dan dimodifikasi ke dalam berbagai metode sesuai dengan tujuan penerapannya.

Dari penjelasan tentang beberapa terapi keluarga di atas, dapat disimpulkan bahwa jenis terapi keluarga yang paling sesuai diterapkan untuk keluarga dengan klien pasung adalah *Family Psychoeducation therapy*. Hal ini disebabkan karena melalui psikoedukasi, keluarga akan mendapatkan informasi, pengetahuan, manajemen stres dan adaptasi, peningkatan coping serta peningkatan ketrampilan keluarga untuk merawat anggota keluarga dengan pasung.

2.2 Beban Keluarga (*Family Burden*)

2.2.1 Beban Keluarga dengan Gangguan Jiwa

Menurut Mohr (2006), beban keluarga dapat diartikan sebagai stres atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya. Fontaine

(2003) mengatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan gangguan jiwa juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2003).

Dalam laporan WHO (2008), dikatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban fisik, emosional dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Dampak langsung yang dirasakan anggota keluarga meliputi penolakan/pengucilan oleh teman, kolega, tetangga dan komunitas yang dapat mengakibatkan anggota keluarga cenderung mengisolasi diri, membatasi diri dalam aktivitas sosial dan menolak berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang normal. Kegagalan dalam berhubungan sosial sangat mempengaruhi anggota keluarga dalam hal ketersediaan dukungan dari lingkungan sosial.

Salah satu indikator kesehatan jiwa masyarakat adalah indikator disabilitas yaitu hari-hari produktif yang hilang akibat gangguan jiwa tertentu yang biasanya dinyatakan dalam *DALYs Loss (Disability Adjusted Life Years)*, yang merupakan ukuran dari sebuah “*Burden Disease*”. Masalah-masalah psikososial jika tidak dikenal dan ditanggulangi pada gilirannya akan berkontribusi dalam meningkatkan “*Burden Disease*” (*The Lancet*, 2007). Status Disabilitas Gangguan Jiwa di Indonesia belum diteliti secara rutin, namun dari data studi *World Bank* di beberapa negara baik yang sedang berkembang maupun negara maju pada tahun 1995 menunjukkan bahwa 8,1% dari “*Global Burden of Disease*” disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa, lebih besar dari tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), dan malaria (2,6%). Data ini menunjukkan bahwa masalah

kesehatan jiwa termasuk masalah psikososial, harus mendapat prioritas tinggi dalam upaya kesehatan masyarakat.

Menurut Mohr (2006), ada 3 jenis beban keluarga dengan gangguan jiwa yaitu :

1. Beban Obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan pelaksanaan perawatan klien meliputi tempat tinggal, makanan, transportasi, pengobatan, keuangan, dan intervensi krisis.
2. Beban Subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan kehilangan, takut, merasa bersalah, marah dan perasaan negatif lainnya yang dialami oleh keluarga sebagai respon terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.
3. Beban Iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya.

Sedangkan WHO (2008) mengkategorikan beban keluarga dengan gangguan jiwa dalam dua jenis beban yaitu :

1. Beban Obyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga meliputi gangguan hubungan antar anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktifitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.
2. Beban Subyektif, yaitu beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, cemas dan malu dalam situasi sosial, koping stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Dari dua kategori pembagian beban keluarga di atas, dapat disimpulkan bahwa secara umum ada dua jenis beban yang dialami

oleh keluarga dengan gangguan jiwa yaitu beban obyektif dan beban subyektif. Beban obyektif sering dikaitkan dengan sesuatu yang aktual, mengidentifikasi masalah yang dihadapi keluarga sehubungan dengan adanya klien gangguan jiwa dalam keluarga. Perilaku negatif klien gangguan jiwa sangat mempengaruhi keluarga dalam berinteraksi dengan lingkungan sosial dan lingkungan kerja. Sedangkan beban subyektif didefinisikan sebagai distress psikologis anggota keluarga berkaitan dengan beban obyektif. Keluarga mengalami rasa kehilangan dan berduka untuk 'klien' yang mereka kenal sebelum mengalami gangguan jiwa yang saat ini telah kehilangan harapan, mimpi dan cita-citanya. Tinggal bersama dan merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa dapat menimbulkan dampak yang hebat terhadap keluarga. Beberapa keluarga mampu bertahan dengan baik sedangkan di sisi lain ada keluarga yang mengalami kelelahan menjalaninya.

Beberapa penelitian melaporkan tentang tingginya beban yang berhubungan dengan perawatan terhadap anggota keluarga dengan gangguan jiwa (Gibbons et al, 1963 dalam McDonel et al, 2003). Memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa memang menimbulkan stress yang sangat besar. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari gangguan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama, anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran, dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah.

Menurut Baronett (1999, dalam Dopp, 2008), dari semua faktor yang berhubungan dengan beban keluarga, perubahan perilaku klien merupakan beban yang paling mempengaruhi keluarga. Anggota

keluarga sering menjadi sasaran utama perilaku kekerasan ketika klien mengalami kekambuhan (Marsh, 2001 dalam Dopp, 2008). Gangguan jiwa berat juga mempengaruhi finansial keluarga, hubungan, dan kesehatan anggota keluarga yang lain. Beban finansial terjadi ketika klien gangguan jiwa tidak mampu bekerja untuk melunasi tagihan pengobatannya. Di sisi lain, perawatan klien di rumah yang membutuhkan lebih banyak perhatian menyebabkan anggota keluarga kehilangan kehidupan sosialnya. Pandangan masyarakat tentang kondisi klien meningkatkan sensitivitas keluarga yang dapat mempengaruhi hubungan dalam keluarga (Marsh, 1998 dalam Dopp, 2008).

2.3 Terapi Psikoedukasi Keluarga

Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu pengembangan dari terapi keluarga. Dikembangkan oleh Anderson, Falloon, Goldstein dan McFarlane sebagai suatu metode edukasi bagi keluarga dengan salah satu anggota keluarganya menderita gangguan jiwa. Pada awalnya metode ini menunjukkan hasil yang menggembirakan bagi penderita schizofrenia tetapi seiring dengan berkembangnya penelitian ditemukan bahwa metode ini cukup efektif untuk mengurangi tingkat kekambuhan dan mengurangi beban keluarga.

Psikoedukasi keluarga merupakan sebuah metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga keperawatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan. Terapi ini menunjukkan adanya peningkatan *outcomes* pada klien dengan schizofrenia dan gangguan jiwa berat lainnya (Anderson, 1983 dalam Levine, 2002). Terapi ini dapat dikembangkan dan dimodifikasi sedemikian rupa untuk melatih anggota keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Keluarga merupakan sumber dukungan positif yang sangat luar biasa untuk mempertahankan

dan meningkatkan coping keluarga dengan klien gangguan jiwa.

Tujuan utama psikoedukasi keluarga adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa (Varcarolis, 2006). Sedangkan menurut Levine (2002), tujuan psikoedukasi keluarga adalah untuk mencegah kekambuhan klien gangguan jiwa, dan untuk mempermudah kembalinya klien ke lingkungan keluarga dan masyarakat dengan memberikan penghargaan terhadap fungsi sosial dan okupasi klien gangguan jiwa. Tujuan lain dari program ini adalah untuk memberi dukungan terhadap anggota keluarga yang lain dalam mengurangi beban keluarga (fisik, mental dan finansial) dalam merawat klien gangguan jiwa untuk waktu yang lama. Dari tujuan di atas dapat disimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga terutama ditujukan untuk meningkatkan kemandirian klien gangguan jiwa melalui peningkatan dukungan dan pengetahuan terhadap anggota keluarga dalam rangka mengurangi beban keluarga dengan gangguan jiwa. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan peningkatan informasi dan pengetahuan dari anggota keluarga tentang perawatan klien gangguan jiwa dan peningkatan coping yang akan digunakan keluarga untuk mengatasi gangguan tersebut.

Indikasi dilakukannya *family psychoeducation therapy* adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. Dari beberapa penelitian ditemukan bahwa psikoedukasi keluarga cukup efektif diterapkan terhadap keluarga dengan klien gangguan bipolar (dibandingkan dengan terapi individu yang berfokus pada manajemen krisis), kekambuhan, depresi, rawat inap berulang, dan komunikasi positif (Miklowitz et al, 2003 dalam Stuart & Laraia, 2005). Indikasi lain adalah terhadap keluarga dengan gangguan perasaan, schizofrenia, dan gangguan jiwa umum lain serta keluarga dengan penolakan dan beban yang tinggi (Clarkin et al, 1998 dalam Stuart & Laraia, 2005). Dari beberapa indikasi di atas, psikoedukasi keluarga sangat sesuai diterapkan untuk keluarga dengan pasung karena memenuhi beberapa aspek yang ditentukan seperti

adanya diagnosa gangguan jiwa yang beragam, tingkat kekambuhan yang tinggi, riwayat hospitalisasi berulang, adanya kemungkinan penolakan terhadap intervensi kesehatan dan beban keluarga yang tinggi dari segi fisik, mental dan finansial.

Pada beberapa kasus, pelaksanaan psikoedukasi keluarga lebih efektif jika dilakukan secara berkelompok dibandingkan dengan pelaksanaan secara individual (Varcarolis, 2006; Falloon et al, 2002). Terapi psikoedukasi secara berkelompok dikembangkan oleh Carol Anderson dan kawan-kawan pada tahun 1983 yang menyusun tahapan perkembangan psikoedukasi sebagai berikut :

1. Tahap *Orthodoxy*, menekankan pada implementasi dan pengembangan teknik. Metode yang digunakan pada tahap ini hanya mengacu pada bagaimana cara menyelesaikan gejala saja.
2. Tahap *Negation*, berorientasi pada faktor biologis dan genetik dari gangguan jiwa khususnya schizofrenia. Segi psikoedukasi pada tahap ini hanya dengan memberikan leaflet sederhana kepada keluarga.
3. Tahap *Substitution*, tahap ini masih menjadikan keluarga sebagai objek.
4. Tahap *Evolution*, berfokus pada integrasi dari tahapan yang telah dilalui yang mungkin akan memberikan dampak lebih baik terhadap keluarga.

Psikoedukasi untuk keluarga dirancang terutama untuk memberikan edukasi dan dukungan. *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) dan beberapa kelompok lain menyusun dan mengembangkan sebuah jenis program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa. Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan kemampuan anggota keluarga, mengurangi angka kekambuhan, dan meningkatkan fungsi klien dan keluarga. Tujuan tersebut dicapai melalui pemberian edukasi keluarga tentang penyakit/gangguan, mengajarkan teknik-teknik kepada keluarga yang akan membantu keluarga mengatasi perubahan perilaku klien, dan menguatkan kekuatan keluarga (McFarlane, 1995 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Berikut ini merupakan sepuluh sesi program psikoedukasi untuk keluarga dengan gangguan jiwa menurut NAMI (1999) :

1. Dasar dan tujuan program, meliputi pengenalan anggota keluarga dan tenaga kesehatan, tujuan dan jangkauan program, deskripsi tentang intervensi, kebijakan dan prosedur program, serta pertemuan dan survey tertulis tentang kebutuhan dan permintaan keluarga secara spesifik.
2. Pengalaman keluarga, meliputi beban keluarga, sistem dan subsistem keluarga, dan perspektif hidup keluarga.
3. Gangguan Jiwa I, meliputi diagnosa, etiologi, prognosis dan intervensi.
4. Gangguan Jiwa II, meliputi gejala, pengobatan, model stres dan hasil-hasil riset terbaru.
5. Manajemen simptom dan masalah, meliputi perilaku bizarre, perilaku destruktif diri, personal hygiene dan gejala distress.
6. Stres, coping dan adaptasi, meliputi model umum, stressor gangguan jiwa, proses adaptasi keluarga, dan peningkatan coping yang efektif.
7. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga I, meliputi manajemen perilaku, resolusi konflik, ketrampilan komunikasi dan pemecahan masalah.
8. Peningkatan efektifitas klien dan keluarga II, meliputi manajemen stres, latihan asertif, pencapaian keseimbangan keluarga dan kebutuhan individu.
9. Hubungan antara keluarga dan tenaga kesehatan, meliputi latar belakang, jenis hubungan keluarga dan tenaga kesehatan, hambatan kolaborasi dan cara mengatasi hambatan.
10. Sumberdaya komunitas, meliputi penggerakan advokasi konsumen, pengkajian sistem, isu-isu legal dan sistem rujukan yang tepat.

Sepuluh sesi di atas sudah mencakup semua hal yang dibutuhkan untuk sebuah psikoedukasi keluarga yang meliputi informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa, manajemen stres dan beban keluarga, peningkatan

koping dan adaptasi serta memberikan latihan dan ketrampilan khusus kepada keluarga untuk merawat klien dengan gangguan jiwa jika sewaktu-waktu terjadi kekambuhan.

McFarlane (2002 dalam Dopp, 2008) mengembangkan psikoedukasi keluarga secara berkelompok yaitu *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang memfasilitasi *shared problem solving*, usaha pemulihan dan mengurangi stigma. Mc Farlane menyusun PMFGT ke dalam empat sesi yaitu :

1. Sesi I : terapis bertemu secara terpisah dengan klien dan anggota keluarga.
2. Sesi II : anggota keluarga mengikuti workshop sehari tentang psikoedukasi, biasanya tanpa kehadiran klien. Pada tahap ini, terapis dan anggota keluarga mengembangkan *trust* dan rasa nyaman satu sama lain, dan keluarga memperoleh informasi dan dasar pengetahuan tentang gangguan jiwa. Biasanya terapis dibantu oleh seorang co-terapis. Sebuah format tertutup digunakan untuk mengevaluasi kegiatan kelompok setiap minggu dengan terapis yang sama.
3. Sesi III : Dalam kurun waktu 1 tahun, lebih menekankan pada pencegahan kekambuhan dan rehospitalisasi.
4. Sesi IV : Setelah 6 – 12 bulan kemudian, program lebih menekankan pada rehabilitasi vokasional dan sosial bagi klien.

Penelitian Dopp (2008) mencoba membandingkan dua model intervensi psikoedukasi pada keluarga dengan gangguan jiwa yaitu *Single Family Network Enhancement* (SFNE) yang berfokus pada satu keluarga dengan *Psychoeducational Multifamily Group Treatment* (PMFGT) yang berfokus pada sekelompok keluarga. Dopp mengadopsi model PMFGT yang dikembangkan oleh McFarlane melalui empat sesi yang diterapkan pada sekelompok keluarga dan kemudian diikuti selama dua tahun. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa secara umum kedua model mempunyai kelebihan dan kekurangan masing-masing namun tetap memberikan

peningkatan positif bagi keluarga. Pada akhirnya beberapa keluarga yang diintervensi dengan SFNE bersedia melanjutkan terapi melalui PMFGT.

Penelitian Wardaningsih (2007) bertujuan untuk mengetahui tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Selain itu didapatkan data bahwa karakteristik keluarga dan klien tidak memberikan pengaruh yang signifikan. Wardaningsih memodifikasi suatu jenis psikoedukasi keluarga untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi di Yogyakarta.

Psikoedukasi untuk klien dengan halusinasi tersebut disusun dalam enam sesi yang meliputi : Sesi I (Pendahuluan) yang terdiri dari materi tentang gangguan jiwa di Indonesia dan beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Sesi II (Cara Merawat Klien Halusinasi) yang terdiri dari 2 subsesi dengan materi : konsep halusinasi, tanda dan gejala halusinasi, cara komunikasi dengan klien halusinasi, dan cara merawat klien dengan halusinasi. Sesi III (Manajemen Stress dan Kekambuhan) yang terdiri dari materi : mengatasi kekambuhan halusinasi, manajemen stress dan beban keluarga. Sesi IV (Mengatasi Hambatan) terdiri dari materi : hambatan dalam merawat klien halusinasi dan mengatasi stress, serta mengatasi hambatan dalam hubungan keluarga dengan tenaga kesehatan. Sesi V (Tindak Lanjut) terdiri dari materi : dialog dengan puskesmas, dan pembentukan kelompok swabantu.

2.4 Pedoman *Family Psychoeducation* untuk keluarga dengan pasung

Pelaksanaan psikoedukasi pada keluarga klien dengan pasung dapat dilakukan modifikasi terhadap prosedur tanpa mengurangi komponen-

komponen yang seharusnya ada dalam sebuah terapi psikoedukasi keluarga dengan pertimbangan bahwa terapi ini dilakukan pada keluarga klien dengan pasung dimana kemungkinan ditemukannya diagnosa medis dan keperawatan yang bervariasi sehingga tidak semua materi harus disampaikan, serta mempertimbangkan waktu penelitian yang singkat sehingga ada materi-materi dalam beberapa sesi yang bisa dijadikan satu.

Berikut ini model psikoedukasi keluarga untuk klien dengan pasung yang dikembangkan dan dimodifikasi oleh peneliti sesuai dengan konsep dan tujuan penelitian :

- a. Sesi I : Pengkajian Masalah Keluarga, meliputi penyampaian tujuan dan kontrak program psikoedukasi dengan keluarga. Kemudian *sharing* pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa (masalah pribadi yang dihadapi oleh *caregiver* dan masalah dalam merawat) serta keinginan dan harapan keluarga selama mengikuti program psikoedukasi keluarga.
- b. Sesi II : Perawatan Klien Gangguan Jiwa (Pasung), meliputi penyampaian materi tentang gangguan jiwa yang dialami oleh klien pasung yaitu materi tentang pengertian, gejala, etiologi, prognosis, intervensi dan terapi yang dapat diberikan kepada klien gangguan jiwa dengan pasung yang disertai dengan informasi dan demonstrasi serta *role play* tentang cara merawat klien dengan gangguan jiwa (khususnya dengan pasung) di rumah.
- c. Sesi III : Manajemen Stres Keluarga, meliputi materi tentang manajemen stres yang dialami oleh keluarga klien dengan pasung, hambatan dan cara mengatasinya yang disertai dengan diskusi dan *role play*.
- d. Sesi IV : Manajemen Beban Keluarga, meliputi tanda-tanda beban dan cara mengatasi beban yang dialami akibat adanya anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa (pasung).cara berkomunikasi serta latihan asertif bagi keluarga untuk mengungkapkan perasaan masing-masing disertai dengan diskusi dan *role play*.

- e. Sesi V : Pemberdayaan Komunitas meliputi hambatan dalam merawat klien gangguan jiwa (khususnya pasung) di rumah, hambatan dalam berhubungan dengan tenaga kesehatan dan cara mengatasi hambatan dalam berkolaborasi, serta diskusi dengan tenaga kesehatan dari Puskesmas tentang sistem rujukan, advokasi hak-hak klien gangguan jiwa dan mencari dukungan untuk pembentukan kelompok suportif dan swabantu.

Kelima sesi di atas akan dilakukan secara sistematis dan terstruktur sesuai dengan langkah-langkah yang telah disusun. Diharapkan dengan penerapan terapi ini dapat memberikan hasil yang memuaskan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung dan di sisi lain dapat mengurangi beban keluarga dengan pasung terutama beban secara fisik dan emosional.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian yang dilakukan dan definisi operasional variabel-variabel dalam penelitian ini.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian ini dimulai dengan menjelaskan tentang pengertian gangguan jiwa yang dibahas berdasarkan definisi yang dikemukakan oleh Kaplan dan Sadock (2007). Berikutnya diuraikan penyebab gangguan jiwa menurut pendekatan konsep stres adaptasi Stuart Laraia (2005) yang terdiri dari faktor predisposisi, presipitasi, sumber koping dan mekanisme koping. Untuk mengetahui karakteristik klien digunakan pendekatan menurut Townsend (2005) yang terdiri dari 5 faktor yaitu usia, status sosial, pendidikan, agama dan kondisi politik.

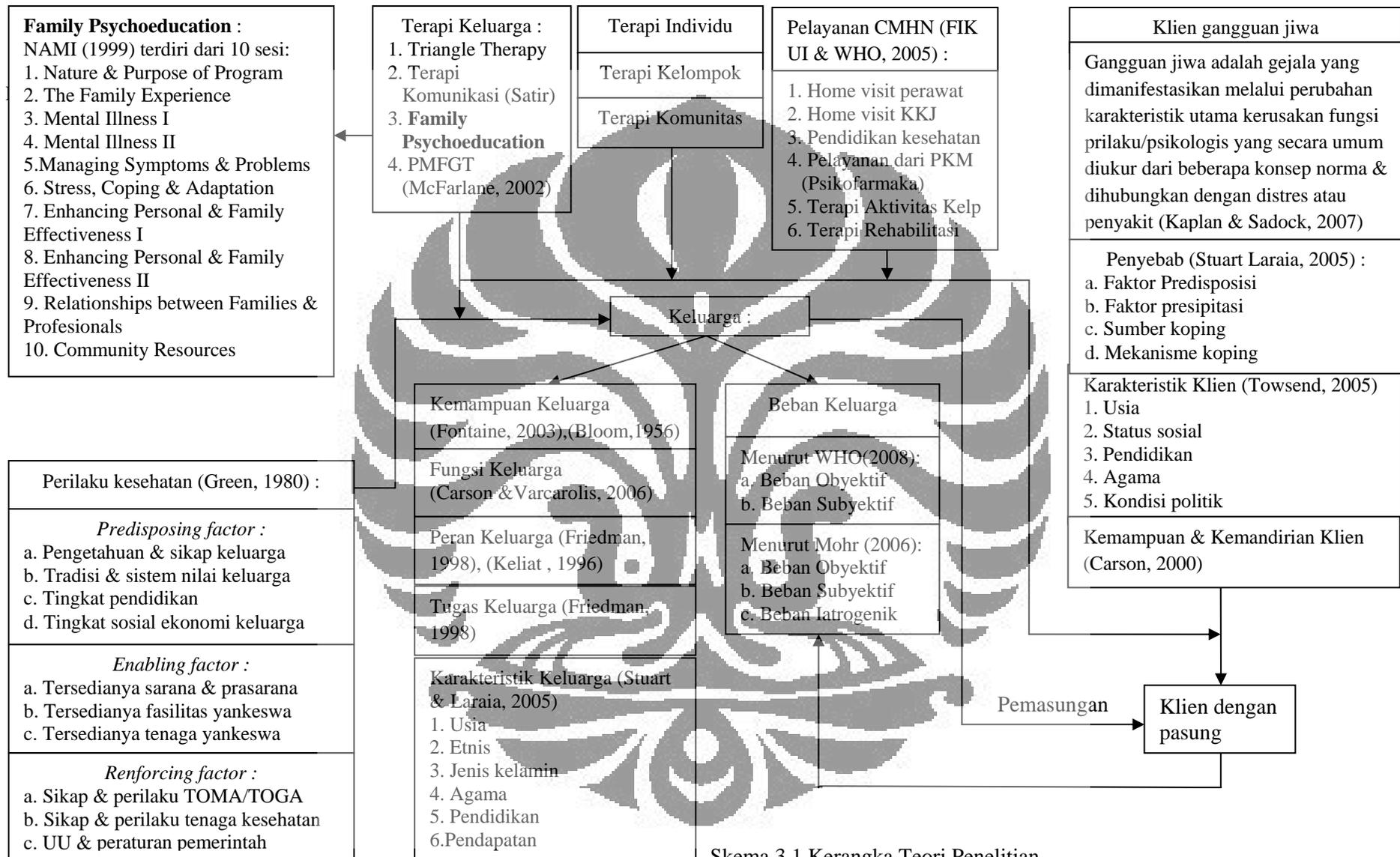
Keluarga merupakan 'perawat' utama dan *support system* terbesar untuk klien. Gangguan jiwa yang dialami klien akan menimbulkan berbagai respon dari keluarga dan lingkungan, salah satunya berupa pemasungan yang dilakukan oleh keluarga terhadap klien gangguan jiwa jika dianggap berbahaya bagi lingkungan. Pemasungan yang dilakukan keluarga sangat dipengaruhi oleh perilaku keluarga yang diuraikan menurut teori Green (1980) meliputi *predisposing factor*, *enabling factor* dan *reenforcing factor*. Konsep keluarga diuraikan melalui beberapa aspek yaitu kemampuan, fungsi, peran, tugas dan karakteristik keluarga. Semua faktor tersebut mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa.

