



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN BEBAN KELUARGA UNTUK MENGIKUTI REGIMEN
TERAPEUTIK PADA KELUARGA KLIEN HALUSINASI
DI RSUD SERANG
TAHUN 2011**

Oleh:

Deni Suwardiman

0906594910

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI, 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**HUBUNGAN ANTARA DUKUNGAN KELUARGA
DENGAN BEBAN KELUARGA UNTUK MENGIKUTI REGIMEN
TERAPEUTIK PADA KELUARGA KLIEN HALUSINASI DI RSUD
SERANG
TAHUN 2011**

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

Oleh:
Deni Suwardiman
0906594910

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI, 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Deni Suwardiman

NPM : 0906594910

Tanda Tangan :

Tanggal : 11 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Deni Suwardiman
NPM : 0906594910
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan
Beban Keluarga untuk Mengikuti Regimen
Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi
di RSUD Serang tahun 2011

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 I : Prof.Achir Yani S.Hamid, M.N., DN.Sc

Pembimbing II : Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed

Penguji : Mustikasari, S.Kp., MARS

Penguji : Ns. Fauziah, SKep.,M.Kep.,Sp.Kep.J

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Juli 2011

PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 11 Juli 2011

Deni Suwardiman

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur dipanjatkan kehadirat Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya penulis diberikan kesehatan sehingga dapat melaksanakan penelitian ini. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Keperawatan yang diselenggarakan oleh mahasiswa semester empat Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Kekhususan Ilmu Keperawatan Jiwa.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp.,MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dr. H. Encep Mukardi, MARS., selaku Direktur RSUD Kabupaten Serang.
4. drg. Indra Lukmana., selaku Direktur RSUD dr. Ajidarmo Kabupaten Lebak.
5. Prof. Achir Yani S. Hamid, MN.,DN.Sc., selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis.
6. Tuti Nuraini, S.Kp.,M.Biomed., selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi kepada penulis.
7. Herni Susanti, SKp, MN, selaku Penguji yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis untuk kesempurnaan tesis ini.
8. Mustikasari, S.Kp.,MARS, selaku Penguji yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis untuk kesempurnaan tesis ini.
9. Ns. Sutejo, SKep, MKep, Sp.Kep.J, selaku Penguji yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis untuk kesempurnaan tesis ini.
10. Ns. Fauziah, SKep, MKep, Sp.Kep.J, selaku Penguji yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis untuk kesempurnaan tesis ini.
11. Dr. Hj. Tri Aniswati, Sp.J, Kepala Poli Jiwa RSUD Kabupaten Serang beserta Eulis Rusmini, AMK dan Esih Kurniasih (staf Poli Jiwa), Yeyet Rosmiati, S.Kep dan Sri Fahrina, S.Kep (sahabat), yang sudah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian.

12. Seluruh responden yang terlibat dalam penelitian ini yang telah berkenan memberikan informasi yang sangat bermakna.
13. Keluarga besar Utama dan Iin Kosasih, Iis Maryati (isteri tercinta) serta Ghaisaa Mutiara Pertama (buah hati dan putri kesayanganku), yang telah memberikan cinta, doa dan dukungan dalam setiap perjuanganku, kalian adalah sumber inspirasi dan motivasi terbesar dalam hidupku.
14. Sahabat-sahabat terbaikku, Syam'ani dan Esrom Kanine, yang selalu setia menjadi teman dalam keluh, kesah, tawa dan canda
15. Seluruh rekan-rekan mahasiswa Angkatan kelima Program Pasca Sarjana S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
16. Semua pihak yang telah membantu penyusunan hasil penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan tesis ini, oleh karena itu penulis mengharapkan masukan dan saran yang bersifat membangun sehingga dapat menjadi bahan untuk perbaikan hasil penelitian ini.

Depok, Juli 2011

Penulis

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

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

Nama : Deni Suwardiman
NPM : 0906594910
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:

Hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang tahun 2011

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/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: 11 Juli 2011
Yang menyatakan

(Deni Suwardiman)

ABSTRAK

Nama : Deni Suwardiman
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa
Judul : Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga untuk Mengikuti Régimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011

Dukungan keluarga merupakan hal yang penting untuk mengatasi beban keluarga. Tujuan penelitian mengidentifikasi “hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi”. Desain penelitian kuantitatif berupa *descriptive correlational* dengan pendekatan *cross sectional* serta sampel yang berjumlah 79 orang. Instrumen dukungan keluarga dan beban keluarga yang sudah dimodifikasi dari Friedman dan WHO serta telah diuji validitas dan reliabilitas. Hasil penelitian menemukan bahwa semakin bertambah dukungan keluarga semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik ($p_{\text{value}} < 0,05$), berarti dengan dukungan keluarga yang tepat menjadikan beban ditanggung bersama dalam keluarga. Penelitian ini memberikan implikasi untuk pengelolaan keluarga dengan mengintensifkan pelaksanaan pendidikan kesehatan dan terapi psikoedukasi keluarga.

Kata kunci : beban keluarga, dukungan keluarga, halusinasi, regimen terapeutik
Daftar Pustaka: 33 (1997 – 2010)

ABSTRACT

Name : Deni Suwardiman
Study Program: Master Program in Nursing Science Majoring in Mental Health Nursing
Tittle : The Relationship between Family Support and Family Burden to Follow Therapeutic Regimens on Hallucinations Client's Family in Hospital of Serang District 2011

Family support is essential to overcome family burden. This research aims to identify “the relationship between family support and family burden to follow therapeutic regimens on hallucinations client's family”. Quantitative research design using descriptive correlational with cross-sectional approach while the amount of sample are 79 respondents. Instruments of family support and family burden has been modified from Friedman and WHO, and has been tested the validity and reliability. The results found that the increasing of family support would decreasing the family burden to follow therapeutic regimens ($p_{\text{value}} < 0,05$), it means with a proper family support makes the burden is shared in the family. This study provides implications for the management of the family by intensifying the implementation of health education and family psychoeducation therapy.