Gangguan jiwa juga dapat menimbulkan dampak tidak hanya bagi klien saja tetapi juga bagi keluarganya berupa '*family burden*'. Berikut ini diuraikan juga tentang landasan teori menurut WHO (2008) dan Mohr (2006) tentang beban keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa yang secara

umum dikategorikan menjadi dua jenis yaitu beban subyektif dan beban obyektif. Menurut beberapa penelitian sebelumnya, beban tersebut dapat diminimalkan dengan memberikan intervensi sesuai kebutuhan klien dan keluarga. Salah satu intervensi yang dapat diberikan adalah *Family Psychoeducation*.

Family Psychoeducation merupakan sebuah metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga keperawatan jiwa profesional untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan. Selain dapat mengurangi beban pada keluarga, psikoedukasi keluarga juga dapat menurunkan tingkat kekambuhan, meningkatkan dukungan pada keluarga, serta menurunkan tingkat stres. Kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa juga dapat ditingkatkan dengan psikoedukasi keluarga. Dalam kerangka ini diuraikan tentang teori yang mendasari pelaksanaan *Family Psychoeducation* menurut *National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)* yang nantinya dikembangkan sesuai dengan konsep dan tujuan penelitian.

Selain terapi keluarga, terdapat beberapa jenis terapi lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dan klien di masyarakat yaitu dengan terapi individu, terapi kelompok dan terapi komunitas. Intervensi tersebut diupayakan melalui penerapan program kesehatan jiwa komunitas/masyarakat yang efektif yang dalam hal ini dilakukan melalui penerapan *Community Mental Health Nursing (CMHN)*. Pelayanan CMHN tersebut diwujudkan melalui beberapa kegiatan, diantaranya kunjungan rumah oleh perawat CMHN dan Kader Kesehatan Jiwa (KKJ), pendidikan kesehatan, pelayanan dari Puskesmas (termasuk pemberian psikofarmaka), Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan Terapi Rehabilitasi (FIK UI & WHO, 2005). Berikut ini adalah gambaran kerangka teori yang digunakan dalam penelitian (Skema 3.1).



3.2 Kerangka Konsep

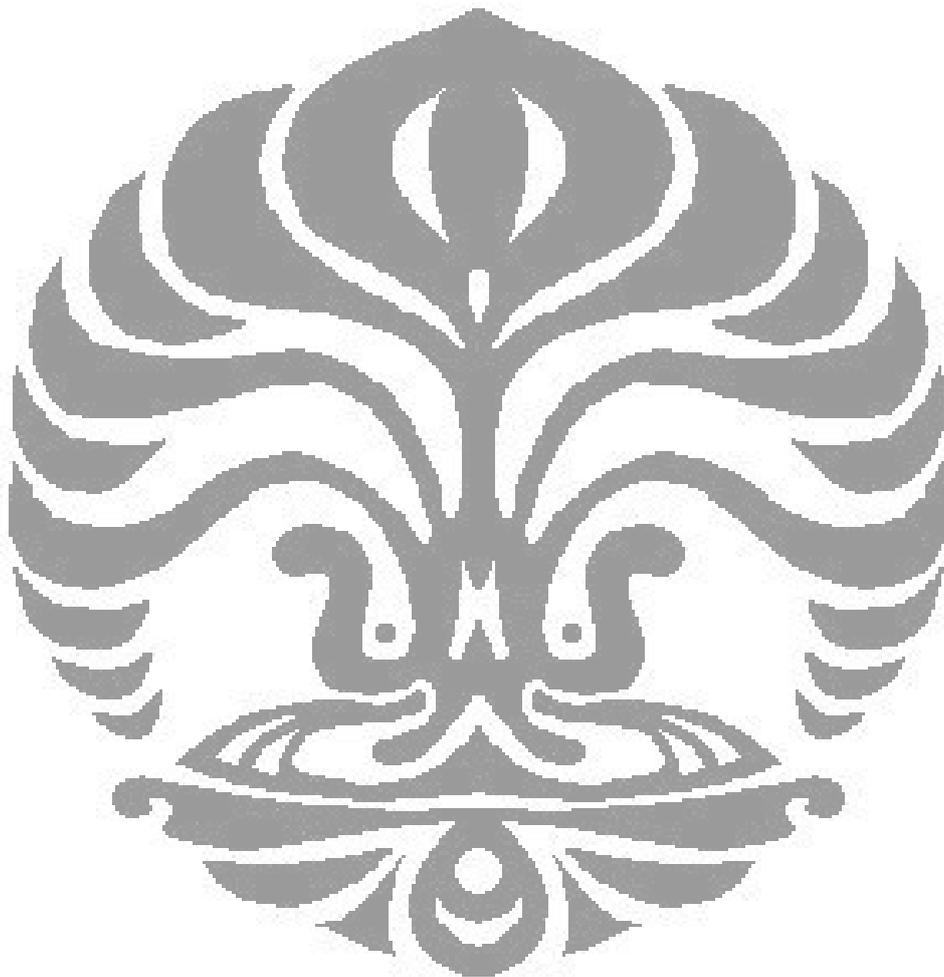
Kerangka konsep ini merupakan bagian dari kerangka teori yang menjadi panduan dalam pelaksanaan penelitian. Berdasarkan teori yang telah dikemukakan sebelumnya, salah satu terapi yang dapat diterapkan pada keluarga dengan salah satu anggota menderita gangguan jiwa yang mengakibatkan pemasungan adalah *family psychoeducation*. Dalam penelitian ini *family psychoeducation* merupakan tindakan perawatan yang menjadi intervensi pada penelitian. Dengan *family psychoeducation* diharapkan terjadi penurunan beban keluarga, peningkatan kemampuan keluarga, dan peningkatan kemandirian klien dalam perawatan diri.

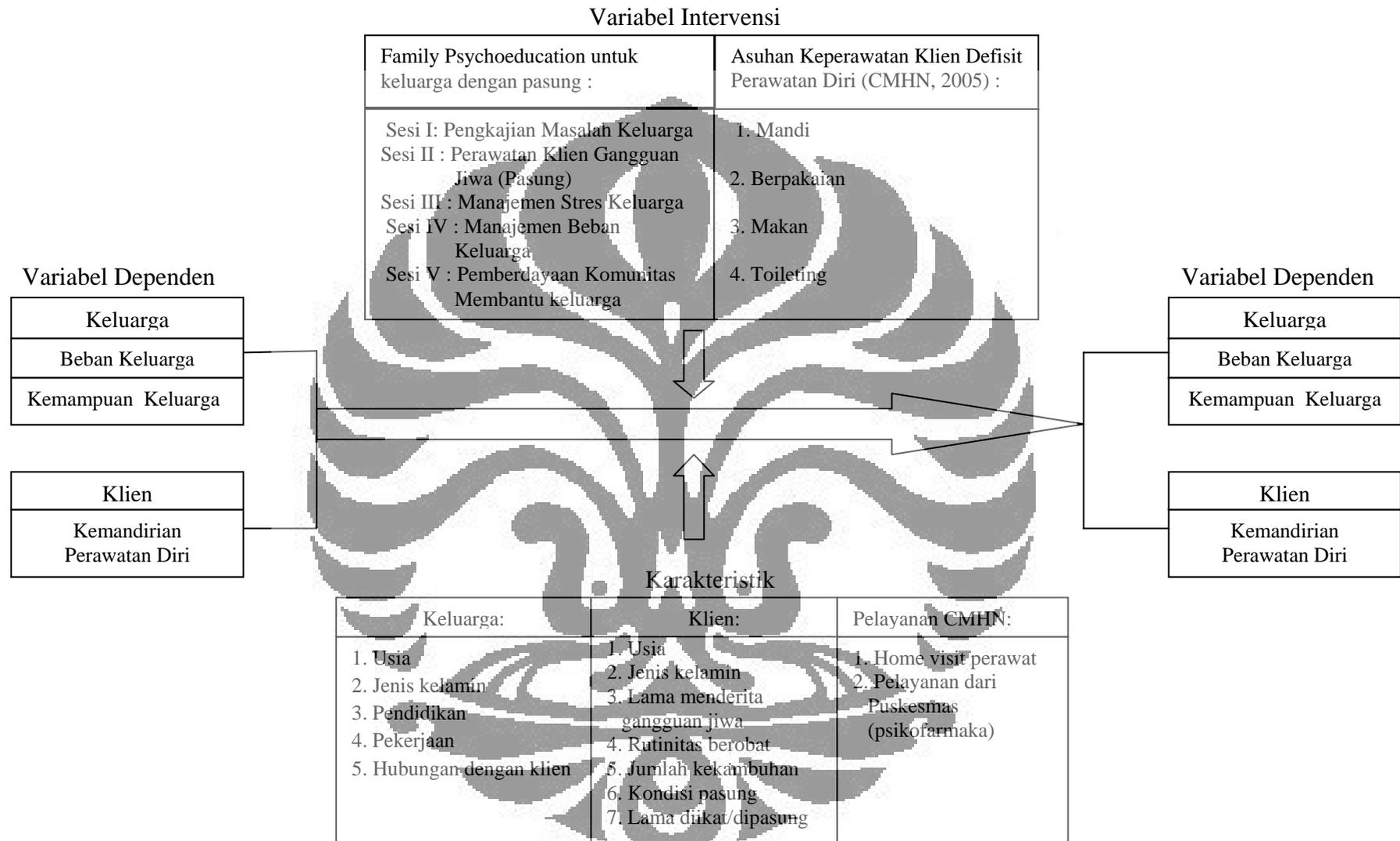
Variabel independen dalam penelitian ini adalah *family psychoeducation* dan variabel dependen terdiri dari beban dan kemampuan keluarga yang meliputi kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor. Variabel dependen lain yang diteliti adalah kemandirian perawatan diri klien meliputi aktifitas sehari-hari yaitu mandi, berpakaian, makan dan toileting. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah pemberian psikoedukasi untuk keluarga dan asuhan keperawatan defisit perawatan diri untuk klien pasung.

Variabel lain dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien), karakteristik klien (usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan, lama diikat/dipasung dan lama dilepas), dan pelayanan CMHN yang diterima klien (kunjungan perawat, kunjungan kader dan pelayanan dari Puskesmas meliputi pemberian psikofarmaka).

Output yang dilihat dari penelitian ini adalah beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung serta kemandirian klien dalam perawatan diri setelah dilakukannya psikoedukasi keluarga dan asuhan keperawatan defisit perawatan diri. Nilai *post test* dibandingkan dengan nilai *pre test* untuk

mengetahui perbedaan beban dan tingkat kemampuan sebelum dan sesudah dilakukannya psikoedukasi keluarga serta untuk mengetahui perbedaan tingkat kemandirian sebelum dan sesudah dilakukannya asuhan keperawatan defisit perawatan diri. Berikut ini adalah skema kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian (Skema 3.2).





Skema 3.2
Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Hipotesis

- 3.3.1 Ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung.
- 3.3.2 Ada perbedaan beban dan kemampuan keluarga sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga.
- 3.3.3 Ada perbedaan kemandirian klien sebelum dan sesudah mendapat asuhan keperawatan defisit perawatan diri.
- 3.3.4 Ada hubungan karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien) terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung.
- 3.3.5 Ada hubungan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan, lama diikat/dipasung dan lama dilepas) dan pelayanan CMHN (*home visit* perawat dan pelayanan Puskesmas) terhadap kemandirian klien dalam perawatan diri.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional ialah suatu definisi yang didasarkan pada karakteristik yang dapat diobservasi dari apa yang sedang didefinisikan atau mengubah konsep-konsep yang berupa konstruk dengan kata-kata yang menggambarkan perilaku atau gejala yang dapat diamati dan dapat diuji serta ditentukan kebenarannya oleh orang lain (Sarwono, 2006).

Definisi operasional untuk setiap variabel dapat dilihat pada tabel berikut ini.

3.4.1 Data Demografi Responden (Keluarga)

Tabel 3.1
Definisi Operasional Data Karakteristik Keluarga

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang usia	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan gender responden yang dibawa sejak lahir	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang jenis kelamin	Dinyatakan dengan: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai responden sesuai dengan ijazah yang dimiliki	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang pendidikan	Dinyatakan dengan: 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan responden yang menghasilkan pendapatan (uang)	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang pekerjaan	Dinyatakan dengan: 1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
5	Hubungan dengan klien	Status anggota keluarga terkait dengan klien	Kuesioner A item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang hubungan dengan klien	Dinyatakan dengan: 1. Orang tua 2. Bukan orang tua	Nominal

3.4.2 Data Karakteristik Klien (ditanyakan kepada keluarga)

Tabel 3.2

Definisi Operasional Data Karakteristik Klien

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir saat penelitian dilakukan	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang usia	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan gender klien yang dibawa sejak lahir	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang jenis kelamin	Dinyatakan dengan: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Lama menderita gangguan jiwa	Rentang waktu klien sejak awal menderita gangguan jiwa	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang lama menderita sakit	Dinyatakan dalam tahun	Interval
4	Rutinitas berobat	Jadwal klien berobat di sarana kesehatan yang tersedia (RSJ, RSU, Puskesmas) dalam jangka waktu yang telah ditentukan	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang rutinitas berobat	Dinyatakan dengan: 1. Rutin 2. Tidak rutin	Nominal
5	Jumlah kekambuhan	Frekuensi klien mengalami kekambuhan sejak menderita gangguan jiwa sampai saat ini	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang jumlah kekambuhan	Dinyatakan dalam jumlah	Interval
6	Kondisi pasung	Perlakuan yang diterima klien terkait gangguan jiwa yang dialami	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang kondisi klien saat ini	Dinyatakan dengan: 1. Terpasung 2. Lepas pasung	Nominal
7	Lama diikat/dipasung	Rentang waktu sejak awal klien diikat/dipasung sampai saat ini	Kuesioner B item pertanyaan dalam kuesioner demografi tentang lama diikat/dipasung	Dinyatakan dalam bulan	Interval

3.4.3 Pelayanan CMHN

Tabel 3.3
Definisi Operasional Pelayanan CMHN

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Kunjungan rumah oleh perawat CMHN	Aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan kesehatan jiwa dengan mengunjungi rumah klien	Wawancara tentang frekuensi kunjungan perawat CMHN dalam 3 bulan terakhir	Dinyatakan dalam jumlah	Interval
2.	Pelayanan Puskesmas	Kunjungan yang dilakukan klien ke Puskesmas untuk mengetahui diagnosa medis gangguan jiwa dan untuk mendapatkan psikofarmaka	Wawancara tentang frekuensi pemberian psikofarmaka yang pernah diterima klien dalam 3 bulan terakhir	Dinyatakan dalam jumlah	Interval

Tabel 3.4
Definisi Operasional Variabel Dependen dan Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Dependen					
1	Beban keluarga	Beban keluarga adalah stres atau efek dari klien gangguan jiwa terhadap keluarganya yang dapat menyebabkan peningkatan stressor keluarga dalam berkomunikasi, melakukan aktivitas fisik dan perawatan diri sehari-hari, cara bergaul dengan orang lain, aktivitas sehari-hari dan kegiatan sosial.	Menggunakan kuesioner yang dimodifikasi dari Disability Assessment Schedule WHODAS II yang terdiri dari 25 pertanyaan berupa 4 pertanyaan tentang pemahaman dan komunikasi, 4 pertanyaan tentang aktivitas fisik, 3 pertanyaan tentang perawatan diri, 4 pertanyaan tentang bergaul dengan orang lain, 5 pertanyaan tentang aktivitas sehari-hari dan 5 pertanyaan tentang kegiatan sosial.	Rentang nilai antara 25 – 100	Interval
Penilaian melalui : 1 = Tidak ada kesulitan 2 = Kesulitan ringan 3 = Kesulitan sedang 4 = Kesulitan berat					

2	Kemampuan keluarga	Kemampuan keluarga adalah kemampuan baik secara kognitif maupun psikomotor untuk merawat klien gangguan jiwa khususnya pasung	Menggunakan kuesioner tentang kemampuan keluarga (kognitif dan psikomotor)		
	a. Kemampuan kognitif	a. Kemampuan keluarga secara kognitif untuk mengetahui tentang gangguan jiwa khususnya pasung	Menggunakan kuesioner tentang kemampuan kognitif yang terdiri dari 20 pertanyaan	Rentang nilai antara 20 – 80	Interval
	b. Kemampuan psikomotor	b. Kemampuan keluarga secara psikomotor dalam merawat klien dengan pasung	1. Menggunakan kuesioner tentang kemampuan psikomotor yg terdiri dari 20 pertanyaan. Penilaian melalui : 1 = Sangat tidak setuju 2 = Tidak setuju 3 = Setuju 4 = Sangat setuju	Rentang nilai antara 20 – 80	Interval
			2. Menggunakan pedoman observasi kemampuan psikomotor terdiri dari 10 item agar keluarga dapat mengevaluasi kemampuan yang dilakukan Penilaian melalui : 0 = tidak dilakukan 1 = dilakukan	Rentang nilai antara 0 – 10	Interval
3	Kemampuan Klien	Kemampuan klien baik yang sudah lepas pasung ataupun yang masih dipasung yang meliputi aktivitas sehari-hari, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan	Menggunakan format self evaluasi yang terdiri dari 26 item yang bertujuan agar keluarga dapat mengevaluasi kemampuan klien. Penilaian melalui : 0=tidak pernah dilakukan 1= dilakukan dengan bantuan 2= dilakukan sendiri	Rentang nilai antara 0 – 52	Interval

a. Aktivitas sehari-hari	Kemampuan klien meliputi mandi, berpakaian, berdandan, makan, minum, BAB, BAK, membersihkan rumah; terdiri dari 8 item yaitu nomor 1 sampai nomor 8	Rentang nilai antara 0-16
b. Aktivitas sosial	Kemampuan klien meliputi bergaul dengan orang lain, bicara jelas dan sesuai, memberi pendapat, berbelanja, berkendara, dan terlibat kegiatan di masyarakat; terdiri dari 7 item yaitu pernyataan nomor 9 sampai nomor 15	Rentang nilai antara 0-14
c. Cara mengatasi masalah	Kemampuan klien meliputi mengungkapkan perasaan pada orang lain, bicara masalah pribadi pada orang yang dipercaya, membuat jadwal kegiatan sehari-hari, dan ikut dalam terapi aktivitas kelompok, terdiri dari 6 item yaitu nomor 16 sampai nomor 21	Rentang nilai antara 0-12
d. Pengobatan	Kemampuan klien meliputi kepatuhan minum obat, kontrol ke Puskesmas; terdiri dari 5 item yaitu nomor 22 sampai 26	Rentang nilai antara 0-10

Variabel Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Family Psychoeducation	Family Psychoeducation adalah sebuah metode yang berdasarkan pada penemuan klinik terhadap pelatihan keluarga yang bekerjasama dengan tenaga keperawatan jiwa profesional sebagai bagian dari keseluruhan intervensi klinik untuk anggota keluarga yang mengalami gangguan yang terdiri dari keluarga yang mendapat intervensi psikoedukasi dan perawatan klien pasung	<i>Checklist</i> format kegiatan sesi-sesi terapi <i>Family Psychoeducation</i>	1.Keluarga yang mendapat FPE dengan klien lepas pasung 2.Keluarga yang mendapat FPE dengan klien pasung dan masih dipasung 3.Keluarga yang mendapat FPE dengan klien pasung dan kemudian lepas pasung	Ordinal

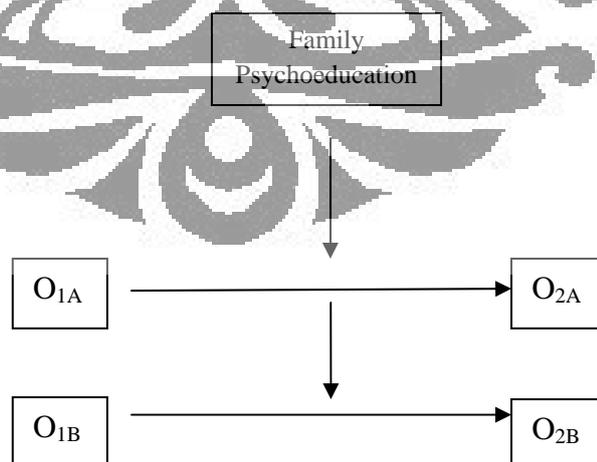
BAB 4 METODE DAN PROSEDUR PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian yang terdiri dari : desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, metode pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pengumpulan data dan hasil analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode intervensi semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan *pre post test without control group design* dengan intervensi *Family Psychoeducation*. Penelitian dilakukan untuk mengetahui tingkat beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan pasung sebelum diberikan perlakuan berupa psikoedukasi keluarga dan membandingkannya dengan tingkat beban dan kemampuan keluarga sesudah diberikan perlakuan. Penelitian ini juga mengukur tingkat kemandirian perawatan diri pada klien yang sudah lepas pasung dan masih dipasung di Kabupaten Bireuen.

Berikut ini adalah skema desain penelitian yang akan digunakan :



Skema 4.1 Desain Penelitian

Keterangan :

O_{1A} : Beban dan kemampuan keluarga pada *pre-test* sebelum dilakukan *Family Psychoeducation*

O_{2A} : Beban dan kemampuan keluarga pada *post-test* setelah dilakukan *Family Psychoeducation*

O_{1B} : Kemampuan perawatan diri pada klien sebelum dilakukan *Family Psychoeducation* pada keluarga

O_{2B} : Kemampuan perawatan diri pada klien setelah dilakukan *Family Psychoeducation* pada keluarga

O_{2A} - O_{1A} : Perbedaan beban dan kemampuan keluarga pada *pre-post test* (pengaruh *family psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga)

O_{2B} - O_{1B} : Perbedaan kemampuan perawatan diri pada klien setelah dilakukan *Family psychoeducation* pada keluarga

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan gejala/satuan yang ingin diteliti (Prasetyo, 2005). Populasi penelitian ini adalah seluruh keluarga klien dengan pasung baik yang sudah dilepaskan ataupun masih dipasung yang berdomisili di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darusalam. Data awal yang didapatkan terdapat 49 keluarga yang pernah dan masih melakukan pemasangan terhadap anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa (CMHN, 2005). Berdasarkan data terakhir dari Dinkes Bireuen dan tim CMHN Bireuen (2009), didapatkan 33 kasus pasung dengan rincian 24 kasus masih terpasung dan 9 kasus lepas pasung.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini diterapkan *total sampling* dimana yang menjadi sampel adalah semua keluarga dengan anggota keluarga yang pernah dipasung dan yang masih dipasung. Adapun karakteristik sampel

untuk keluarga yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Anggota keluarga yang terdekat dan terlibat merawat klien (*caregiver*)
- b. Bertanggung jawab terhadap klien dan tinggal bersama klien
- c. Berusia lebih dari 18 tahun
- d. Bisa membaca dan menulis
- e. Bersedia sebagai responden dalam penelitian

Sedangkan karakteristik sampel untuk klien yang dapat dimasukkan dalam kriteria inklusi adalah :

- a. Salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yang berada dalam kondisi terpasung atau sudah lepas pasung maksimal 1 tahun
- b. Dapat berkomunikasi secara lisan

Sampel menggunakan *total sampling* yaitu semua keluarga dengan anggota keluarga yang pernah dipasung ataupun yang masih dipasung yang bertempat tinggal di Kabupaten Bireuen. Dari 33 keluarga yang direncanakan sebagai responden (*total sampling*) tidak terpenuhi karena pada saat seleksi hanya 20 keluarga yang memenuhi kriteria inklusi. Sedangkan 13 keluarga yang lain tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian karena berbagai alasan yaitu 4 keluarga menolak berpartisipasi, 2 keluarga *drop out* dari penelitian, 2 orang klien pindah keluar Kabupaten Bireuen, 3 orang klien telah dirawat di BPKJ Banda Aceh, dan 2 klien meninggal.

Berikut ini jumlah sampel dari 8 Puskesmas (tabel 4.1)

Tabel 4.1
Jumlah sampel masing-masing Puskesmas

No	Nama Puskesmas	Jumlah Klien per Puskesmas	Jumlah Sampel yang didapat
1	Samalanga	4	2
2	Simpang Mamplam	3	2
3	Cot Geulungku	5	4
4	Jeumpa	2	1
5	Kota Juang	3	1
6	Juli	2	1
7	Kutablang	9	4
8	Gandapura	5	5
Jumlah		33	20

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di tempat tinggal keluarga dan klien yang mengalami gangguan jiwa baik yang pernah dipasung ataupun masih dipasung yang berlokasi di Kabupaten Bireuen Nanggroe Aceh Darusalam. Lokasi penelitian ini dipilih dengan alasan mudah mendapatkan izin penelitian, biaya penelitian yang terjangkau serta terbuka menerima perubahan baru yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Kabupaten Bireuen juga telah menjalankan program CMHN secara berkesinambungan sehingga sebagian klien dengan gangguan jiwa yang ada di masyarakat telah terpantau secara rutin. Kabupaten Bireuen juga memiliki jumlah responden yang paling banyak dan memenuhi syarat inklusi serta di tempat ini belum ada riset tentang terapi psikoedukasi keluarga pada keluarga klien dengan pasung.

4.4 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari Februari sampai Juli 2009 dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Pengumpulan data berlangsung selama 6 minggu yaitu dari tanggal 4 Mei sampai dengan 11 Juni 2009.

4.5 Etika Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, dilakukan uji etik oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan hasil uji etik menyatakan penelitian ini lolos dan layak untuk dilakukan penelitian. Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen. Setelah mendapat persetujuan, peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan perawat CMHN dari 8 Puskesmas yang menjadi area penelitian.

Rencana dan tujuan penelitian diinformasikan kepada keluarga melalui kunjungan rumah. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan (Lampiran 2) yang telah disiapkan oleh peneliti.

Apabila responden menolak atau tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini maka peneliti menghormati keputusan tersebut. Etika penelitian terhadap responden penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi dihormati, anonimitas dipertahankan sedangkan terhadap data dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data dimusnahkan.

Penelitian ini juga memenuhi beberapa prinsip etik yaitu :

a. *Autonomy* (Kebebasan)

Responden penelitian diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*. Tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin terjadi pada pelaksanaan penelitian dijelaskan sebelum responden memberikan persetujuan. Responden juga diberi kebebasan untuk mengundurkan diri setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti atau pada saat penelitian.

b. *Anonimity* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya tetapi dengan kode sehingga responden merasa aman dan tenang.

c. *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

d. *Non maleficence*

Responden penelitian diusahakan bebas dari rasa tidak nyaman baik ketidaknyamanan fisik (nyeri, panas, dingin) ataupun ketidaknyamanan psikologis (rasa tertekan, cemas).

e. *Justice*

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan alasan yang berhubungan langsung dengan masalah penelitian. Setiap subyek penelitian mendapat perlakuan yang sama selama pelaksanaan intervensi.

4.6 Alat Pengumpul Data

Mengumpulkan data merupakan hal yang sangat menentukan dalam sebuah penelitian. Pemilihan instrumen yang tepat dan sesuai akan memberikan hasil yang memuaskan dan dapat mengurangi bias. Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian dengan mengacu pada teori yang telah diuraikan dalam tinjauan pustaka. Instrumen ini diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Instrumen A

Instrumen yang dipakai untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari : 1) karakteristik responden (keluarga klien) yang meliputi usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan hubungan keluarga, 2) karakteristik klien pasung yang meliputi usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan, lama diikat/dipasung dan lama dilepas.

Responden mengisi format yang telah disediakan dengan cara menuliskan dan memilih *option* yang ada (Lampiran 3).

2. Instrumen B

Instrumen yang dipakai untuk mengukur beban keluarga dalam merawat klien pasung, disusun dengan merujuk pada *Disability Assessment Schedule WHODAS II* (2000) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti sesuai konsep dan tujuan penelitian. Instrumen ini terdiri dari 25 pertanyaan berupa 4 pertanyaan tentang pemahaman dan komunikasi keluarga yaitu nomor 1, 2, 3, dan 4, kemudian 4 pertanyaan tentang aktivitas fisik keluarga yaitu nomor 5, 6, 7, dan 8. Pertanyaan tentang perawatan diri keluarga berjumlah 3 pertanyaan yaitu nomor 9, 10, dan 11, pertanyaan tentang pergaulan dengan orang lain terdiri dari 4 pernyataan yaitu nomor 12, 13, 14, dan 15, selanjutnya 5 pertanyaan tentang aktivitas keluarga sehari-hari yaitu nomor 16, 17, 18, 19, dan 20 dan bagian terakhir 5 pertanyaan tentang kegiatan sosial keluarga yaitu nomor 21, 22, 23, 24, dan 25. Cara penilaian yaitu dengan menghitung jumlah skor dari tiap item dengan nilai sebagai berikut : 1 = tidak ada kesulitan, 2 = tingkat kesulitan ringan, 3 = tingkat kesulitan sedang, dan 4 = tingkat kesulitan berat (Lampiran 4).

3. Instrumen C

Instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan kognitif keluarga terkait dengan kemampuan merawat klien pasung. Berupa kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti untuk mengetahui kemampuan kognitif keluarga yang dimodifikasi dari penelitian Utami (2008), terdiri dari 20 pertanyaan yang diisi dengan skala 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, dan 4 = sangat setuju dengan rentang skor 20 – 80 (Lampiran 5).

4. Instrumen D

Instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan psikomotor keluarga yang terdiri dari :

- a) Kuesioner yang berisi 20 pertanyaan yang diisi dengan pilihan 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, dan 4 = selalu dengan rentang skor 20 – 80 (Lampiran 6).

b) *Self Observation* : pedoman observasi berupa format *self observation* yang terdiri dari 10 item observasi dengan penilaian : 0 (tidak dilakukan), dan 1 (dilakukan) dengan rentang skor 0-10. Evaluasi dilakukan oleh keluarga dimana sebelumnya peneliti telah memberikan penjelasan tentang cara pengisian format (Lampiran 8).

5. Instrumen E

Instrumen untuk mengukur tingkat kemampuan perawatan diri klien. Peneliti menggunakan pedoman observasi tingkat kemandirian klien yang disusun oleh tim CMHN (2008) yang terdiri dari 26 item kegiatan meliputi 8 pertanyaan tentang aktivitas sehari-hari yaitu nomor 1 sampai nomor 8, 7 pertanyaan tentang aktivitas sosial yaitu nomor 9 sampai nomor 15, 6 pertanyaan tentang mengatasi masalah yaitu nomor 16 sampai nomor 21, dan 5 pertanyaan tentang pengobatan yaitu nomor 22 sampai 26. Cara penilaian yaitu : 0 = tidak pernah dilakukan, 1 = dilakukan dengan bantuan, dan 2 = dilakukan sendiri dengan rentang skor 0 – 52.

6. Panduan wawancara terstruktur tentang pelayanan CMHN yang pernah diterima klien dan keluarga meliputi pertanyaan tentang kunjungan rumah oleh perawat CMHN, kunjungan rumah oleh KKJ dan pelayanan Puskesmas (termasuk pemberian terapi psikofarmaka).

4.6.1 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Pelaksanaan uji coba instrumen dilakukan pada 8 keluarga yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan pasung di Kabupaten Aceh Besar. Uji coba instrumen dilakukan pada minggu terakhir April 2009 dengan mendatangi setiap rumah keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa yang pernah dipasung atau masih dipasung.

Uji validitas menggunakan *pearson product moment* dengan hasil apabila nilai r antara masing-masing item pernyataan lebih besar atau sama dengan 0,5. Uji

reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Internal Consistency* yang dilihat pada nilai *Alpha Cronbach*. Jika nilai koefisien reliabilitas r mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau reliabel (Hastono 2007). Hasil uji instrumen dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2
Hasil Uji Instrumen Beban dan Kemampuan Keluarga
Di Kabupaten Aceh Besar April 2009 (n=8)

No	Variabel	Jumlah pernyataan	Jumlah pernyataan yang tidak valid	Validitas (nilai r)	Reliabilitas (<i>Alpha Cronbach</i>)
1	Beban Keluarga	25	2 (nomor 4 dan 14)	0,70-0,974	0,993
2	Kemampuan Kognitif	20	2 (nomor 5 dan 10)	0,684-0,905	0,945
3	Kemampuan Psikomotor	20	1 (nomor 16)	0,694-0,876	0,929

r tabel = 0,707

Pernyataan yang tidak valid dikarenakan r hasil lebih kecil dari r tabel, namun pernyataan tersebut tidak dibuang karena r hasilnya hampir mendekati r tabel. Kemudian pernyataan tersebut dimodifikasi dengan berpedoman pada referensi yang ada melalui perbaikan redaksi pernyataannya, selain itu isi pertanyaan yang tidak valid tersebut mencakup materi tertentu yang diperlukan untuk penelitian sehingga 2 pernyataan dalam instrumen beban keluarga, 2 pernyataan dalam instrumen kemampuan kognitif dan 1 pernyataan untuk instrumen kemampuan psikomotor tetap dipergunakan.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1. Persiapan administratif
 - a) Melakukan uji etik instrumen penelitian di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 12).
 - b) Melakukan *expert validity* untuk bukti bahwa modul layak untuk penelitian dan uji kompetensi untuk bukti bahwa peneliti mampu melakukan intervensi dengan Tim Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 13).

- c) Mengurus surat perizinan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bireuen.
- d) Melakukan koordinasi dengan perawat CMHN dari 8 Puskesmas yang dijadikan lokasi penelitian.
- e) Melakukan pertemuan dan kontrak kerja dengan kolektor data yang memenuhi kriteria yaitu perawat jiwa dengan latar belakang pendidikan DIII keperawatan, masing-masing mempunyai pengalaman kerja sebagai perawat baik di pendidikan ataupun di pelayanan.
- f) Mengambil data pada responden dengan cara menentukan calon responden yang memenuhi kriteria inklusi melalui pengumpulan data terkait dengan identitas responden dan riwayat gangguan jiwa yang dialami oleh salah satu anggota keluarga responden (Lampiran 3).
- g) Memberi penjelasan kepada responden tentang tujuan, proses dan harapan dari penelitian ini dan memberi kesempatan bertanya kepada responden. Apabila bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini maka responden menandatangani *Informed Consent* dan peneliti menghargai keputusan responden jika menolak (Lampiran 1 dan 2).

2. Pelaksanaan Kegiatan

Penelitian berlangsung selama 6 minggu dari tanggal 4 Mei sampai 11 Juni 2009. Pada penelitian ini telah diteliti 20 keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan pasung yang semuanya telah diberikan terapi *family psychoeducation* dengan rincian 11 keluarga dengan klien yang masih dipasung dan 9 keluarga dengan klien yang sudah lepas pasung. Tahapan pelaksanaan kegiatan penelitian dilakukan dalam tiga tahap meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

a. *Pre test*

Pada minggu pertama dilakukan pengukuran awal sebelum intervensi untuk mengetahui data demografi klien dan keluarga, skor beban, skor kemampuan kognitif dan psikomotor, dan skor kemandirian melalui instrumen yang tersedia.

Beban dan kemampuan pada keluarga diukur melalui pengisian kuesioner beban (Lampiran 4), kuesioner kemampuan kognitif (Lampiran 5), kuesioner kemampuan psikomotorik (Lampiran 6) dan *self observation* kemampuan psikomotorik keluarga (Lampiran 8) serta tingkat kemandirian perawatan diri klien (Lampiran 9) kemudian data diedit dan diolah untuk mendapatkan skor awal. Kegiatan ini dilakukan pada minggu pertama bulan Mei 2009. Hasil *pre test* nantinya dibandingkan dengan hasil *post test*. Kisi-kisi soal menggunakan lampiran 7.

b. Intervensi

Psikoedukasi keluarga mulai dilakukan pada minggu kedua sesuai dengan sesi-sesi yang telah disusun dalam modul (Lampiran 11). Psikoedukasi keluarga dilakukan oleh peneliti yang telah melakukan uji kompetensi dengan Tim Keperawatan Jiwa FIK UI. Psikoedukasi keluarga dilakukan dalam 5 sesi yaitu sesi I membahas tentang pengkajian masalah keluarga meliputi masalah pribadi dan masalah dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa, sesi II membahas tentang cara perawatan klien gangguan jiwa (pasung), sesi III membahas tentang manajemen stres keluarga dengan gangguan jiwa, sesi IV membahas tentang manajemen beban keluarga dengan gangguan jiwa, dan sesi V membahas tentang pemberdayaan komunitas dalam membantu keluarga.

Pertemuan efektif dengan keluarga berlangsung selama 5 minggu. Untuk sesi terakhir (sesi 5), peneliti telah melakukan modifikasi dimana pada rencana awal sesi 5 akan dilakukan di suatu tempat tertentu dengan mengumpulkan beberapa keluarga yang masih terdapat dalam 1 wilayah kerja Puskesmas. Kondisi di lapangan tidak memungkinkan karena rata-rata jarak rumah keluarga dengan Puskesmas cukup jauh dan adanya keterbatasan transportasi. Untuk mengantisipasi hal itu, peneliti menyiapkan solusi dengan cara melibatkan perawat CMHN dalam

melakukan sesi 5 di rumah masing-masing keluarga.

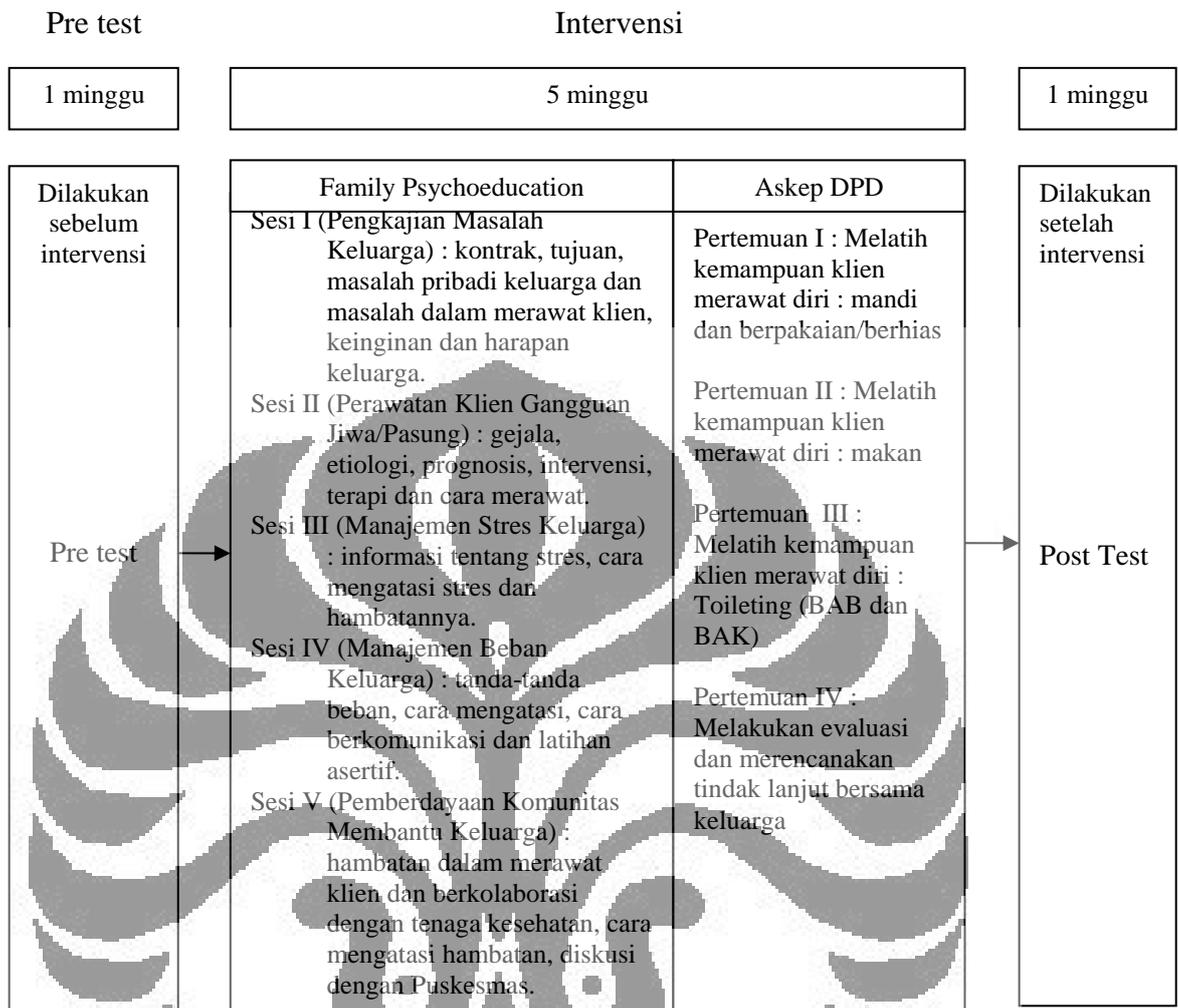
Intervensi untuk meningkatkan kemandirian klien berupa asuhan keperawatan defisit perawatan diri untuk klien pasung dilakukan di rumah masing-masing keluarga meliputi aktivitas sehari-hari yaitu mandi, berpakaian, makan dan toileting. Pada pertemuan pertama peneliti melakukan interaksi dengan klien didampingi oleh keluarga. Pada pertemuan kedua dan ketiga dilakukan kegiatan untuk melatih kemampuan klien dalam perawatan diri sesuai standar asuhan keperawatan. Untuk pertemuan terakhir, peneliti melibatkan keluarga untuk melatih dan mengevaluasi kemampuan klien dalam perawatan diri.

Pelaksanaan psikoedukasi dilakukan sesuai kesepakatan dengan keluarga. Rata-rata durasi waktu untuk setiap pertemuan dengan keluarga berlangsung sekitar 45 sampai 60 menit. Sebagian besar komunikasi dengan klien dan keluarga dilakukan dengan menggunakan bahasa daerah (bahasa Aceh) mengingat hampir semua responden selalu menggunakan bahasa daerah dalam pergaulan sehari-hari dan ada beberapa responden yang tidak bisa berbahasa Indonesia.

c. Post test

Pada minggu terakhir dilakukan post test untuk mengetahui beban dan kemampuan keluarga serta tingkat kemandirian klien sesudah pelaksanaan psikoedukasi dan pemberian asuhan keperawatan. Beban dan kemampuan keluarga serta kemandirian klien diukur kembali setelah pelaksanaan intervensi melalui pengisian kuesioner yang sama kemudian data diedit dan diolah. Kegiatan ini dilakukan setelah berakhirnya pertemuan kelima yang berlangsung pada minggu pertama dan kedua bulan Juni 2009.

Berikut ini merupakan skema alur penelitian yang dilakukan (Skema 4.2).