Key words : family burden, family support, hallucination, therapeutic regimen
References : 33 (1997–2010)

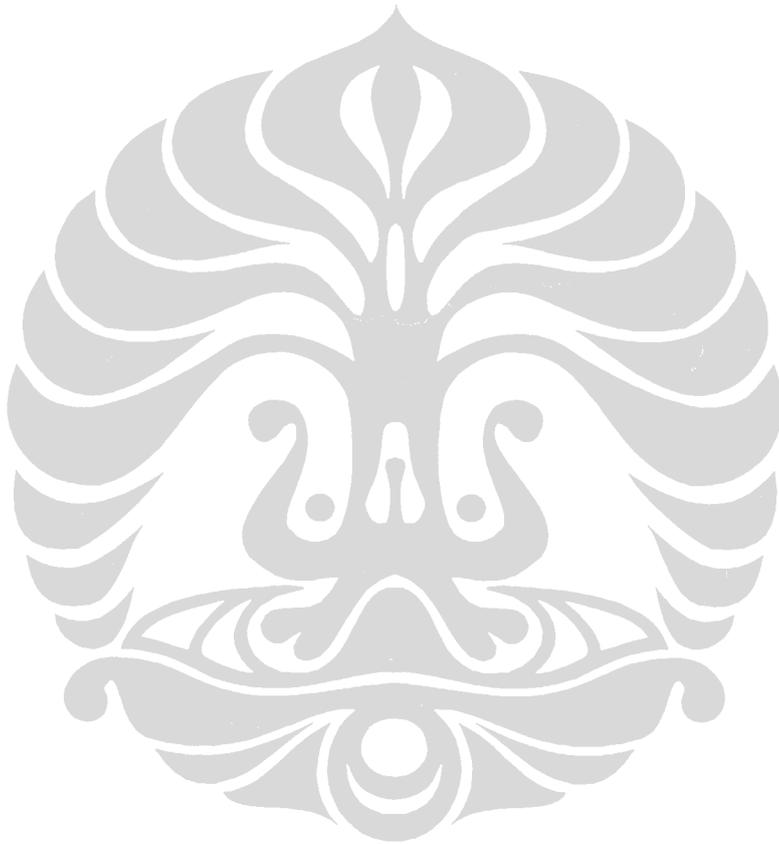
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK.....	ix
<i>ABSTRACT</i>	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Skizoprenia	11
2.2 Halusinasi Dan Penatalaksanaanya.....	13
2.3 Konsep Keluarga.....	17
2.4 Dukungan Keluarga Bagi Klien Halusinasi.....	23
2.5 Beban Keluarga Yang Mempunyai Klien Halusinasi.....	29
2.6 Kepatuhan Keluarga Klien Halusinasi Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik	32
2.7 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik Pada Klien Halusinasi	39
2.8 Peran Perawat Spesialis Jiwa.....	42
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	44
3.1 Kerangka Teori	44
3.2 Kerangka Konsep.....	48
3.3 Hipotesis	50
3.4 Definisi Operasional	51

BAB 4 METODE PENELITIAN	54
4.1 Desain Penelitian	54
4.2 Populasi Dan Sampel	54
4.3 Tempat Penelitian	56
4.4 Waktu Penelitian	57
4.5 Etika Penelitian	57
4.6 Alat Pengumpul Data.....	59
4.7 Uji Coba Instrumen.....	60
4.8 Pengumpulan Data	61
4.9 Manajemen dan Analisa Data	62
 BAB 5 HASIL PENELITIAN	 65
5.1 Karakteristik keluarga klien halusinasi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan dengan klien) di RSUD Serang	 65
5.2 Dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian) untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang	 67
5.3 Beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang	 68
5.4 Hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang	 68
5.5 Hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang	 69
5.6 Hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang	 70
5.7 Hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang	 71
 BAB 6 PEMBAHASAN.....	 72
6.1 Interpretasi dan diskusi hasil.....	72
6.2 Keterbatasan penelitian	87
6.3 Implikasi untuk keperawatan	88
 BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....	 90
7.1 Simpulan	90
7.2 Saran.....	91
 DAFTAR PUSTAKA	 93
LAMPIRAN	

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	47
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	49



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Independen, Variabel Dependen.....	51
Tabel 4.1	Analisis Bivariat Variabel Penelitian.....	64
Tabel 5.1	Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Hubungan dengan Klien (N=79).....	66
Tabel 5.2	Distribusi Karakteristik Responden berdasarkan Usia dan Penghasilan pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011	66
Tabel 5.3	Distribusi Dukungan Keluarga (Emosional, Informasi, Instrumental dan Penilaian) untuk mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011 (N=79)	67
Tabel 5.4	Distribusi Beban Keluarga untuk mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011 (N=79)	68
Tabel 5.5	Hubungan Dukungan Emosional terhadap Beban Keluarga untuk mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011 (N=79).....	68
Tabel 5.6	Hubungan Dukungan Informasi terhadap Beban Keluarga untuk mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011 (N=79).....	69
Tabel 5.7	Hubungan Dukungan Instrumental terhadap Beban Keluarga untuk mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011 (N=79).....	70
Tabel 5.8	Hubungan Dukungan Penilaian terhadap Beban Keluarga untuk mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang Tahun 2011 (N=79).....	71

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Format Pengkajian Halusinasi
- Lampiran 4 Kisi – kisi Instrumen Dukungan Keluarga
- Lampiran 5 Kisi – Kisi Instrumen Beban Keluarga
- Lampiran 6 Kuesioner A: Data Demografi Responden
- Lampiran 7 Kuesioner B: Instrumen Dukungan Keluarga
- Lampiran 8 Kuesioner C: Instrumen Beban Keluarga
- Lampiran 9 Surat Keterangan Lulus Uji Etik
- Lampiran 10 Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UI Depok
- Lampiran 11 Surat ijin Penelitian dari RSUD Kabupaten Serang
- Lampiran 12 Surat ijin Penelitian dari RSUD Kabupaten Lebak
- Lampiran 13 Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

Pendahuluan dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang masalah penelitian, perumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian serta manfaat yang diperoleh dari penelitian ini.

1.1 Latar Belakang

Angka kejadian gangguan jiwa semakin meningkat seiring dengan dinamisnya kehidupan masyarakat. Hampir 400 juta penduduk dunia menderita masalah kesehatan jiwa dan gangguan perilaku, satu dari empat keluarga sedikitnya mempunyai seorang anggota keluarga dengan gangguan kesehatan jiwa. Setiap empat orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan, seorang di antaranya mengalami gangguan jiwa dan sering kali tidak terdiagnosis secara tepat sehingga tidak memperoleh perawatan dan pengobatan dengan tepat (WHO, 2001). Hal tersebut di atas menunjukkan masalah gangguan jiwa di dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius dan menjadi masalah kesehatan global.

Di Indonesia berdasarkan riset kesehatan dasar tahun 2007 bahwa prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 4.6 permil, artinya ada empat sampai lima penduduk dari 1000 penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa berat. Angka gangguan jiwa di Indonesia telah mencapai 10% dari populasi penduduknya. Menurut WHO (2001) jika 10% dari populasi penduduk mengalami masalah kesehatan jiwa maka harus mendapat perhatian karena sudah terkategori rawan kesehatan jiwa yang perlu disikapi secara serius oleh semua pihak.

Data statistik dari direktorat kesehatan jiwa, masalah kesehatan jiwa dengan pasien gangguan jiwa terbesar (70%) adalah skizofrenia (Depkes, 2003), skizofrenia ini menunjukkan gejala negatif atau samar seperti afek datar, tidak

memiliki kemauan, rasa tidak nyaman dan menarik diri dari masyarakat. Gejala positif atau gejala nyata yang mencakup waham, halusinasi, disorganisasi pikiran, bicara kacau dan perilaku yang tidak teratur (Videbeck, 2008). Berdasarkan gejala positif tersebut yang menyita perhatian cukup besar pada masalah keperawatan jiwa adalah masalah halusinasi.

Tanda dan gejala halusinasi yang sering ditunjukkan diantaranya adalah dengan adanya perubahan perilaku seperti sering tertawa sendiri, mendengar sesuatu dan berbicara sendiri. Perubahan lain yang terjadi adalah adanya penurunan kemampuan memecahkan masalah, orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang, gelisah, serta perubahan fungsi sensoris (Stuart & Laraia, 2005). Tanda dan gejala halusinasi tentunya menjadi suatu kondisi abnormal dari seseorang yang akan dianggap suatu keanehan oleh orang lain dalam hubungannya dengan masyarakat dan kondisi dalam keluarga, seperti menyedengkan kepala ke arah tertentu, berbicara dan tertawa sendiri, serta mondar-mandir.

Kondisi keluarga dengan salah satu anggota keluarganya mengalami halusinasi menjadi suatu kondisi yang sulit bagi keluarga. Halusinasi merupakan masalah keperawatan sebagai interpretasi dari penyakit kronis. Adanya salah satu anggota keluarga yang sakit kronis tentu saja akan menyebabkan ketegangan dan keputusan dalam keluarga yang berlangsung tidak hanya sementara (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Kondisi sulit, keputusan dan ketegangan ini menjadi stres tersendiri bagi keluarga.

Masalah dalam keluarga atau suatu kondisi stres keluarga tentunya harus direspon dengan sumber-sumber koping dalam keluarga seperti salah satunya adalah dukungan keluarga. Sebuah studi melaporkan bahwa 77% klien dengan penyakit kronis merasa membutuhkan dukungan dari keluarganya (Rubin & Peyrot, 2002). Dukungan bisa berupa rasa kasih sayang, cara merawatnya, menanggung biaya perawatan, dan menghargai klien. Sangat jelas bahwa dukungan keluarga dibutuhkan dalam kondisi salah satu anggota keluarganya mengalami masalah halusinasi.

Dukungan keluarga tentunya tidak lepas dari respon terhadap penyakit yang diderita oleh orang yang mereka cintai. Tingkat keberhasilan klien yang rendah dalam mengontrol halusinasi menyebabkan setiap anggota keluarga akan dihadapkan kepada kemampuan dan konsekuensi dalam merespon semua stressor yang terjadi karena keluarga merupakan salah satu sumber sistem pendukung klien (Stuart & Laraia, 2005). Semua pilihan tergantung pada mekanisme koping individu dan kemampuan untuk berubah serta keterampilan yang dimiliki anggota keluarga.

Beberapa penelitian mengenai dukungan keluarga telah dilakukan. Penelitian Lestari (2008) menyatakan adanya hubungan antara dukungan keluarga pada pencegahan kekambuhan pada klien skizofrenia. Penelitian Ambari (2010), menyatakan adanya hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada klien skizofrenia. Dari hasil penelitian tersebut dapat dijelaskan bahwa dukungan keluarga sangat berperan besar untuk klien dengan masalah gangguan jiwa tentunya termasuk klien dengan halusinasi ini, karena halusinasi merupakan salah satu gejala positif pada penderita skizofrenia. Tetapi salah satu respon akhir bagaimana bentuk dukungan keluarga untuk merespon beban keluarga belumlah teridentifikasi dengan optimal.

Keluarga mempersepsikan kondisi keluarga dengan klien halusinasi sebagai beban keluarga. Keluarga mengalami rasa takut, malu, dan bersalah sebagai respons terhadap penyakit yang diderita anggota keluarga (Videbeck, 2008). Keluarga sebagai suatu sistem dengan adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi akan menjadi stressor tersendiri bagi setiap anggota keluarga yang lain. Penurunan kemampuan kognitif dan psikomotor pada klien dengan halusinasi juga merupakan konsekuensi yang harus dihadapi sebagai beban keluarga dalam membantu mengontrol perilaku halusinasi yang ditunjukkan oleh anggota keluarganya yang mengalami halusinasi. Dukungan

informasi dalam hal tersebut sangat penting untuk mempertahankan kemampuan kognitif klien untuk cara mengontrol halusinasinya.

Brady dan McCain (2004) menjelaskan bahwa halusinasi dapat menyebabkan keluarga dihadapkan pada rasa bosan, ketakutan dan rasa malu. Beban lain yang dapat diidentifikasi adalah perasaan tidak berdaya dan stres dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Gangguan emosional, sosial dan finansial merupakan konsekuensi yang harus dihadapi oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan halusinasi. Berbagai dampak yang dihadapi keluarga sebagai beban keluarga akan mempengaruhi perilaku keluarga dalam merawat penderita halusinasi termasuk bagaimana mendukung untuk patuh berobat atau regimen terapeutik.

Penatalaksanaan regimen terapeutik menjadi hal utama karena mempertahankan regimen terapeutik sangat penting untuk keberhasilan terapi pada perawatan klien halusinasi. Kondisi interaksi antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik ini harus dapat digambarkan karena dampak halusinasi terhadap keluarga adalah kondisi tingkat ketergantungan dan kekambuhan yang tinggi (Mavin & Stephen, 2002). Pengkajian yang cermat pada setiap klien sebagai individu sangat penting dalam membuat rencana perawatan yang efektif. Klien yang mengalami halusinasi memerlukan intervensi keperawatan utama termasuk membantu melindungi keamanan klien dan hak privasi serta martabat, menghadapi perilaku yang secara sosial tidak tepat dengan sikap tidak menghakimi dan berorientasi pada fakta, membantu menghadirkan dan mempertahankan realitas untuk klien melalui kontak dan komunikasi yang sering dan memastikan pemberian obat dengan tepat.

Ada banyak alasan mengapa klien tidak dapat mempertahankan regimen terapeutik atau program pengobatan di antaranya: (1) Kesulitan mengingat kapan dan apakah obat sudah diminum atau kesulitan mematuhi jadwal rutin pemberian obat; (2) Hambatan praktis dalam mematuhi regimen terapeutik,

seperti dana yang tidak adekuat, kendala transportasi, kurang pengetahuan tentang cara menebus obat yang diresepkan atau tidak mampu merencanakan untuk memperoleh resep yang baru sebelum suplai obat saat ini habis; (3) Memutuskan untuk mengurangi atau menghentikan obat-obatan karena efek samping obat yang tidak nyaman atau memalukan; (4) Menghentikan pengobatan karena merasa pengobatan sudah tidak diperlukan. Gagal meminum obat sesuai program adalah salah satu alasan yang paling sering dikemukakan untuk kekambuhan halusinasi dan kembali masuk rumah sakit (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2008).