Skema 4.2 Alur pelaksanaan intervensi *Family Psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga

4.8 Analisis Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer melalui tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. *Editing*, kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Kuesioner yang telah diisi oleh responden kemudian dilakukan pengecekan apakah jawaban yang ada sudah terisi semua dan apakah jawaban relevan dan konsisten dengan pertanyaan. Hasil yang diperoleh semua kuesioner sudah terisi lengkap dan sesuai dengan pertanyaan.

2. *Coding*, peneliti memberi kode pada setiap kuesioner yang meliputi beban keluarga, kemampuan kognitif, kemampuan psikomotor, observasi kemampuan psikomotor, dan kemandirian klien untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Pemberian kode yaitu dengan kode 1 untuk jawaban negatif, dan kode 2 untuk jawaban positif.
3. *Entry*, peneliti memasukkan data yang sudah terkumpul ke dalam komputer dengan menggunakan program yang ada. Pada tahap ini ada 2 variabel yang kemudian tidak dianalisis karena menunjukkan hasil yang homogen yaitu agama dan pendapatan pada karakteristik keluarga.
4. *Cleaning*, peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode. Kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Setelah data didapat peneliti melakukan pengecekan lagi apakah masih ada kesalahan atau tidak sehingga data siap dianalisis. Pada tahap ini, peneliti baru melakukan pengolahan data setelah memastikan semua data telah dimasukkan dan bebas dari kesalahan.

Untuk analisa data penelitian dilakukan dengan langkah-langkah berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik klien pasung dan keluarganya, pelayanan CMHN yang diterima klien, beban keluarga, kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor keluarga, dan empat aspek kemandirian klien sebelum dan sesudah intervensi. Untuk data numerik dihitung sentral tendensi (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*), sedangkan untuk data yang berbentuk kategorik dengan menghitung distribusi frekwensi dan presentase. Penyajian masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu pengaruh *family psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung dan melihat perbedaan kemandirian klien pasung setelah intervensi di Kabupaten Bireuen. Analisis lain yang dilakukan adalah perbedaan beban keluarga, kemampuan keluarga, dan empat aspek kemandirian klien sebelum dan sesudah intervensi dengan menggunakan *Paired t-test*. Penelitian ini juga menganalisis hubungan karakteristik keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga, karakteristik klien dan pelayanan CMHN dengan tingkat kemandirian klien pasung dengan menggunakan uji regresi linear sederhana, uji Anova dan uji *independent t-test*. Untuk memudahkan melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4. 3
Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh *Family Psychoeducation* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga

A. Analisis variabel beban dan kemampuan keluarga			
No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1.	Beban keluarga dalam merawat klien pasung sebelum intervensi	Beban keluarga dalam merawat klien pasung sesudah intervensi	<i>T-paired</i>
2.	Kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung sebelum intervensi	Kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung sesudah intervensi	<i>T-paired</i>
3.	Kemampuan klien dalam perawatan diri sebelum intervensi	Kemampuan klien dalam perawatan diri sesudah intervensi	<i>T-paired</i>
B. Analisis Variabel Karakteristik Keluarga Terhadap Beban Keluarga			
No	Variabel Karakteristik Keluarga	Variabel Beban Keluarga	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)		Regresi linear sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)		<i>Independent t-test</i>
3.	Pendidikan (Ordinal)	Beban Keluarga	Anova
4.	Pekerjaan (Nominal)		<i>Independent t-test</i>
5.	Hubungan dengan klien (Nominal)		<i>Independent t-test</i>

C. Analisis Variabel Karakteristik Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga

No	Variabel Karakteristik Keluarga	Variabel Kemampuan Keluarga	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)		Regresi linear sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)		<i>Independent t-test</i>
3.	Pendidikan (Ordinal)	a. Kognitif b. Psikomotorik	Anova
4.	Pekerjaan (Nominal)		<i>Independent t-test</i>
5.	Hubungan dengan klien (Nominal)		<i>Independent t-test</i>

D. Analisis Variabel Karakteristik Klien Terhadap Kemampuan Klien

No	Variabel Karakteristik Klien	Variabel Kemampuan Klien	Cara Analisis
1.	Usia (Interval)		Regresi linear sederhana
2.	Jenis kelamin (Nominal)		<i>Independent t-test</i>
3.	Lama menderita gangguan jiwa (Interval)	a. Aktivitas harian b. Aktivitas sosial	Regresi linear sederhana
4.	Rutinitas berobat (Nominal)	c. Cara mengatasi masalah d. Pengobatan	<i>Independent t-test</i>
5.	Jumlah kekambuhan (Interval)		Regresi linear sederhana
6.	Kondisi pasung (Nominal)		<i>Independent t-test</i>
7.	Lama diikat/dipasung (Interval)		Regresi linear sederhana

E. Analisis Variabel Pelayanan CMHN Terhadap Kemampuan Klien

No	Variabel Pelayanan CMHN	Variabel Kemampuan Klien	Cara Analisis
1.	<i>Home visit</i> perawat CMHN (Interval)	a. Aktivitas harian b. Aktivitas sosial	Regresi linear sederhana
2.	Pelayanan Puskesmas (Interval)	c. Cara mengatasi masalah d. Pengobatan	Regresi linear sederhana

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan secara lengkap hasil penelitian pengaruh *family psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen. Uraian tentang hasil penelitian ini terdiri dari empat bagian yaitu proses pelaksanaan *family psychoeducation* pada keluarga dengan pasung, karakteristik klien pasung dan keluarganya, karakteristik pelayanan CMHN, analisis perbedaan beban dan kemampuan keluarga serta aspek kemandirian klien pasung dan variabel yang berhubungan terhadap beban dan kemampuan keluarga dengan pasung serta aspek kemandirian klien.

5.1 Proses pelaksanaan *Family Psychoeducation* pada keluarga dengan pasung

Persiapan pelaksanaan psikoedukasi keluarga dimulai dengan penentuan responden yang memenuhi kriteria inklusi. Semua keluarga yang bersedia mengikuti kegiatan penelitian telah menandatangani pernyataan kesediaan (*informed consent*) yang diberikan oleh peneliti pada saat kunjungan ke rumah-rumah keluarga.

Dalam penelitian diberikan 2 intervensi yaitu psikoedukasi untuk keluarga dan asuhan keperawatan defisit perawatan diri untuk klien pasung. Pada minggu pertama dilakukan pengukuran awal untuk mengetahui data demografi klien dan keluarga, skor beban dan kemampuan keluarga, serta skor kemandirian klien.

Pelaksanaan intervensi untuk keluarga dan klien berlangsung selama 5 minggu. Untuk mengefektifkan waktu penelitian yang cukup singkat, peneliti membuat jadwal penelitian berdasarkan lokasi wilayah kerja untuk setiap Puskesmas. Jadwal kunjungan untuk Senin meliputi wilayah kerja Puskesmas Kota Juang, Jeumpa dan Juli untuk 3 keluarga. Selasa, Rabu dan Kamis merupakan jadwal kunjungan wilayah kerja Puskesmas Kutablang dan Gandapura untuk 9 keluarga, sedangkan Jum'at dan Sabtu adalah jadwal

kunjungan untuk wilayah kerja Puskesmas Cot Geulungku, Simpang Mamplam dan Samalanga untuk 8 keluarga.

Materi yang disampaikan selama intervensi yaitu minggu ke I membahas tentang pengkajian masalah keluarga dan interaksi awal dengan klien pasung, minggu ke II membahas tentang cara perawatan klien gangguan jiwa (pasung) dan melatih kemampuan klien dalam perawatan diri, minggu ke III membahas tentang manajemen stres keluarga dengan gangguan jiwa serta melakukan evaluasi dan melatih kemampuan klien dalam perawatan diri, minggu ke IV membahas tentang manajemen beban keluarga dengan gangguan jiwa dan melibatkan keluarga untuk melatih dan mengevaluasi kemampuan klien dalam perawatan diri, dan minggu ke V membahas tentang pemberdayaan komunitas dalam membantu keluarga.

Pada minggu terakhir dilakukan post test untuk mengetahui beban dan kemampuan keluarga serta tingkat kemandirian klien sesudah pelaksanaan intervensi.

5.2 Karakteristik klien pasung dan keluarganya.

Pada bagian ini diuraikan karakteristik responden penelitian yaitu klien pasung, keluarganya dan pelayanan CMHN yang diterima klien pasung dalam 3 bulan terakhir.

5.2.1 Karakteristik Klien Pasung

Karakteristik klien pasung meliputi usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan, kondisi pasung dan lama dipasung. Karakteristik klien yang berbentuk data numerik yaitu usia, lama menderita gangguan jiwa, jumlah kekambuhan dan lama dipasung dihitung dengan sentral tendensi (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *Confidence Interval*) yang dijelaskan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Analisis karakteristik klien pasung berdasarkan usia, lama menderita gangguan jiwa, jumlah kekambuhan, dan lama dipasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95%CI
Usia	20	35.75	34.00	10.15	20-60	31.00-40.50
Lama sakit	20	11.65	10.00	7.13	2-35	8.31-14.99
Jumlah kekambuhan	20	4.15	5.00	1.72	1-7	3.34-4.96
Lama dipasung	20	6.55	5.00	6.66	1-30	3.43-9.67

Dari tabel 5.1 diketahui data tidak terdistribusi normal dengan rata-rata usia klien 35.7 tahun, lama menderita gangguan jiwa 11.65 tahun, jumlah kekambuhan 4.15 kali dan lama dipasung 13.45 bulan. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata usia klien antara 31.00 sampai 40.5 tahun, lama sakit antara 8.31 sampai 14.9 tahun, jumlah kekambuhan antara 3.34 sampai 4.96 kali, dan lama dipasung antara 5.2 sampai 21.7 bulan.

Karakteristik jenis kelamin, rutinitas berobat dan kondisi pasung yang berbentuk data kategorik menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing karakteristik tersebut yang secara rinci dijelaskan pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar klien berjenis kelamin laki-laki (75%), 55% klien rutin berobat dan masih berada dalam kondisi terpasung.

Tabel 5.2
Distribusi frekwensi klien pasung berdasarkan jenis kelamin, rutinitas berobat dan kondisi pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Jumlah	
	N	%
Jenis kelamin :		
1. Laki-laki	15	75.0
2. Perempuan	5	25.0
Rutinitas berobat :		
1. Rutin	11	55.0
2. Tidak rutin	9	45.0
Kondisi Pasung :		
1. Terpasung	11	55.0
2. Lepas Pasung	9	45.0

5.2.2 Karakteristik keluarga klien pasung.

Karakteristik keluarga klien pasung terdiri dari usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien. Karakteristik keluarga menurut usia yang berbentuk data numerik dengan menghitung sentral tendensi (mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *Confidence Interval*) yang secara rinci dijelaskan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3
Analisis usia keluarga klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	20	50.30	53.00	11.31	23-65	45.00-55.60

Hasil pada tabel 5.3 diketahui data tidak terdistribusi normal dengan rata-rata usia keluarga klien pasung 50.3 tahun, usia termuda 23 tahun dan tertua 65 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata umur keluarga adalah diantara 45.00 sampai dengan 55.60 tahun.

Karakteristik jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien yang terdiri dari data dalam bentuk katagorik menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing karakteristik tersebut dan disajikan pada tabel 5.4. Untuk karakteristik agama, seluruhnya beragama Islam sehingga tidak dianalisis.

Hasil analisis pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga klien pasung adalah perempuan (85%), pendidikan keluarga sebagian besar adalah SD (50%) dan sebagian besar responden bekerja (60%), sedangkan untuk hubungan dengan klien didapatkan mayoritas adalah orang tua (75%).

Tabel 5.4
Distribusi frekwensi keluarga klien pasung berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Jumlah	
	N	%
Jenis kelamin :		
1. Laki-laki	3	15.0
2. Perempuan	17	85.0
Pendidikan :		
1. SD	10	50.0
2. SMP	6	30.0
3. SMA	4	20.0
Pekerjaan :		
1. Tidak bekerja	8	40.0
2. Bekerja	12	60.0
Hubungan dengan klien :		
1. Orang tua	15	75.0
2. Bukan orang tua	5	25.0

5.2.3 Karakteristik pelayanan CMHN yang diterima klien pasung

Pelayanan CMHN yang diterima adalah kunjungan rumah oleh perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa serta pelayanan Puskesmas dalam bentuk variabel kategorik dan dianalisis dengan distribusi frekwensi. Untuk kunjungan KKJ tidak dapat dianalisis karena hanya dilakukan di DSSJ

yaitu 5 desa sebagai area penelitian sehingga secara keseluruhan hanya 25% dari sampel.

Tabel 5.5
Analisis pelayanan CMHN yang diterima
klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Variabel	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Home visit perawat CMHN	20	2.85	4.00	1.46	1-4	2.85-2.17
Pelayanan Puskesmas	20	3.65	4.00	0.74	2-4	3.30-4.00

Hasil pada tabel 5.5 diketahui data tidak terdistribusi normal dengan rata-rata jumlah kunjungan perawat adalah 2.85 kali dan pelayanan Puskesmas dalam pemberian psikofarmaka yang diterima keluarga 3.65 kali. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata jumlah kunjungan perawat diantara 2.85 sampai dengan 2.17 kali dan pelayanan Puskesmas yang diterima antara 3.3 sampai dengan 4.00 kali.

5.3. Beban dan Kemampuan Keluarga dalam merawat klien pasung sebelum dan sesudah mengikuti *Family Psychoeducation*.

5.3.1 Beban Keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *Family Psychoeducation*

Beban keluarga dianalisis dengan melihat skor pernyataan dengan kuesioner rentang nilai 25 sampai 100. Untuk melihat perbedaan beban keluarga sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan uji *t dependent (Paired t test)* yang dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6
Analisis perbedaan beban keluarga sebelum dan sesudah mengikuti
family psychoeducation di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Variabel	Mean	SD	SE	P value
Beban keluarga :				
Sebelum	73.20	10.92	2.44	
Sesudah	68.45	10.76	2.40	0.000
Selisih	4.75	2.61	0.58	

Hasil analisis dari tabel 5.6 didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna beban keluarga sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; α 0.05) dengan selisih mean 4.75. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi penurunan beban keluarga ke tingkat yang lebih rendah dari skor 73.2 menjadi 68.45.

5.3.2 Kemampuan keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *Family Psychoeducation*

Kemampuan keluarga diuraikan dalam 3 bagian yaitu kemampuan kognitif, kemampuan psikomotor dan observasi kemampuan psikomotor. Kemampuan kognitif dan psikomotor dianalisis dengan melihat skor pernyataan dengan kuesioner rentang nilai 20 sampai 80. Observasi kemampuan psikomotor dianalisis dengan melihat skor observasi dengan rentang nilai 0 sampai 10. Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan *Paired t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga sebelum dan sesudah mengikuti *family psychoeducation* di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Variabel	Mean	SD	SE	P value
Kemampuan kognitif :				
Sebelum	53.10	5.93	1.32	0.000
Sesudah	58.05	6.08	1.36	
Selisih	4.95	1.53	0.04	
Kemampuan psikomotor :				
Sebelum	48.50	5.93	1.32	0.000
Sesudah	53.10	5.83	1.30	
Selisih	4.60	1.42	0.02	
Observasi kemampuan psikomotor :				
Sebelum	5.95	1.50	0.33	0.000
Sesudah	7.65	1.30	0.29	
Selisih	1.70	0.73	0.16	

Hasil analisis dari tabel 5.7 diketahui bahwa terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan kognitif keluarga sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; α 0.05) dengan selisih mean 4.95. Kemampuan psikomotor juga menunjukkan perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; α 0.05) dengan selisih mean 4.60. Untuk hasil observasi kemampuan psikomotor keluarga juga terdapat perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi (p value 0.000; α 0.05) dengan selisih mean 1.70. Hasil tersebut menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan keluarga yang cukup tinggi dari skor penilaian awal.

5.4 Kemandirian Klien Pasung sebelum dan sesudah intervensi

Kemandirian klien meliputi empat aspek yaitu aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan. Untuk melihat perbedaan empat aspek kemandirian klien sebelum dan sesudah intervensi dilakukan dengan uji t dependent (*Paired t test*) yang dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
Analisis perbedaan aspek kemandirian klien sebelum dan sesudah intervensi di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Variabel	Mean	SD	SE	P value	N
Aktivitas harian :					
Sebelum	7.55	3.96	0.88	0.000	20
Sesudah	9.15	4.09	0.91		
Selisih	1.60	0.50	0.11		
Aktivitas sosial :					
Sebelum	6.05	3.60	0.80	0.000	20
Sesudah	6.75	3.79	0.84		
Selisih	0.70	0.65	0.14		
Mengatasi masalah :					
Sebelum	4.25	1.88	0.42	0.000	20
Sesudah	4.35	1.89	0.43		
Selisih	0.10	0.30	0.06		
Pengobatan :					
Sebelum	5.55	3.08	0.69	0.000	20
Sesudah	6.25	2.93	0.65		
Selisih	0.70	0.65	0.14		

Dari tabel 5.8 diketahui terdapat perbedaan yang bermakna pada empat aspek kemandirian klien (aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan) antara sebelum dan sesudah intervensi dengan *p value* 0.000 pada alpha 0.05.

5.5 Hubungan karakteristik keluarga dan klien serta pelayanan CMHN dengan beban, kemampuan keluarga dan kemandirian klien.

Hubungan karakteristik keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien. Selanjutnya diuraikan juga hubungan karakteristik klien dengan empat aspek kemandirian klien (aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan) meliputi usia, jenis kelamin, lama menderita gangguan jiwa, rutinitas berobat, jumlah kekambuhan, kondisi pasung, dan lama dipasung. Terakhir diuraikan hubungan pelayanan CMHN yang diterima klien dengan kemandirian klien meliputi *home visit* perawat CMHN dan pelayanan Puskesmas.

5.5.1 Hubungan karakteristik keluarga dengan beban keluarga.

Hubungan karakteristik keluarga dengan beban keluarga menurut usia dilakukan dengan analisis regresi linier sederhana yang dapat dilihat pada tabel 5.9. Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien dilakukan dengan uji Anova dan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.10. Untuk karakteristik agama dan pendapatan tidak dilakukan analisis karena diperoleh hasil yang homogen.

Tabel 5.9
Analisis korelasi dan regresi usia terhadap beban keluarga
di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Beban Keluarga		
	R	R ²	<i>P value</i>
Usia	0.537	0.289	0.015

Hasil analisis pada tabel 5.9 menunjukkan hubungan yang kuat ($r=0.537$) dan berpola positif artinya semakin bertambah umurnya semakin tinggi

tingkat bebannya. Nilai koefisien determinan usia adalah 28.9% berarti usia menentukan 28.9% tingkat beban sedangkan sisanya ditentukan oleh faktor yang lain. Hasil uji statistik didapatkan ada pengaruh yang signifikan antara usia dengan beban keluarga dalam merawat klien pasung ($p = 0.015$).

Tabel 5.10
Hubungan karakteristik keluarga dengan beban keluarga berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Beban Keluarga			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.264
a. Laki-laki	3	75.00	5.29	
b. Perempuan	17	67.29	11.16	
2. Pendidikan				0.543
a. SD	10	70.70	10.69	
b. SMP	7	64.71	11.36	
c. SMA	3	69.67	11.06	
3. Pekerjaan				0.642
a. Tidak bekerja	8	69.88	11.74	
b. Bekerja	12	67.50	10.49	
4. Hubungan dengan klien				0.034
a. Orang tua	15	71.33	8.32	
b. Bukan orang tua	5	59.80	13.55	

Analisis hubungan karakteristik keluarga dengan beban keluarga dalam merawat klien pasung pada tabel 5.10 didapatkan ada hubungan yang bermakna antara hubungan dengan klien terhadap beban keluarga ($p \text{ value} < .05$; alpha 5%), sedangkan untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan diketahui tidak ada hubungan dengan beban keluarga ($p \text{ value} > 0.05$; alpha 5%).

5.5.2 Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan keluarga.

a) Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif

Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga menurut usia dilakukan dengan analisis regresi linier sederhana yang dapat dilihat pada tabel 5.11. Untuk karakteristik jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien dilakukan dengan uji Anova dan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.11
Analisis korelasi dan regresi usia terhadap kemampuan kognitif keluarga di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Kognitif Keluarga		
	R	R ²	P value
Usia	0.231	0.110	0.154

Hasil analisis pada tabel 5.11 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan/hubungan lemah ($r=0.231$) dan berpola negatif artinya semakin bertambah umurnya semakin rendah kemampuan kognitifnya. Nilai koefisien determinan usia adalah 11% berarti usia menentukan 11% kemampuan kognitif keluarga sedangkan sisanya ditentukan oleh faktor yang lain. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien pasung ($p = 0.154$).

Tabel 5.12
Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Kognitif			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.06
a. Laki-laki	3	53.33	1.52	
b. Perempuan	17	58.88	6.22	
2. Pendidikan				0.803
a. SD	10	57.20	4.84	
b. SMP	7	59.29	5.99	
c. SMA	3	58.00	11.35	
3. Pekerjaan				0.697
a. Tidak bekerja	8	57.38	5.87	
b. Bekerja	12	58.50	6.43	
4. Hubungan dengan klien				0.463
a. Orang tua	15	57.40	5.99	
b. Bukan orang tua	5	60.00	8.14	

Analisis hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien pasung pada tabel 5.12 didapatkan bahwa untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien tidak ada hubungan dengan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien pasung ($p > 0.05$; alpha 5%).

b. Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor

Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor keluarga menurut usia dilakukan dengan analisis regresi linier sederhana yang dapat dilihat pada tabel 5.13. Untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien dilakukan dengan uji Anova dan *independent t-test* yang dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.13
Analisis korelasi dan regresi usia terhadap kemampuan psikomotor keluarga di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Psikomotor Keluarga		
	r	R ²	P value
Usia	0.003	0.000	0.991

Hasil analisis pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan/hubungan lemah ($r=0.003$) dan berpola negatif artinya semakin bertambah umurnya semakin rendah kemampuan psikomotornya. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung ($p=0.991$).

Analisis hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung pada tabel 5.14 didapatkan bahwa untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien tidak ada hubungan dengan kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung ($p \text{ value} > 0.05$; alpha 5%).