Beberapa klien masih tidak mengerti pentingnya meminum obat secara konsisten dan bahkan setelah berkali-kali kambuh terus mengalami halusinasi serta masuk rumah sakit dengan cukup sering (Videbeck, 2008). Regimen terapeutik harus ditekankan menjadi suatu kebutuhan bagi klien supaya lebih optimal kembali ke keluarga dan masyarakat. Namun klien tidak bisa sendiri, dukungan keluarga terutama *caregiver* dalam keluarga sangat berperan penting. Klien halusinasi tidak lagi dihospitalisasi untuk periode waktu yang lama tetapi kebanyakan kembali hidup dimasyarakat dengan dukungan yang diberikan oleh keluarga dan layanan pendukung, sehingga klien dapat hidup bersama anggota keluarga secara mandiri serta tidak menjadi beban yang sangat memberatkan lagi.

Paparan interaksi antara masalah halusinasi yang dihadapi sebagai stressor bagi keluarga dengan dukungan keluarga sebagai sumber koping keluarga. Respon dukungan keluarga terhadap beban keluarga tentunya tidak lepas dari respon terhadap penyakit yang diderita oleh orang yang mereka cintai sebesar apapun menjadi beban keluarga tersebut. Kegagalan untuk mematuhi terapi dan program pengobatan dikaitkan dengan hasil akhir yang lebih buruk pada penanganan halusinasi serta kondisi demikian menjadi krisis bagi keluarga.

Berdasarkan data angka kejadian gangguan jiwa di Provinsi Banten sebesar 2 permil atau ada dua penduduk dari 1000 penduduk yang mengalami gangguan

jiwa (Riskesdas, 2007). Estimasi dengan jumlah penduduk Provinsi Banten 10.632.166 orang (BPS, 2010) maka dimungkinkan 21.264 orang penduduk mengalami gangguan jiwa dan 10% penduduknya berada di Kabupaten Serang, maka dari 1.786.000 orang penduduk Kabupaten Serang yang mengalami gangguan jiwa adalah 3572 orang. Jika dibandingkan dengan rerata 175 orang perbulan yang berobat jalan ke RSUD Serang maka kemana penderita yang lain berobat serta penanganan perawatannya.

Hasil studi pendahuluan tanggal 9 Maret 2011 diperoleh data bahwa di Kabupaten Serang penderita gangguan jiwa yang sedang dalam perawatan di keluarga dan berobat ke Poli Jiwa RSUD Serang, didapatkan data kunjungan rata-rata 18 orang penderita gangguan jiwa/hari dengan jumlah kunjungan dalam tiga bulan terakhir sebanyak 526 orang (Desember 2010 - Februari 2011). Data menunjukkan kondisi kesehatan jiwa di Kabupaten Serang yang cukup besar dan harus mengikuti regimen terapeutik, lebih lanjut didapatkan data klien yang menderita skizofrenia dan mengalami masalah keperawatan halusinasi berjumlah 246 orang hampir 46% (Desember 2010 – Februari 2011). Rata-rata 5-7 orang keluarga klien menyatakan pernah putus obat dan mengalami kekambuhan. Sedangkan data catatan rekapitulasi Poli Jiwa RSUD Serang mencatat dalam tiga bulan terakhir tersebut ada 5 orang yang sering terlambat atau bahkan datang kalau sudah mengalami halusinasi yang sudah tidak dapat dikendalikan dan minum obat tidak teratur dan sesuai anjuran. Data tersebut menunjukkan fenomena bahwa regimen terapeutik untuk keluarga klien halusinasi ini sangat berhubungan dengan besarnya dukungan keluarga serta beban keluarga yang dihadapi.

Di waktu yang sama peneliti mewawancarai sepuluh orang penderita gangguan jiwa dengan masalah keperawatan halusinasi beserta keluarganya yang sedang mengikuti regimen terapeutik. Peneliti menanyakan mengenai dukungan keluarga dan beban keluarga yang dirasakan oleh keluarga dalam mengikuti regimen terapeutik. Didapatkan keterangan bahwa dukungan keluarga yang utama diungkapkan oleh tujuh orang keluarga yaitu melakukan

perawatan diri klien dengan ikhlas, mengantar klien berobat, mengawasi klien minum obat dan mengajak klien beraktifitas. Demikian tiga orang keluarga lainnya mengatakan bahwa memberikan perhatian, merasa menyayanginya, dan tetap dalam kondisi apapun menganggap klien adalah orang yang harus ditolong dan dirawatnya. Hal tersebut menunjukkan dukungan keluarga yang meliputi dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian itu dilakukan oleh keluarga klien halusinasi dalam mengikuti regimen terapeutik (Freidman, 2010).

Secara umum ketika ditanyakan mengenai beban keluarga mempunyai anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Keluarga menyatakan adanya perasaan bersalah jika membiarkan, khawatir dengan masa depannya, merasa dasingkan dilingkungan tempat tinggal, selalu menjadi pikiran dalam kesehatannya dan khawatir dalam menghadapi kekambuhan dan perubahan perilaku yang dianggap aneh. Jelas bahwa mempunyai anggota keluarga yang mengalami halusinasi ternyata mempunyai beban tersendiri. Penelitian Wardaningsih (2007) menyatakan bahwa keluarga klien halusinasi mempunyai beban subyektif maupun obyektif yang berkaitan dengan perawatan klien halusinasi. Hal ini sesuai dengan kondisi beban keluarga yang dirasakan dan diungkapkan dalam wawancara dengan keluarga klien halusinasi yang sedang mengikuti regimen terapeutik di Poli Jiwa RSUD Serang, seperti yang sudah diungkapkan di atas.

Identifikasi bagaimana hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga dalam mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi. Dirasakan sangat penting dilakukan penelitian ini. Selama ini belum ada penelitian sejenis terutama dalam pengelolaan masalah kesehatan jiwa di RSUD Serang, Diharapkan program pendidikan dan pelayanan kesehatan jiwa maupun terapi keluarga yang tepat dapat disesuaikan dengan kebutuhan keluarga yang terkait kebutuhan dukungan keluarga dan manajemen beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi bisa dijawab dengan optimal. Harapan lebih jauh akan didapatkan suatu gambaran hubungan positif sebagai

dasar upaya memperbesar dukungan keluarga yang bisa dilakukan dalam merespon beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik ini.