Tabel 5.14
Hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan psikomotor keluarga di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Keluarga	Kemampuan Psikomotor			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.448
a. Laki-laki	3	50.67	4.93	
b. Perempuan	17	53.53	6.00	
2. Pendidikan				0.864
a. SD	10	52.40	5.50	
b. SMP	7	53.57	4.86	
c. SMA	3	54.33	10.50	
3. Pekerjaan				0.458
a. Tidak bekerja	8	51.88	3.79	
b. Bekerja	12	53.92	6.90	
4. Hubungan dengan klien				0.303
a. Orang tua	15	52.33	5.99	
b. Bukan orang tua	5	55.40	7.21	

5.5.3 Hubungan karakteristik klien dengan aspek kemandirian klien.

Hubungan karakteristik klien dengan empat aspek kemandirian klien dilakukan dengan analisis regresi linier sederhana dan *independent t-test*.

a) Hubungan karakteristik klien dengan aktivitas harian klien

Tabel 5.15
Analisis korelasi dan regresi usia, lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung terhadap aspek aktivitas harian klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Aktivitas Harian Klien		
	r	R ²	P value
Usia (+)	0.596	0.355	0.006
Lama sakit (-)	0.061	0.004	0.797
Jumlah kambuh (-)	0.100	0.010	0.674
Lama dipasung (+)	0.237	0.056	0.314

Hasil analisis pada tabel 5.15 diketahui bahwa usia menunjukkan hubungan yang kuat ($r=0.596$) dan berpola positif artinya semakin bertambah usia semakin tinggi aktivitas harian yang dilakukan. Hasil uji statistik didapatkan

ada hubungan yang signifikan antara usia dengan aktivitas harian klien ($p=0.006$). Untuk karakteristik lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan aktivitas harian klien.

Tabel 5.16
Hubungan karakteristik klien menurut jenis kelamin, rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan aspek aktivitas harian klien di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Aktivitas Harian Klien			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.928
a. Laki-laki	15	9.20	3.78	
b. Perempuan	5	9.00	5.43	
2. Rutinitas berobat				0.040
a. Rutin	11	10.82	4.09	
b. Tidak rutin	9	7.11	3.21	
3. Kondisi Pasung				0.000
a. Terpasung	11	6.27	2.68	
b. Lepas pasung	9	12.67	2.34	

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.16 didapatkan ada hubungan yang signifikan antara rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan aktivitas harian klien ($p \text{ value} < 0.05$; alpha 5%), sedangkan untuk jenis kelamin tidak ada hubungan dengan aktivitas harian klien ($p \text{ value} > 0.05$; alpha 5%).

b) Hubungan karakteristik klien dengan aktivitas sosial klien

Tabel 5.17
Analisis korelasi dan regresi usia, lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung terhadap aspek aktivitas sosial klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Aktivitas Sosial Klien		
	r	R ²	P value
Usia (+)	0.653	0.426	0.002
Lama sakit (-)	0.063	0.004	0.793
Jumlah kambuh (-)	0.090	0.008	0.705
Lama dipasung (+)	0.326	0.107	0.160

Hasil analisis pada tabel 5.17 diketahui bahwa usia menunjukkan hubungan yang kuat ($r=0.653$) dan berpola positif artinya semakin bertambah usia semakin tinggi aktivitas sosial yang dilakukan. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara usia dengan aktivitas sosial klien ($p=0.002$). Untuk karakteristik lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan aktivitas harian klien.

Tabel 5.18
Hubungan karakteristik klien menurut jenis kelamin, rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan aspek aktivitas sosial klien di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Aktivitas Sosial Klien			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.870
a. Laki-laki	15	6.67	3.77	
b. Perempuan	5	7.00	4.30	
2. Rutinitas berobat				0.05
a. Rutin	11	8.09	4.30	
b. Tidak rutin	9	5.11	2.36	
3. Kondisi Pasung				0.000
a. Terpasung	11	4.00	1.26	
b. Lepas pasung	9	10.11	3.01	

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.18 didapatkan ada hubungan yang signifikan antara rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan aktivitas sosial klien ($p \text{ value} < 0.05$; alpha 5%), sedangkan untuk jenis kelamin diketahui tidak ada hubungan dengan aktivitas sosial klien ($p \text{ value} > 0.05$; alpha 5%).

c) Hubungan karakteristik klien dengan cara mengatasi masalah

Hasil analisis pada tabel 5.19 diketahui bahwa usia menunjukkan hubungan yang kuat ($r=0.594$) dan berpola positif artinya semakin bertambah usia semakin bertambah cara mengatasi masalah yang dilakukan. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara usia dengan cara klien mengatasi masalah ($p=0.006$). Untuk karakteristik lama sakit, jumlah

kekambuhan dan lama dipasung diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan cara klien mengatasi masalah.

Tabel 5.19
Analisis korelasi dan regresi usia, lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung terhadap aspek mengatasi masalah klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Cara Mengatasi Masalah		
	R	R ²	P value
Usia (+)	0.594	0.353	0.006
Lama sakit (-)	0.076	0.006	0.752
Jumlah kambuh (-)	0.033	0.001	0.890
Lama dipasung (-)	0.260	0.067	0.269

Tabel 5.20
Hubungan karakteristik klien menurut jenis kelamin, rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan aspek mengatasi masalah klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Cara Mengatasi Masalah			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.470
a. Laki-laki	15	4.53	1.92	
b. Perempuan	5	3.80	1.92	
2. Rutinitas berobat				0.001
a. Rutin	11	5.45	1.86	
b. Tidak rutin	9	3.00	0.70	
3. Kondisi Pasung				0.000
a. Terpasung	11	3.00	0.77	
b. Lepas pasung	9	6.00	1.50	

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.20 didapatkan ada hubungan yang signifikan antara rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan cara mengatasi masalah ($p\text{ value} < 0.05$; alpha 5%), sedangkan untuk jenis kelamin diketahui tidak ada hubungan dengan cara klien mengatasi masalah ($p\text{ value} > 0.05$; alpha 5%).

d) Hubungan karakteristik klien dengan pengobatan klien

Tabel 5.21
Analisis korelasi dan regresi usia, lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung terhadap aspek pengobatan klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Pengobatan		
	r	R ²	P value
Usia (+)	0.546	0.298	0.013
Lama sakit (-)	0.107	0.012	0.652
Jumlah kambuh (-)	0.013	0.000	0.957
Lama dipasung (-)	0.029	0.001	0.904

Hasil analisis pada tabel 5.21 diketahui bahwa usia menunjukkan hubungan yang kuat ($r=0.546$) dan berpola positif artinya semakin bertambah usia semakin meningkat pengobatan yang dilakukan. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara usia dengan pengobatan klien ($p=0.013$). Untuk karakteristik lama sakit, jumlah kekambuhan dan lama dipasung diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan pengobatan klien.

Tabel 5.22
Hubungan karakteristik klien menurut jenis kelamin, rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan aspek pengobatan klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Karakteristik Klien	Pengobatan			
	N	Mean	SD	P value
1. Jenis kelamin				0.582
a. Laki-laki	15	6.47	2.92	
b. Perempuan	5	5.60	3.20	
2. Rutinitas berobat				0.009
a. Rutin	11	7.73	2.64	
b. Tidak rutin	9	4.44	2.24	
3. Kondisi Pasung				0.002
a. Terpasung	11	4.55	2.16	
b. Lepas pasung	9	8.33	2.39	

Hasil analisis hubungan pada tabel 5.22 didapatkan ada hubungan yang signifikan antara rutinitas berobat dan kondisi pasung dengan pengobatan

(p value < 0.05 ; alpha 5%), sedangkan untuk jenis kelamin diketahui tidak ada hubungan dengan pengobatan (p value > 0.05 ; alpha 5%).

4. Hubungan Pelayanan CMHN dengan Aspek Kemandirian Klien

Hubungan pelayanan CMHN dengan empat aspek kemandirian klien dilakukan dengan regresi linear sederhana yang dapat dilihat berikut ini.

a) Hubungan pelayanan CMHN dengan aktivitas harian klien

Tabel 5.23
Analisis korelasi dan regresi pelayanan CMHN
terhadap aspek aktivitas harian klien pasung
di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Pelayanan CMHN	Aktivitas Harian		
	r	R ²	P value
Homevisit perawat (+)	0.480	0.230	0.032
Pelayanan Puskesmas (-)	0.122	0.015	0.610

Hasil analisis pada tabel 5.23 diketahui bahwa *homevisit* perawat menunjukkan hubungan sedang ($r=0.480$) dan berpola positif artinya semakin banyak dilakukan *homevisit* perawat semakin meningkat aktivitas harian klien. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara *homevisit* perawat dengan aktivitas harian klien ($p=0.03$). Untuk karakteristik pelayanan Puskesmas diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan aktivitas harian klien.

b) Hubungan pelayanan CMHN dengan aktivitas sosial klien

Tabel 5.24
Analisis korelasi dan regresi pelayanan CMHN
terhadap aspek aktivitas sosial klien pasung
di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Pelayanan CMHN	Aktivitas Sosial		
	r	R ²	P value
Homevisit perawat (+)	0.482	0.232	0.032
Pelayanan Puskesmas (-)	0.172	0.030	0.468

Hasil analisis pada tabel 5.24 diketahui bahwa *homevisit* perawat menunjukkan hubungan sedang ($r=0.482$) dan berpola positif artinya semakin banyak dilakukan *homevisit* perawat semakin meningkat aktivitas sosial klien. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara *homevisit* perawat dengan aktivitas sosial klien ($p=0.03$). Untuk karakteristik pelayanan Puskesmas diketahui tidak ada hubungan yang signifikan dengan aktivitas sosial klien.

c) Hubungan pelayanan CMHN dengan cara mengatasi masalah

Tabel 5.25
Analisis korelasi dan regresi pelayanan CMHN terhadap aspek mengatasi masalah klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Pelayanan CMHN	Cara Mengatasi Masalah		
	r	R ²	P value
<i>Homevisit</i> perawat (-)	0.189	0.036	0.426
Pelayanan Puskesmas (-)	0.203	0.041	0.391

Hasil analisis pada tabel 5.25 diketahui bahwa *homevisit* perawat dan pelayanan Puskesmas menunjukkan tidak ada hubungan ($r=0.189$). Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan signifikan antara *homevisit* perawat dan pelayanan Puskesmas dengan mengatasi masalah ($p>\alpha$).

d) Hubungan pelayanan CMHN dengan pengobatan klien

Tabel 5.26
Analisis korelasi dan regresi pelayanan CMHN terhadap aspek pengobatan klien pasung di Kabupaten Bireuen 2009 (n=20)

Pelayanan CMHN	Pengobatan		
	r	R ²	P value
<i>Homevisit</i> perawat (+)	0.273	0.075	0.244
Pelayanan Puskesmas (-)	0.054	0.003	0.821

Hasil analisis pada tabel 5.26 diketahui bahwa *homevisit* perawat dan pelayanan Puskesmas menunjukkan tidak ada hubungan ($r=0.054$). Hasil uji statistik didapatkan tidak ada hubungan signifikan antara *homevisit* perawat dan pelayanan Puskesmas dengan pengobatan klien ($p>\alpha$).

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya. Aspek yang dijelaskan adalah perbedaan beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung setelah mengikuti psikoedukasi keluarga, aspek kemandirian klien pasung, keterbatasan penelitian, serta implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan kepentingan penelitian.

6.1 Pengaruh *Family Psychoeducation* terhadap Beban Keluarga

Family Psychoeducation (FPE) merupakan salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart & Laraia, 2005). Salah satu tujuan dari program ini adalah untuk memberi dukungan terhadap anggota keluarga (*caregiver*) dalam mengurangi beban keluarga (fisik, mental dan finansial) dalam merawat klien gangguan jiwa untuk waktu yang lama (Levine, 2002).

Hasil analisis menunjukkan skor beban keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 73.20 yang dapat dikategorikan beban sedang. Beberapa waktu belakangan ini, beban keluarga telah digunakan untuk mendefinisikan pengalaman keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa (Glanville & Dixon, 2005). Secara umum, beban keluarga dengan gangguan jiwa diklasifikasikan dalam 2 dimensi yaitu beban objektif dan beban subjektif (Hoenig & Hamilton, 1996; Mohr, 2006; & WHO, 2008). Beban objektif merujuk pada masalah yang sering dihadapi keluarga sehari-hari seperti keterbatasan waktu luang, aktivitas kerja dan sosial, kehilangan pendapatan, dan terganggunya hubungan keluarga dan rutinitas rumah tangga (Cuijpers, 1999; WHO, 2008). Beban subjektif merujuk pada akibat psikologis yang negatif pada

'*caregiver*' meliputi perasaan kehilangan, depresi, kecemasan dan perasaan malu (Webb et al, 1998; WHO, 2008).

Dyck (1999) dan Magliano (2000) menyatakan bahwa beberapa faktor pada klien dapat meningkatkan beban keluarga diantaranya tingkat keparahan gejala, lama rawat di rumah sakit, jumlah hospitalisasi, lama sakit dan tingkat fungsi sosial. Tipe gejala (positif atau negatif) pada schizofrenia juga mendapat perhatian sebagai faktor yang berhubungan dengan beban keluarga. Gejala positif seperti halusinasi dan delusi yang lama disertai dengan fungsi sosial yang jelek dan frekuensi kekambuhan dianggap sebagai pencetus terbesar beban keluarga dibandingkan dengan gejala negatif seperti apatis dan menarik diri (Magliano, 1998; Webb et al, 1998). Sebaliknya Dyck et al (1999) menemukan bahwa gejala negatif juga dapat menjadi penyebab yang signifikan untuk beban keluarga. Dyck et al berpendapat meskipun gejala negatif tidak terjadi secara episodik seperti gejala positif tetapi gejala-gejala tersebut menyebabkan '*caregiver*' harus memberikan perhatian ekstra kepada pasien (meningkatkan kebutuhan untuk bantuan *activity daily living*).

Hasil penelitian menunjukkan penurunan skor beban keluarga setelah mendapatkan *family psychoeducation* yaitu dari 73.20 menjadi 68.45. Penurunan skor tersebut memang masih dikategorikan dalam tingkat beban sedang tetapi menunjukkan penurunan yang bermakna dengan *p value* 0,000; alpha 0,05. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Dopp (2008) dan Wardaningsih (2007) yang memperlihatkan adanya pengaruh psikoedukasi keluarga secara bermakna dalam menurunkan beban keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa. Dalam program psikoedukasi, keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang manajemen stres dan beban, peningkatan koping dan adaptasi serta diajarkan

latihan dan keterampilan khusus untuk merawat klien dengan gangguan jiwa jika sewaktu-waktu terjadi kekambuhan.

Penelitian lain yang mendukung adalah penelitian yang dilakukan oleh Magliano et al (2006) tentang efektifitas psikoedukasi keluarga terhadap kepribadian dan fungsi sosial penderita schizofrenia dan kaitannya dengan dukungan persepsi dan beban keluarga. Hasil penelitian melaporkan klien dengan kepribadian dan fungsi sosial yang rendah menunjukkan perubahan secara signifikan dalam hal hubungan sosial, minat terhadap pekerjaan, mempertahankan ketertarikan sosial dan manajemen konflik sosial. Pada keluarga, terjadi perubahan beban keluarga yang signifikan disertai dengan peningkatan kontak sosial dan dukungan persepsi keluarga hanya pada kelompok intervensi.

Family Psychoeducation (FPE) telah berulang kali dibuktikan dapat mengurangi kekambuhan penyakit, gejala negatif dan sesuai jika diterapkan di masyarakat (Dyck et al, 2002; Hendryx et al, 2000; & McFarlane et al, 1995). Penelitian lain juga membuktikan bahwa tingkat beban dapat diturunkan jika anggota keluarga mempunyai perilaku positif terhadap klien sehingga hal ini dapat meningkatkan dukungan sosial dan mengurangi hospitalisasi serta memperbaiki fungsi sosial klien (Cuijpers, 1999; Saunders, 2003). Pernyataan ini mendukung pendapat Keliat (2006) yang menyatakan bahwa angka kekambuhan pada pasien tanpa terapi keluarga sebesar 25 – 50 %, sedangkan angka kambuh pada pasien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5 – 10 %.

Dua riset metaanalisis yang dilakukan oleh Cuijpers (1999) dan Pitschel-Walz et al (2001) membuktikan bahwa intervensi terhadap keluarga secara signifikan dapat menurunkan tingkat beban keluarga. Secara spesifik, intervensi keluarga

dapat mengurangi pengalaman distres psikologis keluarga, memperbaiki fungsi keluarga dan hubungan antara pasien dengan keluarga. Sebagai hasilnya, *Family Psychoeducation* dan dukungan intervensi dianggap sebagai ‘*a best practice*’ untuk menangani schizofrenia (Lehman & Steinwachs, 1998).

Hasil penelitian ini dan didukung hasil penelitian sebelumnya membuktikan hipotesis yang menyatakan ada perbedaan bermakna beban keluarga sebelum dan sesudah mengikuti intervensi *family psychoeducation*. Penurunan beban keluarga antara lain dapat dilihat di akhir penelitian yaitu setelah pelaksanaan intervensi dimana 12 keluarga (70%) mengatakan bahwa keluarga tidak merasa malu mengakui adanya salah satu anggota yang mengalami gangguan jiwa sehingga keluarga merasa lebih percaya diri dalam bergaul dengan masyarakat. Hal lain yang ditemukan adalah meningkatnya kepercayaan keluarga terhadap pelayanan tenaga kesehatan yang ditunjukkan melalui kesediaan keluarga untuk mengambil obat secara rutin ke Puskesmas. Pada akhirnya disimpulkan bahwa *family psychoeducation* dapat mengurangi beban keluarga dalam merawat klien pasung.

6.2 Pengaruh *Family Psychoeducation* (FPE) terhadap Kemampuan Keluarga

Karakteristik utama kemampuan keluarga adalah kemampuan untuk manajemen stres yang produktif (Fontaine, 2003). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan keluarga yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan dan mengembangkan pemikiran sedangkan psikomotor atau kemampuan praktek merujuk pada pergerakan muskuler yang merupakan hasil dari koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penguasaan terhadap suatu tugas atau keterampilan (Craven, 2000).

6.2.1 Pengaruh FPE terhadap kemampuan kognitif keluarga

Hasil analisis menunjukkan skor kemampuan kognitif keluarga sebelum pemberian psikoedukasi adalah 53.10 yang dapat dikategorikan kemampuan sedang. Tujuan utama *family psychoeducation* adalah untuk berbagi informasi tentang perawatan kesehatan jiwa dengan menggunakan pendekatan terapi keluarga yang berfokus pada *behavioral family therapy* sehingga lebih menitikberatkan pada modifikasi perilaku dengan asumsi bahwa perilaku adaptif dapat dipelajari secara kognitif, rasional ataupun irasional sehingga hasilnya akan membawa perubahan tingkah laku (Varcarolis, 2006). Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan erat dengan tahap perkembangan seseorang (Edelman & Mandfe, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Menurut Marsh (2000, dalam Stuart & Sundeen, 2006), program komprehensif dengan pemberdayaan keluarga memenuhi komponen informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan jiwa, komponen keterampilan (komunikasi, resolusi terhadap konflik, pemecahan masalah, asertif, manajemen perilaku dan stres), komponen emosional, komponen proses keluarga (fokus pada koping terhadap gangguan jiwa) dan komponen sosial (cara meningkatkan hubungan terhadap dukungan formal maupun informal). Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan klien meningkatkan hasil dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerja sama (Stuart & Laraia, 2005).

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna tingkat kemampuan kognitif keluarga setelah mendapatkan psikoedukasi keluarga yaitu menjadi 58.05. Nilai tersebut memang masih berada dalam kategori kemampuan sedang tetapi memperlihatkan peningkatan yang bermakna (p value 0.000; alpha 0.05). Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif

keluarga dalam merawat klien pasung dapat meningkat melalui psikoedukasi yang diberikan dalam waktu lima minggu.

Hasil penelitian ini sesuai dengan riset yang dilakukan oleh Chien dan Wong (2007) tentang efektifitas psikoedukasi pada 84 keluarga dengan schizofrenia di Hongkong yang diikuti selama 12 bulan. Program psikoedukasi yang diberikan meliputi materi tentang persepsi, pengetahuan (kognitif) dan keterampilan (psikomotor) tentang perawatan anggota keluarga dengan schizofrenia. Setelah dievaluasi, sebagian besar keluarga melaporkan adanya perbaikan fungsi keluarga dan fungsi pasien, manajemen beban keluarga serta penurunan jumlah dan lama hospitalisasi pasien dibandingkan dengan standar perawatan yang diterima sebelumnya.

Penelitian lain yang mendukung hasil tersebut adalah penelitian yang dilakukan oleh Swank et al (2007) tentang hubungan keluarga dan partisipasi keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa berat yang dilakukan pada 69 keluarga veteran yang dirawat di pusat perawatan veteran (*Department of Veterans Affairs*). Program psikoedukasi ini dilakukan selama 9 bulan dengan berfokus pada materi edukasi tentang kontak keluarga, kepuasan keluarga, dukungan persepsi keluarga, konflik dan distres keluarga, peningkatan komunikasi anggota keluarga dan ketrampilan '*problem solving*'. Hasil akhir didapatkan rata-rata penurunan kekambuhan dan hospitalisasi dan juga meningkatkan fungsi vokasi dan sosial keluarga.

Menurut Liberman dan Liberman (2003), psikoedukasi keluarga dapat dianggap sebagai rehabilitasi karena program tersebut memberikan sesuatu untuk keluarga termasuk pasien, yaitu pengetahuan, keterampilan dan dukungan fungsi yang baik setiap hari untuk mencapai tujuan personal masing-masing. Rosenheck (2000) mengatakan sejumlah keluarga yang

ikut berpartisipasi dalam program psikoedukasi menegaskan perlunya keikutsertaan keluarga dalam perawatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Keluarga mempunyai rasa ketertarikan yang tinggi dalam menerima informasi spesifik tentang penyakit/gangguan dan perawatan gangguan jiwa. Pernyataan ini didukung oleh hasil studi Mueser et al (1992) yang menemukan bahwa klien dengan gangguan jiwa berat dan keluarganya melaporkan pentingnya kebutuhan informasi tentang gangguan psikiatrik dan sebagian besar sangat tertarik dengan topik tertentu seperti medikasi, efek samping dan bekerja dengan tenaga kesehatan profesional.

Hasil penelitian ini dan didukung hasil-hasil riset terdahulu membuktikan bahwa *family psychoeducation* berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa khususnya dengan pasung di rumah. Peningkatan kemampuan kognitif keluarga setelah mengikuti intervensi *family psychoeducation* terlihat dari antusiasme dan partisipasi aktif sebagian besar keluarga dalam mengikuti setiap sesi. Selain itu dari 11 keluarga dengan klien pasung yang mendapat intervensi, pada akhir pelaksanaan terdapat 2 keluarga yang bersedia untuk merujuk klien ke BPKJ Banda Aceh. Dari uraian di atas disimpulkan bahwa *family psychoeducation* dapat meningkatkan kemampuan kognitif keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa khususnya dengan pasung.

6.2.2 Pengaruh FPE terhadap kemampuan psikomotor keluarga

Hasil analisis menunjukkan skor kemampuan psikomotor keluarga dan *self evaluation* sebelum pemberian psikoedukasi adalah 48.50 dan 5.95 yang dapat dikategorikan dalam tingkatan sedang. Untuk mengubah perilaku terlebih dahulu dilakukan strategi untuk mengubah pikiran (kognitif). Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan 3 strategi (WHO, dalam

Notoadmodjo, 2003) yaitu: menggunakan kekuatan/ kekuasaan/ dorongan, pemberian informasi, dan diskusi partisipan. Sementara Sunaryo (2004) menyatakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor kebutuhan, motivasi, sikap dan kepercayaan. Pemberdayaan keluarga secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif maka akan meningkatkan kemampuan keluarga untuk merawat klien (kemampuan psikomotor).

Dixon et al (2000) mengatakan bahwa program psikoedukasi keluarga menawarkan kombinasi antara informasi tentang gangguan jiwa, praktek dan dukungan emosional, pengembangan keterampilan keluarga dalam *problem solving*, dan manajemen krisis. Program tersebut bisa dilakukan untuk keluarga secara individu atau berkelompok dan memungkinkan untuk dilakukan di rumah keluarga, di klinik atau di lokasi lain. Juga sangat bervariasi dalam menentukan durasi dan lama waktu untuk setiap sesi, dan bisa melibatkan pasien atau tidak dalam intervensi tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kemampuan psikomotor keluarga sesudah mengikuti psikoedukasi keluarga menjadi 53.10 yang masih berada dalam kategori sedang tetapi memperlihatkan peningkatan yang bermakna (*p value* 0.000; α 0.05). Hasil tersebut ditunjang dengan adanya peningkatan yang signifikan hasil *self evaluation* kemampuan psikomotor keluarga sesudah mengikuti FPE menjadi 7.65 yang sudah dikategorikan baik. Hal ini menunjukkan bahwa *skill* atau ketrampilan tertentu dapat dilatih melalui proses belajar sehingga mengalami peningkatan. Teori belajar sosial Bandura menjadi pijakan dalam memahami tingkah laku dan sebagai prinsip dasar untuk menganalisis fenomena psikososial di berbagai tingkat kompleksitas dari perkembangan intrapersonal sampai tingkah laku interpersonal.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Xiang et al (1994) terhadap 69 keluarga dengan schizofrenia dan 8 keluarga dengan psikosis afektif di 3 kota yang berbeda di China yang diikuti selama 4 bulan, yang dibagi secara acak menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi mendapat psikoedukasi keluarga dan obat sedangkan kelompok kontrol hanya mendapat obat. Kelompok intervensi mengikuti workshop periodik, kunjungan rumah, diskusi antara tenaga kesehatan dan keluarga, berbagai informasi terkini, dan terdapat sesi supervisi bulanan dari dokter setempat. Kelompok tersebut menunjukkan perubahan positif yang signifikan yang tidak ditemukan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat medikasi lengkap. Perubahan tersebut berupa penurunan pengabaian terhadap pasien, perbaikan status mental, peningkatan fungsi kerja, dan penurunan gangguan perilaku pada pasien.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Telles et al (1995) membandingkan efektifitas *Behavioral Family Management* (BFM) dan *Standard Case Management* (SCM) dalam pencegahan gejala eksaserbasi dan tingkat kekambuhan 40 imigran Spanyol yang didiagnosa schizofrenia di Los Angeles. Pasien dibagi secara acak menjadi 2 kelompok. BFM merupakan modifikasi dari program psikoedukasi yang berfokus pada edukasi tentang schizofrenia, keterampilan komunikasi dan *problem-solving training*. Untuk hasil akhir, BFM tidak memperlihatkan perbedaan yang signifikan dari CM akan tetapi BFM memperlihatkan hasil yang signifikan dalam pencegahan gejala eksaserbasi.

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung dapat meningkat secara bermakna setelah mengikuti FPE. Menurut peneliti, hal ini didukung proses latihan psikomotor keluarga dalam merawat klien secara langsung dengan memberikan pengetahuan dan latihan terstruktur serta konsisten sesuai dengan modul *family psychoeducation* yang telah disusun. Keluarga dilatih untuk merawat

klien dengan dilibatkan secara langsung dalam *role play* dan latihan tentang cara merawat klien dengan pasung, manajemen stres dan beban, serta memonitor kemampuan dan kegiatan klien sehari-hari. Pengetahuan yang memadai tentang gangguan jiwa dan perawatannya akan mempengaruhi kesiapan keluarga untuk bertindak dan bersikap sehingga dapat meningkatkan kemampuan psikomotor merawat klien dengan pasung.

6.3 Kemandirian Klien Pasung

Kemandirian pada klien gangguan jiwa didasari oleh pendapat Carson (2000) yang menyatakan bahwa banyak individu yang mengalami gangguan jiwa menjadi kronik dan mengalami sakit di sepanjang hidupnya. Teori yang dapat dipergunakan pada konsep kemandirian klien gangguan jiwa adalah teori keperawatan *self care deficit* yang dikembangkan oleh Orem. Menurut Tomey dan Alligood (1998), *self care* merupakan suatu alat pengatur fungsi manusia sebagai seorang individu dengan segala keterbukaannya, yang ditampilkan oleh diri mereka sendiri atau yang dilakukannya untuk mempertahankan hidup, kesehatan, perkembangan, dan kesejahteraan. Teori Orem yang memandang manusia sebagai sistem terbuka tersebut menjelaskan bahwa setiap individu memiliki tingkatan kemampuan mandiri dalam merawat dirinya sendiri.

Aspek kemandirian klien yang diteliti dalam penelitian ini adalah aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan. Hasil analisis menunjukkan skor aspek kemandirian klien sebelum mendapat asuhan keperawatan defisit perawatan diri adalah 7.55 (aktivitas harian), 6.05 (aktivitas sosial), 4.25 (cara mengatasi masalah) dan 5.55 (pengobatan) yang semuanya berada dalam kategori sedang. Semua klien pasung mempunyai masalah dalam perawatan diri karena keterbatasan gerak dan aktivitas. Untuk meningkatkan semua aspek kemandirian tersebut kiranya perlu diberikan suatu intervensi yang tepat sehingga klien dengan pasung mampu melakukan perawatan diri khususnya aktivitas sehari-hari.

Aktivitas kegiatan sehari-hari klien didefinisikan oleh Stanhope dan Knollmueller (1992) sebagai hal-hal yang dilakukan oleh seseorang terhadap dirinya sendiri dalam mempertahankan hidup, kesehatan, dan kesejahteraan. Gangguan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari dapat menimbulkan berbagai masalah terutama dalam hal perawatan diri. Defisit perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan toileting (Wilkinson, 2007).

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna pada empat aspek kemandirian klien sesudah pemberian asuhan keperawatan defisit perawatan diri yaitu peningkatan skor menjadi 9.15 (aktivitas harian), 6.75 (aktivitas sosial), 4.35 (cara mengatasi masalah) dan 6.25 (pengobatan). Keempat aspek tersebut memang masih berada dalam kategori sedang tetapi menunjukkan peningkatan yang bermakna (*p value* 0.000; α 0.05).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Fitri (2007) tentang kemandirian klien gangguan jiwa dengan hasil tingkat kemandirian klien yang mencapai tingkatan *self care* adalah aktivitas sehari-hari klien, aktivitas sosial klien, dan pengobatan yang dijalani oleh klien. Hasil ini juga didukung oleh penelitian Polls (2006) di sebuah rumah sakit jiwa di Belanda tentang kemandirian klien gangguan jiwa dalam perawatan diri khususnya mandi dengan mengamati intervensi yang dilakukan oleh para perawat yang menunjukkan hasil adanya perubahan kemandirian klien dalam perawatan diri. Polls menyatakan *activity daily living* khususnya mandi adalah keterampilan dasar yang harus dipelajari klien gangguan jiwa untuk merawat tubuhnya yang bertujuan untuk mencapai kemandirian. Kondisi yang sering ditemui, klien gangguan jiwa membutuhkan bantuan untuk mengembangkan potensinya dalam aktivitas dasar tersebut sehingga mereka dapat kembali ke lingkungan masyarakat.

Menurut peneliti, jika asuhan keperawatan defisit perawatan diri diberikan secara tepat disertai dengan *role play* dan latihan kepada klien dapat meningkatkan pemahaman klien untuk mengatasi masalah dalam aktivitas sehari-hari khususnya dalam hal perawatan diri sehingga dapat meningkatkan kemandirian klien. Hal ini menunjukkan bahwa pemberian intervensi keperawatan dengan metode yang sesuai dapat menunjukkan keberhasilan meskipun diterapkan pada klien yang mengalami gangguan jiwa.

6.4 Hubungan Karakteristik Keluarga dan Klien Terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga serta Aspek Kemandirian Klien

6.4.1 Hubungan Karakteristik Keluarga terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga

Karakteristik keluarga klien pasung terdiri dari usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan hubungan dengan klien. Hasil analisis hubungan karakteristik keluarga terhadap beban keluarga dalam merawat klien pasung didapatkan bahwa usia dan hubungan dengan klien mempunyai hubungan yang bermakna terhadap beban keluarga (p value <0.05 ; alpha 5%), sedangkan untuk faktor jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan didapatkan hasil tidak ada hubungan dengan beban keluarga (p value >0.05 ; alpha 5%).

Analisis hubungan karakteristik keluarga terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung didapatkan hasil untuk faktor usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien tidak ada hubungan bermakna dengan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung (p value >0.05 ; alpha 5%). Hal ini membuktikan bahwa kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa dapat dilatih dengan intervensi yang baik salah satunya adalah melalui pemberian *family psychoeducation*.

Hasil analisis hubungan karakteristik keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga secara rinci dibahas sebagai berikut :

6.4.1.1 Usia

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara usia keluarga klien pasung dengan beban keluarga ($P\text{ value} < 0,05$). Hal ini didukung oleh penelitian Magliano et al (1998) dan Webb et al (1998) yang menyatakan bahwa dukungan sosial, usia dan tingkat pendidikan berhubungan dengan tingkat beban keluarga. *Caregiver* dengan usia yang lebih tua melaporkan kesulitan yang dialami dalam hal tanggung jawab finansial dan transportasi serta dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain.

Penelitian Magliano tersebut mendukung hasil penelitian ini yang menemukan bahwa rata-rata usia keluarga klien pasung adalah 50.3 tahun dan mayoritas adalah orang tua klien. Menurut peneliti, hal ini karena anggota keluarga yang berperan sebagai penanggung jawab klien cenderung merasakan beban yang lebih berat dalam merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa terkait dengan tanggung jawab keluarga dari semua aspek.

Untuk hubungan dengan kemampuan keluarga, diketahui tidak ada hubungan yang bermakna antara usia keluarga dengan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga ($P\text{ value} > 0,05$). Hasil penelitian ini didukung penelitian Wardaningsih (2007) yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara usia keluarga dengan peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor keluarga klien dengan halusinasi.

Hal ini bertentangan dengan pernyataan Wong (1995, dalam Potter, 2005) yang menyatakan bahwa usia menunjukkan perkembangan kemampuan belajar dan bentuk perilaku yang dibutuhkan. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang (Edelman & Manle 1994, dalam Potter, 2005). Stuart dan Laraia (2005) juga mengemukakan perubahan usia akan mempengaruhi kecenderungan menggunakan jasa pelayanan kesehatan mental dimana semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar kepercayaannya untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Perilaku mencari bantuan tersebut mencapai puncaknya pada rentang usia 25-45 tahun dan semakin menurun seiring dengan penambahan usia.

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan keluarga merasa masih mampu merawat klien di rumah walaupun dengan segala keterbatasan dan pemahaman yang kurang tentang perawatan klien gangguan jiwa. Hal ini dapat diantisipasi dengan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga diantaranya melalui psikoedukasi sehingga klien dapat dirawat dengan layak di rumah.

6.4.1.2 Jenis kelamin

Hasil analisis menunjukkan proporsi terbesar jenis kelamin keluarga klien pasung adalah perempuan. Hasil uji statistik yang dilakukan tidak terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata beban dan kemampuan keluarga setelah intervensi antara laki-laki dan perempuan ($P \text{ value} > 0,05$).

Hasil penelitian ini didukung penelitian Szmukler et al (1996) dan Joyce et al (2003) yang menyatakan bahwa tingkat beban keluarga

lebih tergantung kepada pengalaman 'caregiver' dalam merawat dan tidak memandang apakah 'caregiver' tersebut berjenis kelamin laki-laki atau perempuan. Pengalaman merawat tersebut dikonseptualisasikan sebagai sikap individu berhubungan dengan perannya dalam keluarga. Hasil penelitian ini juga didukung pendapat Fontaine dan Fletcher (2003) yang menyatakan bahwa kemampuan keluarga ditentukan oleh kemampuan untuk manajemen stres yang produktif. Kelelahan fisik dan emosi selama merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa sering melanda keluarga karena berkurangnya *stress tolerance*.

Menurut peneliti, hal ini karena anggapan masyarakat yang menganggap bahwa 'caregiver' perempuan lebih telaten dan mampu mengurus anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Hasil wawancara dengan keluarga diketahui bahwa ada beberapa klien yang meskipun dirawat oleh 'caregiver' laki-laki karena tidak ada anggota keluarga perempuan di rumah tetapi tetap menunjukkan perkembangan ke arah yang lebih baik

6.4.1.3 Pendidikan

Hasil analisa univariat menunjukkan proporsi pendidikan keluarga klien pasung mayoritas adalah SD yakni 70 %. Hasil uji statistik yang dilakukan tidak terlihat perbedaan yang signifikan rerata beban dan kemampuan keluarga setelah intervensi antara keluarga klien yang berpendidikan SD, SMP ataupun SMA (*P value* > 0,05).

Hasil penelitian ini bertentangan dengan pernyataan Redman (1993, dalam Potter, 2005) yang menyatakan pendidikan lebih tinggi akan memberikan pengetahuan yang lebih besar sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan yang lebih baik. Pada waktu

individu menyadari tentang kesehatannya, mereka cenderung mencari pertolongan secepatnya guna mengatasi masalah yang dihadapi. Sejumlah studi mengidentifikasi pentingnya pendidikan sebagai sumber koping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa, bahkan dikatakan pendidikan lebih bermakna daripada tingkat penghasilan dalam menentukan penggunaan fasilitas kesehatan jiwa. Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan fasilitas kesehatan jiwa daripada pendidikan rendah (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut peneliti, hal ini dipicu penilaian yang kurang terhadap stresor dan karena kondisi klien yang sudah mengalami gangguan dalam waktu yang cukup lama dan memerlukan perawatan berkelanjutan sehingga kepekaan keluarga terhadap hal ini sudah berkurang. Idealnya pendidikan berpengaruh terhadap cara berfikir dan sikap seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin baik cara berfikirnya dan semakin baik juga kopingnya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan memotivasi keluarga untuk menggunakan fasilitas layanan kesehatan jiwa karena adanya pemahaman bersikap dan bertindak bahwa lebih baik mencegah dari pada mengobati.

Hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan kemampuan keluarga merawat klien pasung menguatkan bahwa *family psychoeducation* dapat dilakukan secara universal terhadap siapa saja tanpa membedakan latar belakang pendidikan. Hasil observasi selama pelaksanaan intervensi ditemukan bahwa keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi terlihat lebih aktif dalam memberikan umpan balik pada saat berdiskusi dan *role play*.

6.4.1.4 Pekerjaan

Uji statistik status pekerjaan keluarga klien pasung menunjukkan proporsi terbesar adalah bekerja. Analisis data ditemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga merawat klien pasung (p value $>0,05$). Hasil penelitian ini didukung penelitian Wardaningsih (2007) yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara status pekerjaan keluarga dengan beban dan kemampuan keluarga klien dengan halusinasi.

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan sebagian besar keluarga klien pasung melakukan pekerjaan yang bisa dilakukan di rumah atau lokasinya berada di sekitar tempat tinggal keluarga sehingga keluarga tetap bisa merawat klien sambil bekerja. Jenis pekerjaan tersebut di antaranya berjualan, bertani, berkebun dan bekerja di tambak. Sehingga untuk beban dan kemampuan keluarga diketahui tidak dipengaruhi oleh karakteristik pekerjaan.

6.4.1.5 Hubungan dengan klien

Hasil analisa univariat menunjukkan mayoritas hubungan keluarga dengan klien adalah orang tua. Uji statistik memperlihatkan adanya hubungan bermakna antara hubungan dengan klien terhadap beban keluarga, sedangkan untuk kemampuan keluarga ditemukan tidak ada hubungan yang bermakna. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Saunders (2003) yang menyatakan beban keluarga dirasakan lebih berat pada individu yang mempunyai hubungan langsung dengan klien dimana keluarga berusaha mencari koping yang dianggap paling efektif untuk mengatasi hal tersebut diantaranya melalui partisipasi dalam 'support group',

meningkatkan spiritualitas, berbagi dengan orang lain tentang apa yang dirasakan, perubahan gaya hidup dan latihan.

Menurut peneliti, hal ini terkait dengan rasa kehilangan dan berduka yang dirasakan keluarga terhadap kondisi klien yang mereka kenal sebelum mengalami gangguan jiwa dan saat ini telah kehilangan harapan, mimpi dan cita-citanya. Tinggal bersama dan merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa dapat menimbulkan stres yang berat terhadap keluarga. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari keadaan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama, anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran, dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah.

6.4.2 Hubungan Karakteristik Klien dengan Aspek Kemandirian Klien

Kemandirian klien dalam penelitian ini diukur melalui empat aspek yaitu aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan. Hasil analisis hubungan karakteristik klien dengan aspek kemandirian klien secara rinci dibahas sebagai berikut :

6.4.2.1 Usia

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara usia klien pasung dengan empat aspek kemandirian klien $P \text{ value} < 0,05$.

Usia seseorang akan mempengaruhi coping yang dilakukan terhadap penyakit. Usia ketika mulai mengalami gangguan jiwa merupakan alat prediksi yang kuat dalam prognosis gangguan

tersebut (Buchanan & Carpenter, 2000 dalam Videbeck, 2008). Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas individu. Usia dewasa adalah tahapan menempatkan diri di masyarakat dan ikut bertanggung jawab terhadap apapun yang dihasilkan dari masyarakat. Tahap ini merupakan tahap yang paling panjang dibandingkan tahap perkembangan lainnya (Alwisol, 2006).

Pernyataan di atas mendukung hasil penelitian yang memperlihatkan bahwa rata-rata usia klien pasung adalah 35.7 tahun yang bisa dikategorikan dewasa. Menurut peneliti, kedewasaan adalah tingkat kemampuan individu secara teknis dalam melaksanakan tugas-tugas fisik maupun psikologis. Klien yang berusia muda tidak memiliki pengalaman hidup mandiri yang berhasil atau mencukupi kebutuhannya sendiri serta memiliki perasaan terhadap identitas personal yang kurang berkembang daripada klien yang berusia lebih tua.

6.4.2.2 Jenis kelamin

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin klien pasung dengan empat aspek kemandirian klien dengan $P\ value > 0,05$.

Hasil penelitian ini didukung pendapat Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan laki-laki dan perempuan mempunyai prevalensi yang sama untuk mengidap gangguan jiwa. Hal yang sama dikemukakan Prawirohadikusumo (2003), pada klien skizofrenia antara laki-laki dan perempuan ditemukan hampir sama kemampuan yang dimiliki dan angka kejadiannya.

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan tidak ada hubungan yang relevan dan landasan teoritis yang kuat tentang hubungan antara jenis kelamin dan kemandirian seseorang. Kemandirian klien gangguan jiwa yang dirawat di rumah sangat tergantung pada sikap dan perilaku keluarga dalam memberikan perawatan. Pada keluarga yang mempunyai perilaku positif terhadap klien, kemungkinan tingkat kemandirian klien akan lebih baik karena adanya perhatian dan dukungan dari keluarga dalam perawatan klien.

6.4.2.3 Lama menderita gangguan jiwa

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama menderita gangguan jiwa dengan empat aspek kemandirian klien dengan $P\text{ value} > 0,05$.

Hal ini bertentangan dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa waktu atau lamanya terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa kali kejadian (frekwensi), akan memberikan dampak adanya keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian. Tetapi hal ini didukung oleh pendapat Keliat (2003) yang menyatakan semakin singkat klien sakit dan terpapar dengan lingkungan pelayanan rumah sakit akan memberikan keuntungan bagi klien dan keluarga. Hal ini akan meminimalkan kemungkinan kemunduran fungsi sosial. Klien lebih mudah diarahkan dalam pemberian intervensi sehingga peningkatan kemampuan klien lebih cepat.

Menurut peneliti, meskipun rata-rata klien sudah menderita gangguan jiwa dalam waktu yang cukup lama tetapi sebagian besar

klien lebih banyak dirawat di rumah oleh keluarga sehingga fungsi sosial klien masih dapat ditingkatkan dan pada akhirnya klien lebih mudah diarahkan dalam perawatan diri serta ditunjang adanya bantuan dari keluarga. Hal ini memperkuat dugaan meskipun klien sudah lama menderita gangguan jiwa tetapi kemampuan perawatan dirinya masih dapat ditingkatkan dengan bantuan dan dukungan yang optimal dari keluarga.