1.2 Rumusan Masalah

Uraian fenomena dalam latar belakang di atas terdapat beberapa permasalahan yang terjadi yaitu berdasarkan estimasi ada 3572 orang penderita gangguan jiwa bahkan lebih di Kabupaten Serang belum mendapatkan perawatan yang optimal hanya sekitar rerata 526 klien dengan jumlah klien halusinasi 246 orang (data Desember 2010 sampai Februari 2011). Klien dan keluarga yang berkunjung ke RSUD Serang menyatakan kurangnya melakukan dukungan keluarga terkait beban keluarga yang harus ditanggung untuk mengikuti regimen terapeutik serta belum adanya penelitian sebelumnya yang mengidentifikasi mengenai dukungan keluarga dengan beban keluarga ini.

Penelitian ini dibatasi pada hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi. Adapun rumusan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut: “Adakah hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik keluarga klien halusinasi di RSUD Serang?”.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Teridentifikasinya karakteristik keluarga klien halusinasi (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien) di RSUD Serang.
- 1.3.2.2 Teridentifikasinya dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian) untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.
- 1.3.2.3 Teridentifikasinya beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.
- 1.3.2.4 Teridentifikasinya hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang.
- 1.3.2.5 Teridentifikasinya hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.
- 1.3.2.6 Teridentifikasinya hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.
- 1.3.2.7 Teridentifikasinya hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

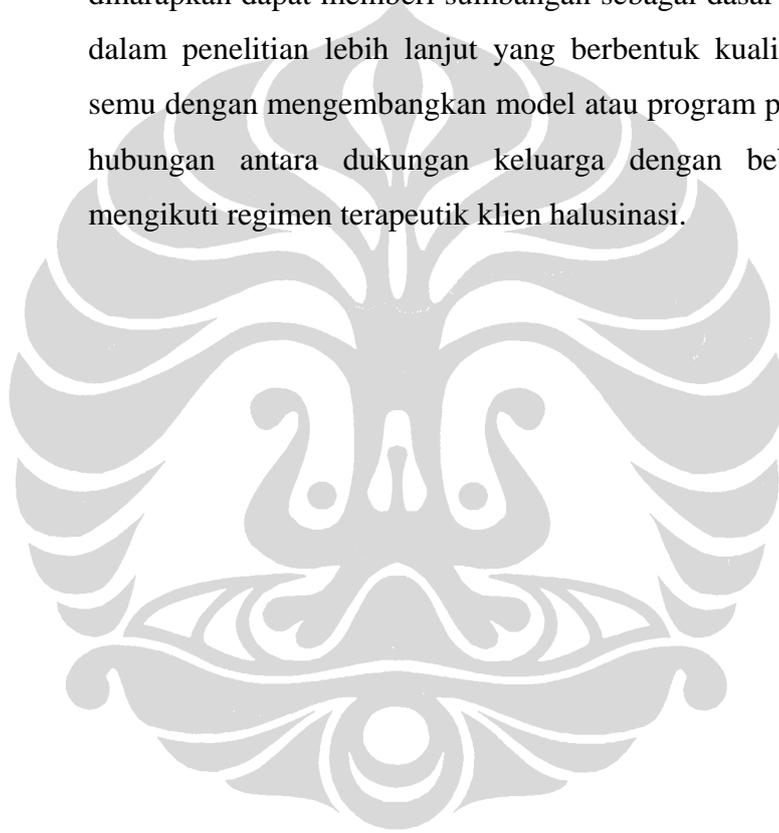
Setelah diperolehnya gambaran hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang. Diharapkan menjadi data dasar dan bahan pertimbangan menyusun program pengendalian pendidikan dan pelayanan kesehatan jiwa dan pelaksanaan terapi keluarga yang lebih tepat sesuai dengan kebutuhan klien dan keluarga, terutama berdasarkan respon dukungan keluarga yang tepat untuk manajemen beban keluarga.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan untuk menambah ilmu pengetahuan tentang dukungan keluarga yang efektif yang mampu merespon beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi.

1.4.3 Manfaat Metodologis

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangan sebagai dasar untuk dikembangkan dalam penelitian lebih lanjut yang berbentuk kualitatif dan eksperimen semu dengan mengembangkan model atau program pengendalian terhadap hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi.



BAB 2

TINJAUAN TEORI

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian pada bab ini menguraikan beberapa konsep dan teori serta hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi: konsep skizofrenia, konsep halusinasi, konsep keluarga, karakteristik keluarga, konsep dukungan keluarga, konsep beban keluarga, hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga, serta peran perawat spesialis jiwa.

2.1 Skizofrenia

Berikut ini akan diuraikan beberapa bagian konsep skizofrenia yang meliputi: pengertian, etiologi dan gejalanya.

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia menurut *Manualy Statisticaly of Mental Disorder IV* adalah dua atau lebih dari karakteristik gejala delusi, halusinasi, gangguan bicara (*disorganitation speech*) misalnya inkoheren, tingkah laku katatonik dan adanya gejala-gejala negatif (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia dapat didefinisikan sebagai suatu sindrom dengan variasi penyebab (banyak yang belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (Kaplan, Saddock, & Grebb, 1997). Skizofrenia merupakan suatu psiko-fungsional dengan gangguan utama pada proses pikir serta disharmoni (keretakan atau perpecahan) antara proses pikir, efek, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi-bagi sehingga timbul inkoheren, efek dan emosi menjadi inadkuat, psikomotor menunjukkan penarikan diri, ambivalensi, autism dan perilaku *bizarre* (Maramis, 2006). Skizofrenia berdasarkan beberapa pendapat tersebut adalah sekumpulan gejala yang sangat bervariasi terhadap kondisi psikologis seseorang dan mengakibatkan perubahan perilaku dalam kehidupan sehari-hari.

2.1.2 Etiologi

Ada beberapa teori yang mengatakan gangguan skizofrenia disebabkan oleh faktor gangguan skizofrenia yang berawal dengan keluhan halusinasi dan waham kejaran yang khas seperti mendengar pikirannya sendiri diucapkan dengan nada keras atau mendengar dua atau lebih memperbincangkan diri penderita sehingga merasa menjadi orang ketiga. Teori tentang penyebab skizofrenia (Maramis, 2006), yaitu:

a. Keturunan

Penelitian pada keluarga penderita skizofrenia terutama anak kembar satu telur, angka kesakitan bagi saudara tiri 0,9%-1,8%, bagi saudara kandung 7%-15%, anak dengan salah satu menderita skizofrenia 7%-16%. Apabila kedua orangtua menderita skizofrenia 40%-60% kembar dua telur 2%-15%. Kembar satu telur 61%-68%. Menurut hukum Mendel skizofrenia diturunkan melalui genetik yang bersifat resesif.

b. Endokrin.

Teori ini mengemukakan bahwa sering timbulnya skizofrenia pada waktu pubertas, waktu kehamilan dan waktu klimakterus.

c. Metabolisme

Gangguan metabolisme pada penderita skizofrenia, tampak pucat dan ujung ekstremitas agak sianosis, nafsu makan berkurang serta penurunan berat badan, pada penderita dengan stupor katatonik zat asam menurun.

d. Susunan saraf pusat

Penyebab skizofrenia ke arah kelainan susunan saraf pusat atau kortek otak.

2.1.3 Gejala

Gejala-gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kategori utama (Vedebeck, 2008) yaitu; (1) Gejala Negatif atau gejala samar, seperti afek datar, tidak memiliki kemauan, rasa tidak nyaman dan menarik diri dari masyarakat. Gejala negatif sering kali menetap sepanjang waktu dan

menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien; (2) Gejala Positif atau gejala nyata; yang mencakup waham, halusinasi dan disorganisasi pikiran, bicara dan perilaku yang tidak teratur. Gejala positif seperti halusinasi dapat dikontrol dengan pengobatan.

2.2 Halusinasi Dan Penatalaksanaannya

2.2.1 Pengertian, tanda dan gejala halusinasi

Halusinasi merupakan suatu keadaan di mana seseorang mengalami perubahan dalam jumlah dan pola dari stimulus yang mendekat disertai dengan suatu pengurangan, berlebih-lebihan, distorsi atau kelainan berespons terhadap setiap stimulus (Townsend, 2005). Halusinasi merupakan keadaan di mana individu atau kelompok mengalami atau berisiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola, atau interpretasi stimulus yang datang. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan seseorang mengalami halusinasi diantaranya panik, isolasi sosial dan stres berat sehingga mengancam ego yang lemah.

Halusinasi menggambarkan karakteristik individu yang meliputi konsentrasi buruk, adanya distorsi pendengaran, perubahan respon terhadap stimulus, gelisah, melaporkan atau menunjukkan perubahan sensori, iritabiliti, disorientasi waktu, tempat dan orang, perubahan kemampuan pemecahan masalah, perubahan perilaku, serta perubahan pola komunikasi (NANDA, 2010). Halusinasi juga dinyatakan sebagai suatu gangguan yang dialami oleh klien dan ditandai dengan perubahan sensori persepsi terhadap rangsangan yang tidak nyata dari lingkungan.

Ada tujuh tipe halusinasi yaitu; (1) halusinasi pendengaran, klien seolah-olah mendengar suara yang sebenarnya tidak ada; (2) halusinasi visual, adalah stimulus penglihatan yang menyebabkan klien seolah-olah melihat sesuatu yang pada kenyataannya tidak ada; (3) halusinasi penciuman, dikarakteristikan klien mencium bau busuk, bau anyir, seperti bau darah;

(4) halusinasi pengecapan, seakan-akan klien merasakan sesuatu seperti rasa tertentu; (5) halusinasi taktil, pegalaman nyeri dan ketidaknyamanan tanpa adanya stimulus; (6) halusinasi sinestetik, dikarakteristikan dengan ungkapan klien yang menyatakan merasakan kerja fungsi tubuh seperti darah yang mengalir dalam tubuh atau perjalanan makanan dalam rongga pencernaan; dan (7) halusinasi kinestetik, adalah perasaan klien yang merasakan pergerakan alam meskipun pergerakan tersebut tidak ada (Stuart & Laraia, 2005).

Berdasarkan tujuh tipe halusinasi yang paling sering muncul pada klien adalah halusinasi pendengaran (Varcarolis, 2000). Pernyataan tersebut terbukti dengan pengalaman peneliti dalam lahan praktik dan pelayanan baik di Rumah Sakit Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor, maupun hasil studi pendahuluan di RSUD Serang, bahwa klien dengan halusinasi, lebih banyak yang mengalami halusinasi pendengaran dan penglihatan.

Menurut prosesnya halusinasi terjadi melalui empat tahapan. Antara lain; (1) Tahap dirasakan oleh klien sebagai pengalaman yang memberi rasa nyaman, dengan perilaku yang sering ditampilkan pada tahapan ini adalah tersenyum atau tertawa sendiri, menggerakkan bibir tanpa suara, pergerakan mata yang cepat, respon verbal lambat, diam, dan berkonsentrasi; (2) Tahap menyalahkan, pada tahap ini dikarakteristikan sebagai pengalaman sensori dan isolasi diri; (3) Tahap mengontrol, perilaku yang ditampilkan pada tahap ini adalah perintah halusinasi dituruti, sulit berhubungan dengan orang lain, dan rentang perhatian hanya beberapa detik; (4) Tahap menguasai, perilaku yang sering dimunculkan pada tahap ini adalah perilaku panik, perilaku mencederai diri sendiri atau orang lain, dan potensial bunuh diri (Stuart & Laraia, 2005). Dari keempat tahap proses halusinasi tersebut jika kita amati dan analisa lebih seksama dari segi akibat yang ditimbulkan, pada tahap ketiga dan keempat merupakan tahapan yang dapat menimbulkan kecemasan tinggi bagi keluarga yang

merawat dan menjadi beban tersendiri bagi klien halusinasi maupun keluarga untuk bisa diatasi.

Klien dengan halusinasi memiliki kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Individu akan mengalami ketidakmampuan mengambil keputusan dalam kehidupannya. Klien menjadi sering bingung terhadap kondisi yang dihadapi sehingga dapat berpengaruh terhadap kualitas kehidupan individu. Individu dengan tahapan akhir halusinasi akan mengalami ketergantungan total dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan memerlukan cinta yang besar dari keluarga.

Anggota keluarga atau sebagai penderita halusinasi yang mempunyai ketergantungan total akan berdampak kepada anggota keluarga lainnya sebagai pemberi perawatan di rumah. Keluarga akan dihadapkan pada rasa bosan dan putus asa karena merawat klien dengan tingkat kekambuhan yang tinggi (Barker, 2003). Hasil penelitian Saunder (1999) mengidentifikasi adanya distress psikologis pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi yang merupakan faktor penting dalam tingkat keberfungsian sistem keluarga. Keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi akan mengalami reaksi emosi terhadap gangguan dan stigma sosial yang ditimbulkan karena halusinasi (Teschinsky, 2000), dengan dampak lainnya. Konsekuensi lainnya yang dirasakan keluarga adalah isolasi sosial akibat stigma terhadap penderita halusinasi, frustrasi, dan beban finansial terutama dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

Kondisi halusinasi dalam perawatan dan pengobatannya bisa dikontrol oleh obat (Videbeck, 2008). Penatalaksanaan terpentingnya adalah bagaimana klien dengan halusinasi tahu manfaat obat, kemudian mau minum obat dan patuh, sehingga mampu mengikuti dan mempertahankan terapinya untuk mengontrol halusinasinya.