6.4.2.4 Rutinitas berobat

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara rutinitas berobat dengan empat aspek kemandirian klien ($P\ value < 0,05$).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Xiong et al (1994) terhadap 63 pasien dengan diagnosa schizofrenia di China yang dibagi secara acak menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi mendapat psikoedukasi keluarga dan obat sedangkan kelompok kontrol hanya mendapat obat. Kelompok intervensi mendapat kunjungan rumah secara teratur, diskusi antara tenaga kesehatan dan keluarga, dan manajemen penyakit. Kelompok tersebut menunjukkan perubahan positif yang signifikan yang tidak ditemukan pada kelompok kontrol yang hanya mendapat obat. Perubahan tersebut berupa perbaikan status mental, peningkatan fungsi kerja dan ADL, serta penurunan gangguan perilaku.

Kneisl, Wilson dan Trigoboff (2004) mengemukakan angka kekambuhan turun 30% dengan kombinasi obat dan terapi psikososial. Vaughar, et al., (2000, dalam Keliat, 2003) mengemukakan 30% klien gangguan jiwa kambuh setelah 3 bulan pulang dari rumah sakit. Pada klien yang sudah lama, kekambuhan

disebabkan oleh tidak kontrol dan tidak mampu minum obat, sedangkan pada klien baru disebabkan oleh stresor psikososial atau beban hidup yang dirasakan semakin berat. Dengan demikian perlu pemahaman klien dan keluarga tentang manajemen obat untuk mencegah *relaps*.

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan sebagian besar klien pasung memang sudah mendapat obat secara teratur setiap bulan dari Puskesmas meskipun ada juga klien yang menolak minum obat. Untuk itu perlu adanya peningkatan pemberdayaan keluarga tentang manajemen obat sehingga keluarga dapat mengevaluasi dan meningkatkan kepatuhan klien minum obat. Dari laporan keluarga diketahui bahwa setelah mendapat obat secara rutin sebagian besar klien menunjukkan perubahan sikap dan tingkah laku ke arah yang lebih positif.

6.4.2.5 Jumlah kekambuhan

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jumlah kekambuhan dengan empat aspek kemandirian klien dengan $P\text{ value} > 0,05$.

Kneisl, Wilson, dan Trigoboff (2004) mengemukakan bahwa perawatan efektif yang berkelanjutan dapat menurunkan tingkat kekambuhan 30-40%. Goldstein dan Shemansky (2000, dalam Stuart & Laraia, 2005) menyatakan terapi medikasi teratur pada klien gangguan jiwa kronis dapat menurunkan angka *relaps* 30-40%. *Relaps* terjadi satu tahun pertama sekitar 60%-70% dan dengan kombinasi antipsikotik dan dukungan kelompok edukasi dapat menurunkan *relaps* sampai 15,7% (Olfson, et al., 2000, dalam Stuart & Laraia, 2005).

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan sebagian besar klien sudah mendapatkan obat secara rutin dari Puskesmas sehingga keluarga dapat mengantisipasi jika sewaktu-waktu terjadi kekambuhan. Selain itu kunjungan rutin dari perawat CMHN sangat membantu keluarga dalam mengatasi perilaku klien saat terjadi kekambuhan sehingga frekuensi kekambuhan pada klien dapat dikontrol melalui pemberian psikofarmaka. Frekuensi kekambuhan yang rendah sangat membantu klien dalam menerima intervensi yang diberikan sehingga kemandirian klien masih dapat ditingkatkan melalui pemberian intervensi yang tepat. Meskipun demikian, dukungan dan peran keluarga memberikan andil yang cukup besar dalam meningkatkan dan mempertahankan kemandirian klien.

6.4.2.6 Kondisi Pasung

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara kondisi pasung dengan empat aspek kemandirian klien. $P\text{ value} < 0,05$.

Sampai saat ini, pengekangan dan pengikatan (*restraint*) terhadap penderita gangguan jiwa masih menjadi kontroversi. *Restraint* sebagai salah satu intervensi manajemen mental akut mempunyai sejarah yang panjang seiring keberadaan psikiatri (Paterson & Duxbury, 2007). *The Council of Europe Steering Committee on Bioethics Working Party on Psychiatry* (2000) merekomendasikan pelatihan teknik '*physical restraint*' harus diberikan untuk staf yang bekerja di unit mental akut. Pengekangan terhadap klien gangguan mempunyai prosedur dan evaluasi yang harus diikuti. Kondisi yang sering ditemui di komunitas, masyarakat melakukan sendiri pengikatan termasuk pemasangan terhadap warga yang menderita gangguan jiwa.

Selama penelitian, peneliti menemukan 11 orang klien yang masih terpasung dan 9 orang klien yang telah bebas dari pasungan. Kondisi pemasungan yang ditemui adalah 6 orang klien diikat dengan rantai yang cukup panjang dan 5 orang klien dikurung dalam kamar atau ruangan tertentu di sekitar rumah. Hasil evaluasi untuk 9 orang klien yang sudah lepas dari pasungan, kemandirian mereka dalam perawatan diri sudah cukup optimal sehingga intervensi yang diberikan lebih berfokus kepada cara mempertahankan status kemandirian tersebut. Menurut peneliti, hal ini disebabkan karena durasi waktu lepas pasung yang sudah cukup lama pada klien sehingga mereka dapat melakukan perawatan diri secara maksimal. Selain itu rata-rata klien yang sudah lepas pasung mampu mengambil sendiri obatnya ke Puskesmas.

6.4.2.7 Lama diikat/dipasung

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama dipasung dengan empat aspek kemandirian klien dengan $P\text{ value} > 0,05$.

Pemasungan klien gangguan jiwa adalah tindakan masyarakat terhadap klien gangguan jiwa (biasanya yang berat) dengan cara dikurung, dirantai, kakinya dimasukkan ke dalam balok kayu dan lain-lain sehingga kebebasannya menjadi hilang. Ketidaktahuan pihak keluarga, rasa malu pihak keluarga, penyakit yang tidak kunjung sembuh, tidak adanya biaya pengobatan, dan tindakan keluarga untuk mengamankan lingkungan merupakan penyebab keluarga melakukan pemasungan (Depkes, 2005).

Menurut peneliti, hal ini dikarenakan sebagian besar klien dipasung hanya pada saat menunjukkan kekambuhan misalnya mencoba

menyakiti orang lain, merusak barang-barang/alat rumah tangga, atau keluyuran. Dari laporan keluarga, biasanya klien dipasung sekitar 1 minggu atau 1 bulan dan dilepaskan lagi jika perilakunya sudah menunjukkan perbaikan menurut keluarga. Selain itu cara pemasangan yang digunakan rata-rata menggunakan rantai yang cukup panjang atau klien dikurung dalam suatu ruangan sehingga klien masih bisa bergerak atau melakukan perawatan diri seperti mandi dan eliminasi. Meskipun demikian untuk perawatan diri klien masih tetap memerlukan bantuan dari keluarga.

6.4.3 Hubungan Pelayanan CMHN dengan Aspek Kemandirian Klien

Analisis hubungan pelayanan CMHN dengan empat aspek kemandirian klien secara rinci dibahas sebagai berikut :

6.4.3.1 Kunjungan rumah oleh perawat CMHN

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan bermakna antara kunjungan rumah oleh perawat CMHN dengan aktivitas harian dan aktivitas sosial klien ($P\ value < 0,05$). Sedangkan untuk aspek mengatasi masalah dan pengobatan diketahui tidak ada hubungan yang bermakna ($P\ value > 0,05$)

Menurut FIK UI dan WHO (2005), perawat bekerjasama dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain dalam melakukan tindakan yang bertujuan untuk memberdayakan pasien dan keluarga agar mampu mandiri dalam memenuhi kebutuhannya serta dapat meningkatkan keterampilan coping dalam menyelesaikan masalah. Selain itu, penelitian Fitri (2007) tentang hubungan pelayanan CMHN dengan kemandirian klien gangguan jiwa di Bireuen menunjukkan hasil yang cukup bermakna yaitu terhadap aspek aktivitas harian, aktivitas sosial dan pengobatan.

Menurut peneliti, kunjungan rumah yang dilakukan oleh perawat CMHN sudah cukup bagus dan memberikan dampak positif bagi klien dan keluarganya sehingga kegiatan kunjungan tersebut perlu terus dilakukan dan ditingkatkan frekuensinya. Tetapi dari wawancara dengan beberapa keluarga, ada beberapa keluarga yang belum dikunjungi secara rutin minimal 1 bulan sekali karena kendala jarak rumah keluarga yang cukup jauh, keterbatasan transportasi Puskesmas dan wilayah kerja yang sangat luas sedangkan jumlah perawat CMHN sedikit, sehingga kunjungan belum bisa dilakukan secara rutin dan merata.

6.4.3.2 Pelayanan Puskesmas (pemberian psikofarmaka)

Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelayanan Puskesmas dalam pemberian psikofarmaka dengan empat aspek kemandirian klien dengan $P\text{ value} > 0,05$.

Agar masyarakat dapat berperilaku sehat tentunya diperlukan sarana dan prasarana penunjang yang memadai. Sesuai dengan pernyataan Green (1991), faktor pemungkin (*enabling factor*) mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi keluarga, termasuk juga fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Rumah Sakit Jiwa, ketersediaan psikiater atau perawat jiwa yang mudah dijangkau oleh keluarga.

Menurut peneliti, pelayanan yang diberikan Puskesmas memberikan dampak yang cukup signifikan terhadap kesembuhan klien gangguan jiwa. Pengobatan yang teratur dan pelayanan yang diberikan oleh petugas Puskesmas baik dokter dan perawatnya secara maksimal dapat membantu klien agar tidak sampai mengalami putus obat karena dapat menghambat fungsi

kemampuan klien. Dari wawancara dengan beberapa keluarga, diperoleh informasi bahwa meskipun obat diberikan secara teratur dari Puskesmas tetapi keluarga mengalami kendala dalam membujuk klien untuk minum obat sehingga pada saat intervensi peneliti ikut melakukan evaluasi dalam memantau klien minum obat secara teratur.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini yang disebabkan beberapa faktor, diantaranya :

6.5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian

6.5.1.1 Dalam proses pelaksanaan psikoedukasi terdapat beberapa metode pengumpulan data, salah satunya melalui kuesioner kemandirian untuk mengetahui skor kemampuan klien. Sehubungan dengan terbatasnya kualitas waktu interaksi antara peneliti dengan klien sehingga tidak memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi langsung setiap saat sehingga peneliti mengajarkan keluarga untuk melakukan observasi terhadap kemandirian klien dalam perawatan diri dengan cara mengisi lembar kuesioner yang telah disediakan. Sehingga hasil akhir untuk evaluasi kemandirian klien merupakan persepsi dari keluarga.

6.5.1.2 Pada sesi 5 psikoedukasi, peneliti telah melakukan modifikasi dimana pada rencana awal sesi 5 akan dilakukan di suatu tempat tertentu dengan mengumpulkan beberapa keluarga yang masih terdapat dalam 1 wilayah kerja Puskesmas. Tetapi melihat kondisi di lapangan, hal itu tidak memungkinkan karena rata-rata jarak rumah keluarga dengan Puskesmas cukup jauh dan adanya keterbatasan transportasi. Selain itu berdasarkan pemilihan sampel, terdapat juga 1 wilayah kerja Puskesmas dengan sampel hanya 1 keluarga sehingga tidak memungkinkan untuk dikumpulkan dengan

keluarga yang lain. Untuk mengantisipasi hal ini, peneliti menyiapkan solusi dengan cara melibatkan perawat CMHN dalam melakukan sesi 5 di rumah masing-masing keluarga.

6.5.1.3 Dalam penentuan karakteristik pelayanan CMHN yang diterima oleh klien terdapat variabel kunjungan Kader Kesehatan Jiwa (KKJ). Tetapi pada saat pelaksanaan penelitian, variabel tersebut tidak dapat dipenuhi karena keterbatasan Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) yang menjadi area penelitian hanya 5 desa yaitu hanya 25% dari sampel penelitian.

6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *family psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap :

6.6.1 Pelayanan Keperawatan di Puskesmas dan RS Jiwa

Penelitian ini memberikan informasi tentang beban yang dirasakan keluarga dalam merawat klien pasung di rumah terkait dengan pelaksanaan psikoedukasi terhadap keluarga. Psikoedukasi keluarga dapat dijadikan sebagai celah masuk dalam lingkungan masyarakat terutama untuk membina keluarga-keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita gangguan jiwa dan lebih memilih untuk dirawat di rumah. Hal ini memerlukan dukungan dan kerjasama dari Dinas Kesehatan untuk peningkatan kesehatan jiwa masyarakat dengan kegiatan *home visit* yang lebih terstruktur dan penyuluhan kesehatan jiwa secara rutin untuk desa-desa yang sulit dijangkau karena keterbatasan sarana dan pra sarana. Serta diharapkan juga terbentuknya Desa Siaga Sehat Jiwa di beberapa wilayah kerja yang sudah memiliki potensi untuk pengembangan perawatan kesehatan jiwa di masyarakat.

6.6.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan untuk dapat memasukkan program *family psychoeducation* dalam kurikulum pendidikan sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan oleh mahasiswa keperawatan dalam melakukan terapi keluarga pada keluarga dengan gangguan jiwa.

6.6.3 Kepentingan Penelitian

Pada penelitian keperawatan, perlu dikembangkan penelitian lain tentang hubungan *family psychoeducation* dengan tingkat kekambuhan klien, karakteristik keluarga dan klien lainnya yang mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa khususnya pasung, penelitian lebih lanjut untuk mengetahui berapa lama efek dari psikoedukasi memberikan dampak terhadap kualitas hidup klien gangguan jiwa khususnya pasung dan keluarganya serta perlu dikembangkan penelitian untuk melihat pengaruh dari psikoedukasi yang dikombinasikan dengan jenis terapi spesialis lain. Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang *family psychoeducation* di masyarakat.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini telah mengidentifikasi pengaruh *family psychoeducation* terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen tahun 2009. Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai dengan pembahasan hasil penelitian ini maka dapat ditarik simpulan dan saran seperti penjelasan berikut :

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik keluarga klien dengan pasung adalah sebagai berikut : rata-rata usia keluarga klien pasung 50.3 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan dengan agama yang dianut keluarga adalah Islam, pendidikan keluarga rata-rata SD, mayoritas keluarga bekerja sedangkan untuk hubungan dengan klien didapatkan yang terbanyak adalah orang tua. Dari karakteristik tersebut dapat disimpulkan bahwa psikoedukasi keluarga yang diberikan pada keluarga klien pasung yang mayoritas adalah orang tua klien dengan umur yang sudah lanjut, tingkat pendidikan yang dikategorikan rendah dan bekerja menunjukkan peningkatan hasil akhir yang bermakna.
- 7.1.2 Karakteristik klien dengan pasung adalah sebagai berikut : rata-rata umur klien 35.7 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dengan lama menderita gangguan jiwa 11.65 tahun, sebagian klien rutin berobat dengan jumlah kekambuhan 4.15 kali, sebagian klien masih berada dalam kondisi terpasung dan rata-rata lama klien dipasung 13.45 tahun. Dari karakteristik tersebut dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan pada klien pasung yang sebagian besar laki-laki pada usia produktif, menderita gangguan jiwa yang cukup lama dengan tingkat kekambuhan rata-rata 4 kali, rutin berobat dan sebagian masih dipasung menunjukkan peningkatan hasil yang bermakna.

- 7.1.3 Karakteristik pelayanan CMHN yang diterima klien adalah kunjungan rumah oleh perawat CMHN rata-rata 2.85 kali dan pelayanan Puskesmas 3.65 kali dalam pemberian psikofarmaka.
- 7.1.4 *Family Psychoeducation* menurunkan beban keluarga secara bermakna dan meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien pasung secara bermakna.
- 7.1.5 Asuhan keperawatan defisit perawatan diri dapat meningkatkan aspek kemandirian klien pasung secara bermakna meliputi aktivitas harian, aktivitas sosial, cara mengatasi masalah dan pengobatan.
- 7.1.6 Beban keluarga dalam merawat klien pasung menurun secara bermakna dengan peningkatan usia keluarga dan hubungan dengan klien adalah orang tua.
- 7.1.7 Kemampuan keluarga merawat klien pasung secara kognitif dan psikomotor tidak berhubungan dengan karakteristik keluarga.
- 7.1.8 Empat aspek kemandirian klien berhubungan dengan usia, rutinitas berobat dan kondisi pasung.

7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian ini.

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- 7.2.1.1 Dinas Kesehatan Propinsi Aceh : membuat peraturan daerah terkait program pelayanan kesehatan jiwa di Aceh dengan meningkatkan peran serta keluarga untuk mengaktifkan pemberdayaan masyarakat.
- 7.2.1.2 Puskesmas : menetapkan program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat sebagai program utama dalam program pokok pelayanan Puskesmas. Perawat CMHN meningkatkan peran dan fungsinya dalam merawat klien gangguan jiwa khususnya dengan pasung sesuai dengan rencana kegiatan yang disusun sehingga pada akhirnya bisa dicapai "Aceh Bebas Pasung".
- 7.2.1.3 Organisasi profesi : menetapkan *family psychoeducation* sebagai salah satu kompetensi dari perawat spesialis keperawatan jiwa.

7.2.1.4 Komunitas : meningkatkan pelayanan Desa Siaga Sehat Jiwa serta mempercepat terbentuknya Desa Siaga Sehat Jiwa di seluruh kabupaten.

7.2.1.5 Keluarga klien dengan pasung : berperan lebih aktif dalam merawat dan mencari sumber pendukung untuk meningkatkan kemandirian klien pasung sehingga hasil akhir yang diharapkan klien dapat terlepas dari pasungan.

7.2.1.6 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan *family psychoeducation* sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan pada pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat (berbasis komunitas).

7.2.2 Keilmuan

7.2.2.1 *Evidence based* dijadikan sebagai landasan dalam mengembangkan asuhan keperawatan jiwa komunitas yang memerlukan kemampuan tenaga keperawatan spesialis dalam melakukan upaya pendekatan dengan tehnik pemberdayaan masyarakat.

7.2.2.2 Penerapan hasil penelitian ini perlu dievaluasi secara terus menerus agar keyakinan dan keefektifannya dapat dibuktikan dan ditingkatkan.

7.2.3 Metodologi

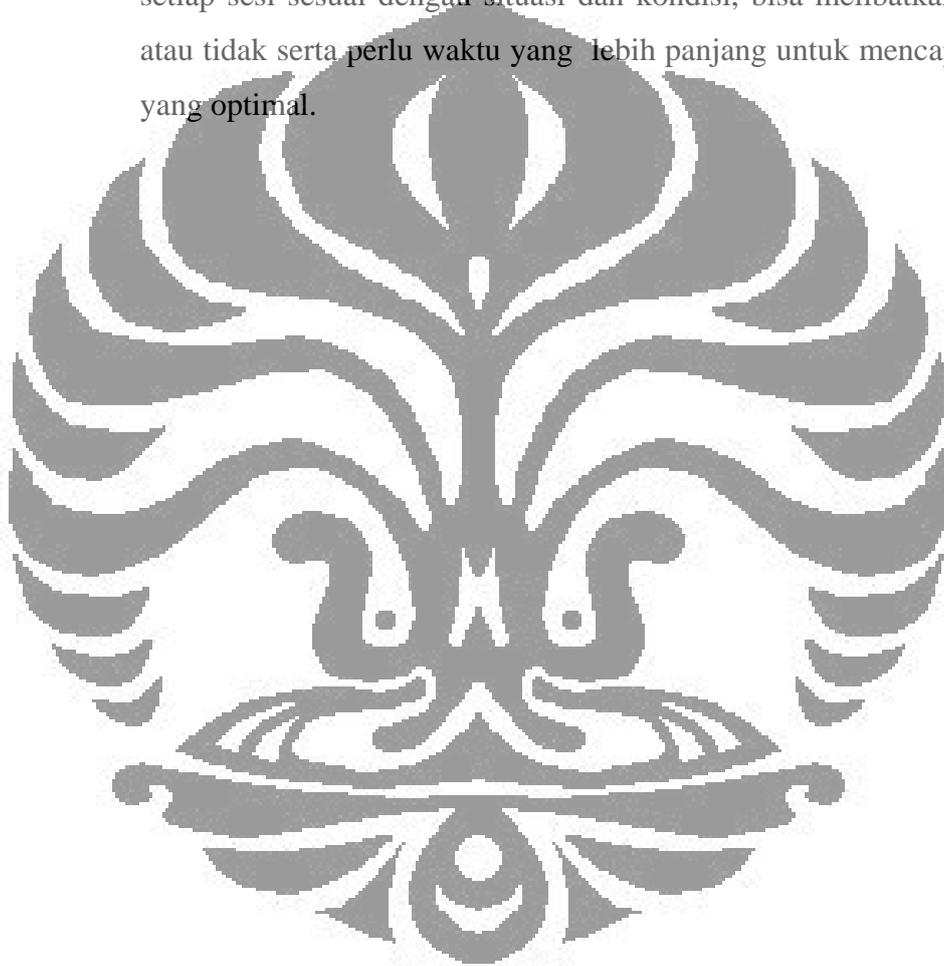
7.2.3.1 Penelitian lebih lanjut hendaknya mampu menjawab hasil penelitian dengan memperbanyak sampel serta memperluas populasi khususnya untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan dengan beban dan kemampuan keluarga.

7.2.3.2 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan *family psychoeducation* untuk menjadikan terapi ini sebagai salah satu model pelayanan keperawatan.

7.2.3.3 Perlu direncanakan prosedur pengambilan data dan metode pelaksanaan intervensi yang sesuai dengan kondisi di lapangan untuk mengantisipasi jika sewaktu-waktu terjadi perubahan sesuai dengan kondisi di area penelitian.

7.2.3.4 Untuk penelitian selanjutnya, hendaknya lebih difokuskan pada Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ) untuk mengetahui peran aktif Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) dalam melakukan tugasnya.

7.2.3.5 Perlu penyempurnaan FPE lebih lanjut karena FPE bisa dilakukan secara individu atau berkelompok dan memungkinkan untuk dilakukan di rumah keluarga, di klinik atau di lokasi lain. FPE juga sangat bervariasi dalam menentukan durasi dan lama waktu untuk setiap sesi sesuai dengan situasi dan kondisi, bisa melibatkan pasien atau tidak serta perlu waktu yang lebih panjang untuk mencapai hasil yang optimal.