2.2.2 Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Klien Halusinasi dengan Regimen Terapeutik Keluarga

2.2.2.1 Karakteristik Perilaku

Data subjektif, (1) Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang mengejek dan menyinggung perasaannya dan membuatnya kesal; (2) Klien mengatakan dirinya sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk memukul dan mencekik orang lain; (3) Klien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya bunuh diri

Data objektif; (1) Klien tampak berbicara dan tertawa sendiri; (2) Klien tampak gelisah; (3) Klien tampak ketakutan; (4) Ansietas; (5) Apatis; (6) Klien bersikap seperti mendengarkan sesuatu (memiringkan kepala ke satu sisi seperti jika seseorang sedang mendengarkan sesuatu); (7) Klien sering berhenti berbicara ditengah-tengah kalimat untuk mendengarkan sesuatu; (8) Disorientasi waktu/tempat/orang; (9) Konsentrasi rendah; (10) Respons tidak sesuai; (11) Kekacauan alur pikir; (12) Pikiran cepat berubah.

2.2.2.2 Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan untuk klien bertujuan supaya klien dapat mengenal dan mengontrol halusinasinya, dengan tindakan keperawatan sebagai berikut; (1) Mengidentifikasi jenis halusinasi klien; (2) Mengidentifikasi isi halusinasi; (3) Mengidentifikasi waktu halusinasi klien; (4) Mengidentifikasi frekuensi halusinasi klien; (5) Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi; (6) Mengidentifikasi respons klien terhadap halusinasi; (7) Mengajarkan klien cara menghardik halusinasi; (8) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain; (9) Melatih klien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan klien di rumah); (10) Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur; (11) Mengajukan dan bersama klien membuat jadwal kegiatan harian untuk latihan mengenal dan mengontrol halusinasi; (12) Mengevaluasi jadwal kegiatan yang sudah dibuat bersama klien.

Tindakan keperawatan untuk keluarga bertujuan supaya keluarga mampu merawat klien dengan halusinasi, melalui tindakan sebagai berikut: (1) Berdiskusi dengan keluarga tentang masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat klien; (2) Menjelaskan tentang masalah halusinasi yang ada pada klien dan dampaknya; (3) Menjelaskan tentang penyebab halusinasi; (4) Berdiskusi dengan keluarga tentang cara merawat klien dengan halusinasi; (5) Membina hubungan saling percaya dengan klien dengan cara bersikap peduli dan tidak ingkar janji; (6) Memberikan semangat dan motivasi kepada klien untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain yaitu dengan tidak mencela kondisi klien dan memberikan dukungan terhadap klien; (7) Memperagakan cara merawat klien dengan halusinasi; (8) Membantu keluarga mempraktekkan cara merawat klien halusinasi yang telah didiskusikan; (9) Menyusun rencana pulang klien bersama keluarga

2.2.3 Karakteristik Keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami Halusinasi

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, 2009), 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.

2.3 Konsep Keluarga

Untuk konsep keluarga berikut akan diuraikan mengenai pengertian keluarga, fungsi keluarga, tugas dan peran keluarga, karakteristik sistem keluarga, subsistem keluarga, dampak stres dan krisis pada sistem keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami masalah halusinasi, dampak disabilitas anggota keluarga yang memiliki masalah halusinasi pada tahap perkembangan keluarga, peran pemberi asuhan keluarga (*caregiver*).

2.3.1 Pengertian Keluarga.

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan, atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lain, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Bailon & Maglaya, 1978 dalam Friedman, 2010). Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga. Secara dinamis individu yang membentuk sebuah keluarga dapat digambarkan sebagai anggota dari kelompok masyarakat yang paling dasar, tinggal bersama dan berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan antar individu (Duvall & Logan, 1986 dalam Friedman, 2010).

Satu keluarga yang sehat akan menghasilkan individu dengan berbagai keterampilan 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 aktifitas/kegiatan yang dihubungkan dengan kehidupan keluarga tempat individu berasal (Varcarolis, 2000).

2.3.2 Fungsi Keluarga.

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga. sedangkan fungsi dasar keluarga adalah untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga itu sendiri dan masyarakat yang lebih luas. Tujuan terpenting yang perlu dipenuhi keluarga adalah menghasilkan anggota baru (fungsi reproduksi) dan melatih individu tersebut menjadi bagian dari anggota masyarakat (fungsi sosialisasi) (Kingsburg & Scanzoni, 1993 dalam Friedman, 2010).

Fungsi keluarga menjadi suatu perhatian ketika kita akan membahas bagaimana kebutuhan dukungan yang dipersepsikan oleh keluarga dengan beban keluarga yang mengalami halusinasi. Adapun fungsi keluarga meliputi; (1) Fungsi afektif, kebahagiaan keluarga diukur oleh kekuatan cinta keluarga (Dufall, 1977 dalam Friedman, 2010). Keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan terhadap kehidupan keluarga; (2) Fungsi sosialisasi, sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat (Leslie & Korman, 1989 dalam Friedman, 2010). Sosialisasi merujuk pada banyaknya pengalaman belajar yang diberikan dalam keluarga yang ditujukan untuk mendidik klien halusinasi tentang cara menjalankan fungsi adaptif dalam lingkungan masyarakat, sehingga klien yang mengalami halusinasi merasa diterima oleh lingkungan sosial; (3) Fungsi reproduksi, salah satu fungsi dasar keluarga adalah untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dan masyarakat, yaitu menyediakan anggota baru untuk masyarakat (Leslie & Korman, 1989 dalam Friedman, 2010); (4) Fungsi ekonomi, fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

Termasuk ke dalam fungsi ekonomi yaitu; (a) mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga; (b) pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga; (c) menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga di masa yang akan datang (pendidikan, dan jaminan hari tua); (4) Fungsi perawatan kesehatan, fungsi peningkatan status kesehatan pada klien dengan halusinasi dipenuhi oleh keluarga yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan, dan perlindungan terhadap munculnya bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga (*caregivers*).

2.3.3 Tugas dan Peran Keluarga.

Beberapa ahli keluarga seringkali mengungkapkan bahwa keluarga sebagai kumpulan peran yang saling berinteraksi dan saling bergantung yang berada dalam keadaan keseimbangan yang dinamis (Turner, 1970 dalam Friedman, 2010).

Sebuah peran didefinisikan sebagai kumpulan dari perilaku yang secara relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran berdasarkan pada pengharapan atau penetapan peran yang membatasi apa saja yang dilakukan oleh individu di dalam situasi tertentu agar memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka (Nye, 1976 dalam Friedman, 2010).

Keluarga yang berhasil, berfungsi dengan baik, bahagia dan kuat tidak hanya seimbang dalam hal memberi 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 (Vaccaro, 2006). Kerjasama antar anggota keluarga sangat dibutuhkan dalam pemecahan masalah bila ada krisis terutama dalam menghadapi klien dengan halusinasi.