DAFTAR PUSTAKA

- Aide Medicale Internationale. (2008). *Health Messenger : Mental Health*. Jakarta. AMI
- Alwisol. (2006). *Psikologi Kepribadian*. Malang : UMM Press. Malang
- Margiyono. (2007). *20 Tahun Konvensi Anti Penyiksaan*, ¶ 15, <http://www.vhrmedia.com>. diperoleh tanggal 8 Februari 2009
- Anderson et al. (2008). *Terapi Keluarga (Family Therapy)*. ¶ 1. <http://keluarga.info/terapi.htm>, diperoleh tanggal 19 Januari 2009
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik. Edisi Revisi VI*. Jakarta. Rineka Cipta
- Badan Pembangunan Nasional. (2008). *Jumlah Penduduk*. ¶ 1. <http://www.bappenas.go.id>. diperoleh tanggal 12 Februari 2009
- Barton, S.A. Johnson, M.R. & Price, L.V. (2009). *Achieving Restraint-Free on an Inpatient Behavioral Health Unit*. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services. Thorofare. www.proquest.com. diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Beech, H. *Hidden away: Stigmatized, abandoned, often locked up, Asia's mentally ill are left to inhabit a living hell*. Time Asia; <http://www.time.com/time/asia/covers>. diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. (2002). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. USA. Lippincott Raven Publisher
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Jumlah Penduduk*, ¶ 1. <http://www.bandaceh.go.id>, diperoleh tanggal 12 Februari 2009
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chien, W.T. & Wong, K.F. (2007). *A Family Psychoeducation Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong*. Psychiatric Services. Arlington. www.proquest.com. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- CMHN. (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta WHO.FIK UI

- CMHN. (2007). *Modul Intermediate Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta WHO.FIK UI
- Cohen, A.N. et al. (2008). *The Family Forum: Directions for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness*. Psychiatric Services. Arlington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2006). *Fundamental of nursing human health and function*. (Fifth edition), Lippincott: Williams & Wilkins.
- Depkes. (2005). *Masalah-Masalah Psikososial di Indonesia*. www.depkes.go.id. diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Dhanda, A. (2005). *The right to treatment of persons with psychosocial disabilities and the role of the courts*. www.proquest.com.pqdauto diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Dinas Kesehatan Bireuen. (2008). *Laporan Kesehatan tahun 2008, Kabupaten Bireuen*, tidak dipublikasikan
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). *Update on family psychoeducation for schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. Washington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Djarmiko, (2007). *Berbagai Indikator Taraf Kesehatan Jiwa Masyarakat*. ¶ 2. <http://pdskijaya.com>. diperoleh tanggal 5 Juni 2008
- Doeselaar, M. Slegers, P. & Hutschemaekers, G. (2008). *Professionals' Attitudes Toward Reducing Restraint: The Case of Seclusion in The Netherlands*. Springer Science. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Doloksaribu, E.I. (2008). *Pasung Cases : Is there a Regulation or law of it?*. diperoleh tanggal 31 Januari 2009
- Dopp, P. (2008). *Single & Multi Family Network Interventions : An Integrative Response to Serious Mental Illness*. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 5 Februari 2009
- Fitri, L.D.N. (2007). *Hubungan Pelayanan Community Mental Health Nursing (CMHN) dengan Tingkat Kemandirian Pasien Gangguan Jiwa di Kabupaten Bireuen Aceh*. Tesis FIK UI. tidak dipublikasikan
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. New Jersey. Pearson Education. Inc
- Fortinash, K.M & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed) St.Louis Missouri : Mosby.

- Friedman, (1998). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 3. EGC. Jakarta
- Frisch, N.C. & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing. Third edition*. Canada. Thomson Delmar Learning
- Glanville, D.N. & Dixon, L. (2005). *Caregiver Burden, Family Treatment Approaches and Service Use in Families of Patients with Schizophrenia*. The Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences. Jerusalem. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Groot, L. et al. (2003). *An evaluation of a family psychoeducation program in community mental health*. Psychiatric Rehabilitation Journal. Boston. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Hartanto, (2003),. *Kesehatan Jiwa*. ¶ 2. <http://www.majalah-farmacia.com>. diperoleh tanggal 30 Mei 2008
- Irmansyah., (2006). *Alokasi Dana untuk Penyakit Jiwa hanya 1%*. ¶ 1. <http://www.depkes.go.id>. diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- Kaplan & Sadock. (2007). *Sinopsis Psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A. (1996). *Peran serta Keluarga dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta. EGC
- Keliat, B.A. (2003). *Pemberdayaan Klien dan Keluarga dalam Perawatan Klien Skizofrenia dengan Perilaku Kekerasan di RSJP Bogor*. Disertasi. Jakarta. FKM UI. tidak dipublikasikan.
- Levine, I.S. (2002). *Family Psychoeducation*. <http://www.minddisorders.com>. diperoleh tanggal 23 Februari 2009
- Magliano, L. (2008). *Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>, diperoleh tanggal 23 Februari 2009
- Magliano, L. et al. (2006). *Special Section: A Memorial Tribute: Patient Functioning and Family Burden in a Controlled, Real-World Trial of Family Psychoeducation for Schizophrenia*. Psychiatric Services. Arlington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya. Airlangga University Press

- McCubbin, H.I. & Thompson, A.I. (1991). *Family assessment inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin.
- McDonell, M.G. et al. (2003). *Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality*. Family Process. Oxford. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- McDonell, M.G. Short, R.A. Berry, C.M. & Dyck, D.G. (2003). *Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality*. Family Process. Oxford. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 5 Februari 2009
- Minas, H. & Diatri, H. (2008). *Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community*. <http://creativecommons.org>. diperoleh tanggal 26 Desember 2008
- Mohr, WK, (2006). *Psychiatric mental health nursing* (6 th edition), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Nair, K.V. *North Rand police probe 'church of chains'*. <http://www.wwrn.org/article>. diperoleh tanggal 26 Februari 2009
- NANDA. (2005). *Nursing diagnoses: Definitions & elacification 2005-2006*. Philadelphia USA: NANDA International
- Notatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Paterson, B. & Duxbury, J. (2007). *Restraint and The Question of Validity*. Nursing Ethics. UK. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Polit & Hungler (1999), *Nursing Research Principles And Methods*, Philadelphia : Lippincott
- Pols, J. (2006). *Washing The Citizen: Washing, Cleanliness and Citizenship in Mental Health Care*. Culture, Medicine & Psychiatry. Springer Science. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 29 Juni 2009
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of nursing : concept, process, and practice*, Philadelphia : Mosby Years Book Inc.
- Prasetyo, B. & Jannah, L.M. (2005). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta. Raja Grafindo Perkasa
- Pusat Penelitian dan Perkembangan Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar 2007*. www.litbang.go.id, diperoleh tanggal 26 Februari 2009

- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (2th ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Setiawan, P. (2008). *Saatnya 'Care' pada Penderita Gangguan Jiwa*. www.lampungpost.com. diperoleh tanggal 31 Januari 2008
- Sherman, M.D. et al. (2009). *A New Engagement Strategy in a VA-Based Family Psychoeducation Program*. Psychiatric Services. Arlington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- Stuart, G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Sugiono. (2005). *Metode penelitian administratif*. edisi 12. Bandung: Albeta.
- Swank, A.M., Glynn, S., Cohen, A., & Sherman, M. (2007). *Family contact, experience of family relationships, and views about family involvement in treatment among VA consumers with serious mental illness*. Journal of Rehabilitation Research & Development. Washington. www.proquest.com.pqdauto. diperoleh tanggal 25 Juni 2009
- The Pasung Research Group. (2008). [www. http://www.cimh.unimelb.edu.au](http://www.cimh.unimelb.edu.au)., diperoleh tanggal 29 Januari 2009
- Varcarolis, E.M. (2006), *Psychiatric Nursing Clinical Guide; Assesment Tools and Diagnosis*. Philadelphia. W.B Saunders Co
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Videbeck, Sheila. L.(2008), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta. EGC.
- Wardaningsih, S. (2007). *Pengaruh Family Psychoeducation terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien dengan Halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta*, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health*. www.who.int/mental_health. diperoleh tanggal 23 Februari 2009
- WHO. (2007). *The Lancet*. London. Elsevier Properties SA
- Workshop II Spesialis Keperawatan Jiwa FIK UI tanggal 1 Februari 2008, tidak dipublikasikan

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :

“Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen NAD”

Peneliti : Hasmila Sari

No Telp : 085260080726

Saya Hasmila Sari (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh *Family Psychoeducation Therapy* terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Pasung di Kabupaten Bireuen NAD.

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

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

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

LEMBAR PERSETUJUAN

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

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

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

Bireuen,2009

Responden,

.....
Nama Jelas

KUESIONER A

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut ini!
2. Isilah jawaban pada tempat yang tersedia
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab dengan memberikan tanda (√) pada tempat yang tersedia

Nomor responden :(diisi peneliti)

Tanggal :

Alamat :

A. DATA DIRI RESPONDEN

1. Usia : tahun

2. Jenis kelamin : () Laki-laki
() Perempuan

3. Agama : () Islam () Hindu
() Kristen () Budha

4. Pendidikan terakhir : () Tidak sekolah () SMA
() SD () PT
() SMP

5. Pekerjaan : () Tidak bekerja () TNI/Polri
() Pegawai Negeri ()
() Swasta

6. Pendapatan per bulan : Rp

7. Hubungan dengan klien : () Orang tua () Suami/istri
() Anak ()
() Saudara kandung

B. DATA DIRI KLIEN

1. Usia : tahun

2. Jenis kelamin : Laki-laki
 Perempuan

3. Lama menderita sakit : tahun

4. Rutinitas berobat : Rutin
 Tidak rutin

5. Jumlah kekambuhan : kali

6. Apakah klien pernah dipasung : Ya
 Tidak

7. Jika ya, sudah berapa lama dipasung : bulan/tahun

8. Jika sudah dilepas, dengan alasan : Sudah sembuh
 Sudah mandiri
 Sudah ada perawat CMHN
 Keluarga sudah bisa merawat
 Lain-lain, sebutkan

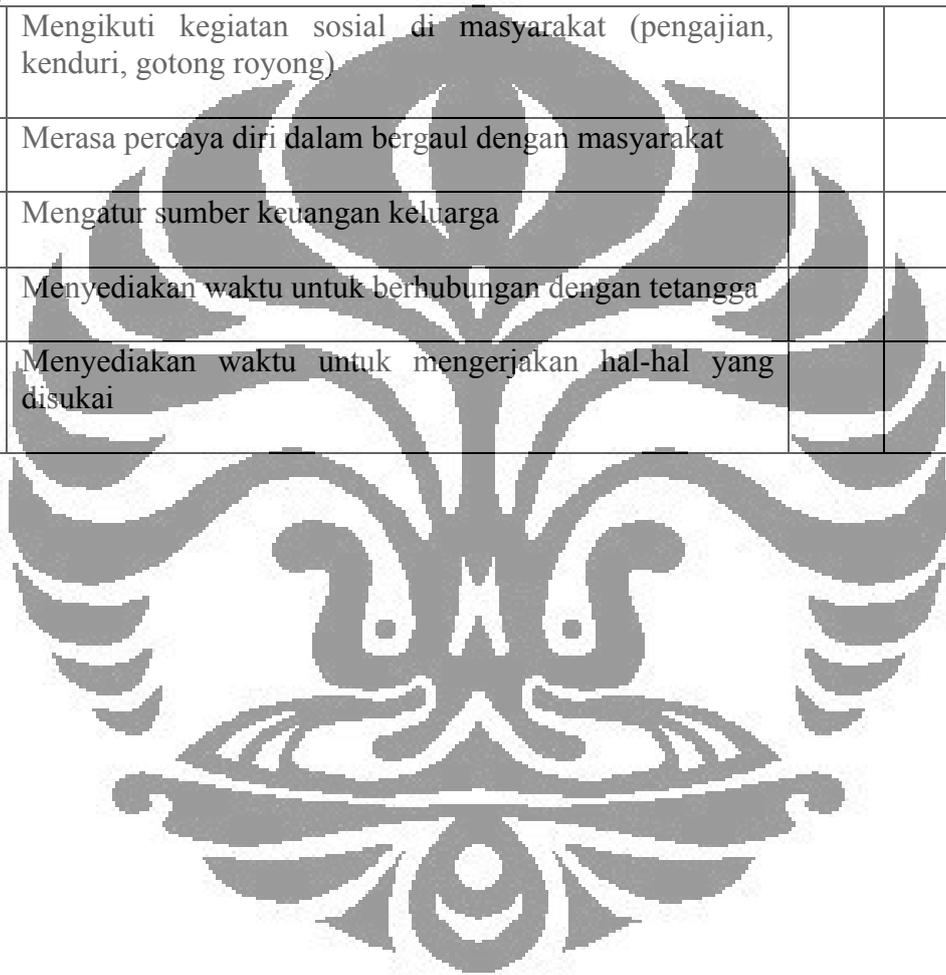
KUESIONER B BEBAN KELUARGA

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda check list (\checkmark) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda : TAK = Tidak Ada Kesulitan, R = Tingkat Kesulitan Ringan, S = Tingkat Kesulitan Sedang, dan B = Tingkat Kesulitan Berat.
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Dalam 1 bulan terakhir, seberapa besar tingkat kesulitan yang anda rasakan dalam melakukan kegiatan berikut ini sehubungan dengan adanya anggota keluarga yang sakit :	TAK	R	S	B
Pemahaman dan Komunikasi					
1	Berkonsentrasi dalam melakukan sesuatu selama 10 menit				
2	Mengingat hal-hal yang penting				
3	Menemukan jalan keluar untuk masalah sehari-hari				
4	Mampu memulai dan menyelesaikan pembicaraan dengan orang lain				
Aktivitas Fisik					
5	Berdiri untuk waktu yang lama (sekitar 30 menit)				
6	Berjalan-jalan di sekitar rumah				
7	Keluar rumah				
8	Berjalan jauh (sekitar 1 km)				
Perawatan Diri					
9	Mandi				
10	Berpakaian				
11	Makan				
Bergaul dengan Orang lain					
12	Berhubungan dengan orang yang tidak dikenal				
13	Menjalin persahabatan				
14	Bergaul dengan orang terdekat				
15	Aktivitas seksual				

Aktivitas Sehari-hari					
16	Bertanggung jawab terhadap urusan rumah tangga				
17	Melakukan tugas rumah tangga dengan baik				
18	Mengerjakan tugas rumah yang diinginkan				
19	Melakukan pekerjaan dengan baik				
20	Menyelesaikan pekerjaan sesegera mungkin				
Kegiatan Sosial					
21	Mengikuti kegiatan sosial di masyarakat (pengajian, kenduri, gotong royong)				
22	Merasa percaya diri dalam bergaul dengan masyarakat				
23	Mengatur sumber keuangan keluarga				
24	Menyediakan waktu untuk berhubungan dengan tetangga				
25	Menyediakan waktu untuk mengerjakan hal-hal yang disukai				



KUESIONER C KEMAMPUAN KELUARGA

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda : STS = Sangat Tidak Setuju, TS = Tidak Setuju, S= Setuju, dan SS = Sangat Setuju
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

a. KEMAMPUAN KOGNITIF

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental yang sejahtera				
2	Ciri-ciri sehat jiwa adalah bersikap positif terhadap diri sendiri dan mampu menghadapi stress yang terjadi sepanjang hidup				
3	Gangguan jiwa adalah perubahan fungsi fisik dan jiwa yang menyebabkan gangguan sehingga menimbulkan hambatan dalam melaksanakan peran sosial				
4	Penyebab gangguan jiwa adalah pola asuh yang salah dalam keluarga				
5	Tanda-tanda orang yang menarik diri adalah tidak mau bergaul dengan orang lain				
6	Tanda-tanda orang yang kurang perawatan diri adalah menolak untuk mandi				
7	Gejala orang yang mengalami gangguan jiwa adalah marah-marah tanpa ada penyebab				
8	Gejala orang yang mengalami gangguan jiwa adalah sering mendengar suara-suara				
9	Keluarga mengalami sulit tidur bila ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
10	Cara merawat anggota keluarga yang senang menyendiri adalah tidak mengganggu anggota keluarga di kamar				
11	Cara merawat anggota keluarga yang sering bicara sendiri adalah sering menyapa anggota keluarga				

12	Cara merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa adalah sering dilibatkan dalam aktifitas di rumah				
13	Cara merawat anggota keluarga yang sering merasa minder adalah memberikan pujian setelah melakukan suatu kegiatan				
14	Cara merawat anggota keluarga yang tidak mau mandi adalah dengan memandikan				
15	Keluarga harus memberikan obat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sesuai dengan waktu pemberian				
16	Keluarga harus memberikan obat kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa sesuai dengan dosis obat				
17	Anggota keluarga dengan gangguan jiwa mampu melakukan kegiatan rutin sehari-hari				
18	Anggota keluarga dengan gangguan jiwa mampu bergaul dengan orang lain				
19	Gangguan jiwa tidak dapat disembuhkan				
20	Jika anggota keluarga dengan gangguan jiwa mengalami kekambuhan harus segera dibawa ke Puskesmas				

b. KEMAMPUAN PSIKOMOTORIK**Petunjuk Pengisian :**

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda check list (√) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda : TP = Tidak Pernah, KK = Kadang-kadang, SR = Sering, dan SL = Selalu.
2. Setiap soal hanya berisi satu jawaban

No	Kegiatan yang saya lakukan pada anggota keluarga saya yang mengalami gangguan jiwa :	TP	KK	SR	SL
1	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ngobrol dengan saya				
2	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ngobrol dengan anggota keluarga yang lain				
3	Saya mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa ngobrol dengan orang lain				
4	Saya mengingatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tentang jadwal kontrol ke Puskesmas				
5	Saya melibatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dalam kegiatan keluarga				
6	Saya mengajarkan cara mandi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
7	Saya mengajarkan cara berpakaian pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
8	Saya mengajarkan cara menyisir rambut pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
9	Saya mengajarkan cara menggosok gigi pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
10	Saya mengajarkan cara menyiapkan makan sebelum makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
11	Saya mengajarkan cara mencuci piring setelah makan pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
12	Saya melibatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk merapikan rumah				

13	Saya melibatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk berbelanja ke warung				
14	Saya membiarkan saja jika anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menyendiri di kamar				
15	Saya membiarkan saja jika anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa tidak mau mengerjakan pekerjaan sehari-hari di rumah				
16	Saya mengajarkan anggota keluarga dengan gangguan jiwa untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari				
17	Saya memberikan pujian bila anggota keluarga dengan gangguan jiwa melakukan sesuatu yang baik				
18	Saya melakukan pekerjaan yang saya senangi untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
19	Saya melakukan tarik nafas dalam untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				
20	Saya berbicara dengan orang lain untuk mengatasi stress dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa				

KISI-KISI SOAL

BEBAN DAN KEMAMPUAN KELUARGA

Materi	Jumlah soal	No Soal
Beban Keluarga		
1. Pemahaman dan Komunikasi	4	1,2,3,4
2. Aktivitas Fisik	4	5,6,7,8
3. Perawatan Diri	3	9,10,11
4. Bergaul dengan Orang Lain	4	12,13,14,15
5. Aktivitas Sehari-hari	5	16,17,18,19,20
6. Kegiatan Sosial	5	21,22,23,24,25
Kemampuan Kognitif		
1. Pengertian kesehatan jiwa	1	1
2. Ciri Sehat jiwa	1	2
3. Pengertian gangguan jiwa	1	3
4. Penyebab gangguan jiwa	1	4
5. Tanda-tanda gangguan jiwa	4	5,6,7,8
6. Dampak gangguan jiwa bagi keluarga	1	9
7. Cara merawat klien gangguan jiwa	11	10,11,12,13,14,15, 16,17,18,19,20
Kemampuan psikomotor		
1. Berinteraksi	5	1,2,3,4,5
2. Merawat kebersihan diri	4	6,7,8,9
3. Membantu pasien melakukan aktifitas	7	10,11,12,13,14,15,16
4. Memberikan pujian	1	17
5. Mengatasi stress dalam keluarga	4	18,19,20

c. PEDOMAN OBSERVASI KEMAMPUAN PSIKOMOTOR

**KEGIATAN YANG DILAKUKAN KELUARGA
DALAM MERAUAT KLIEN**

Petunjuk Pengisian :

1. Penilaian berdasarkan perilaku yang ditampilkan oleh klien pada saat diobservasi.
2. Berilah tanda checklist (√) pada bagian tindakan/prilaku yang dilakukan oleh keluarga :
Dilakukan (Ya) dan tidak dilakukan (Tidak).

Keluarga :

Tanggal :

No	Tindakan yang dilakukan oleh keluarga	Ya	Tidak
1	Mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk ngobrol dengan anggota keluarga yang lain		
2	Mengajarkan cara mandi kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
3	Mengajarkan cara berpakaian kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
4	Mengajarkan cara menggosok gigi kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
5	Mengajarkan cara menyisir rambut kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
6	Mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa makan bersama		
7	Mengajarkan cara mencuci piring kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa		
8	Mengajak anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa membersihkan rumah bersama-sama		
9	Memberikan pujian bila anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa melakukan sesuatu yang baik		
10	Mengingatkan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk minum obat		

PANDUAN WAWANCARA PELAYANAN CMHN

Pertanyaan :

1. Selama ini sudah berapa kali perawat CMHN berkunjung ke rumah dalam 1 minggu :
..... kali
2. Selama ini sudah berapa kali Kader Kesehatan Jiwa (KKJ) berkunjung ke rumah dalam 1 minggu : kali
3. Selama ini sudah berapa kali perawat CMHN melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan jiwa di masyarakat : kali
4. Apakah perawat CMHN mendiskusikan tentang masalah yang terjadi bersama keluarga?
5. Selama ini sudah berapa kali klien dibawa ke Puskesmas atau RS : kali
6. Pada saat Bapak/Ibu membawa klien kontrol ke Puskesmas, apa yang Bapak/Ibu dapatkan :
7. Apakah klien mendapatkan obat secara teratur waktu kontrol di Puskesmas?
8. Apakah Bapak/Ibu mendapatkan penjelasan di Puskesmas tentang penyakit yang dialami klien?
9. Apakah Bapak/Ibu mendapatkan penjelasan di Puskesmas tentang pentingnya minum obat secara teratur?
10. Apakah Bapak/Ibu mendapatkan penjelasan di Puskesmas tentang akibat tidak minum obat?