2.3.4 Karakteristik Sistem Keluarga.

Sistem adalah totalitas komponen yang terdiri dari sub-sub komponen yang saling berinteraksi, ketergantungan dan saling menentukan antara sub-sub komponen untuk mencapai tujuan yaitu kelangsungan hidup dan

perkembangan sistem tersebut. Sebuah sistem terdiri dari serangkaian unsur yang saling terkait; setiap sistem dikenali sebagai sesuatu yang berbeda dari lingkungan tempatnya muncul. Sistem keluarga termasuk sistem terbuka atau sistem sosial yang hidup, terdiri dari beberapa sub-sub komponen/sistem yaitu pasangan suami-istri, orangtua, anak, kakak-adik (*sibling*), kakek-nenek-cucu dan sebagainya. Semua sistem ini saling berinteraksi, saling ketergantungan dan saling menentukan satu sama lain serta membentuk norma-norma atau ketentuan-ketentuan yang harus ditaati oleh seluruh anggota keluarga tersebut. Biasanya norma ini dapat diturunkan dari generasi ke generasi, sekaligus merupakan saringan dari pengaruh lingkungan pada keluarga tersebut.

Asumsi perspektif sistem yang diterapkan pada sistem keluarga; (1) Sistem keluarga lebih besar dan berbeda dari jumlah bagiannya; (2) Terdapat hierarki dalam sistem keluarga dan antara subsistem (misal ibu-anak) dan keluarga serta komunitas; (3) Terdapat batasan dalam sistem keluarga dan batasan tersebut dapat terbuka, tertutup atau acak; (4) Sistem keluarga mengalami peningkatan kompleksitas sepanjang waktu yang terjadi guna memungkinkan kemampuan adaptasi, toleransi terhadap perubahan dan pertumbuhan melalui diferensiasi yang lebih besar; (5) Sistem keluarga berubah secara konstan sebagai respon terhadap stres dan ketegangan dari lingkungan dari dalam serta stres dan ketegangan dari lingkungan luar. Perubahan di salah satu bagian sistem keluarga mempengaruhi keseluruhan sistem; (6) Hubungan sebab akibat dimodifikasi oleh umpan balik; (7) Pola sistem keluarga berbentuk sirkular dan bukan linier, oleh karena itu perubahan harus diarahkan dalam bentuk siklus; (8) Sistem keluarga adalah suatu keseluruhan yang terorganisir dengan individu dalam keluarga menjadi saling bergantung dan berinteraksi; (9) Sistem keluarga memiliki gambaran homeostasis untuk mempertahankan pola stabil yang dapat bersifat adaptif atau maladaptif.

Perspektif sistem keluarga mendorong perawat untuk melihat keluarga sebagai anggota keluarga yang turut berpartisipasi dalam program perawatan klien dengan halusinasi. Perawat yang menggunakan perspektif ini mengkaji pengaruh kondisi klien halusinasi dengan keterbatasannya, terhadap keseluruhan sistem keluarga dan pengaruh timbal balik keluarga terhadap kondisi halusinasi pada klien anggota keluarga (Wright & Leahey, 2000 dalam Friedman, 2010). Penekanan perspektif ini berfokus pada keseluruhan sistem bukan individu. Intervensi harus berfokus pada subsistem dan seluruh proses serta fungsi keluarga.

2.3.5 Subsistem Keluarga.

Keluarga adalah suatu sistem interaksi emosional yang diatur secara kompleks dalam posisi, peran dan norma yang lebih jauh diatur dalam subsistem di dalam keluarga. Subsistem ini menjadi dasar struktur atau organisasi keluarga.

Sistem keluarga memiliki sebuah batasan, begitu juga dengan setiap subsistem yang bertujuan untuk melindungi perbedaan sistem; bahwa setiap keluarga memiliki perbedaan yang terjadi melalui pertumbuhan dan evolusi subsistem. Setiap subsistem memiliki fungsi spesifik yang kemudian menyebabkan tuntutan khusus pada anggotanya (Friedman, 2010).

2.3.6 Peran pemberi asuhan keluarga (*caregiver*).

Caregiver adalah seseorang dalam keluarga yang memberikan perawatan untuk orang lain yang sakit atau orang yang tidak mampu, bahkan biasanya orang tersebut bergantung pada *caregiver*-nya. *Caregiver* juga dapat didefinisikan sebagai individu yang memberikan perhatian kepada individu lainnya misalnya lansia, individu yang sakit dan individu yang memiliki keterbatasan lainnya dalam berbagai tingkat usia. Seorang *caregiver* bisa berasal dari anggota keluarga, teman, tenaga sukarela, ataupun tenaga profesional yang mendapatkan bayaran. *Caregiver* dapat

bekerja penuh-waktu atau paruh-waktu, tinggal bersama individu yang dibantunya atau tinggal terpisah dari individu yang dibantunya (Friedman, 2010).

Biegel, Sales dan Schultz (dalam Friedman, 2010) merangkum beberapa masalah psikososial yang muncul pada *caregiver* terkait dengan mekanisme koping karena bertambahnya beban dan kebutuhan anggota keluarga yang mengalami keterbatasan. Masalah ini mencakup: koping maladaptif dengan perilaku merusak, keterbatasan aktivitas sosial dan waktu luang, pelanggaran privasi, gangguan pada rutinitas rumah tangga dan pekerjaan, tuntutan peran ganda dan menimbulkan konflik, kurangnya dukungan dan bantuan dari anggota keluarga yang lain, gangguan pada hubungan keluarga, dan kurangnya bantuan dari lembaga pelayanan kesehatan dan lembaga profesional (Friedman, 2010).

Tipe tuntutan *caregiver* yang berbeda berkaitan dengan ketegangan peran yang berbeda. Stresor obyektif atau karakteristik klien yang secara konsisten dikaitkan dengan ketegangan sebagai *caregiver* mencakup keparahan kondisi yang semakin berat, awitan yang tiba-tiba dan perubahan besar pada perilaku klien.

2.4 Dukungan Keluarga bagi Klien Halusinasi

Dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan sosial internal, seperti dukungan dari suami, isteri, atau dukungan dari saudara kandung, dan dapat juga berupa dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti. Dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2010).

House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), menerangkan bahwa keluarga memiliki empat fungsi dukungan, diantaranya:

- 2.4.1 Dukungan Emosional, Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Aspek-aspek dari dukungan emosional meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Dukungan emosional keluarga merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga berupa memberikan perhatian, kasih sayang dan empati. Menurut Friedman (1998) dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, dan saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga (Friedman, 1998).

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik (penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya). Pada klien halusinasi dukungan emosional sangat diperlukan dan akan menjadi faktor sangat penting untuk upaya perawatan dan pengobatan dalam mengontrol masalah halusinasinya.

Dengan demikian dukungan emosional dari keluarga sangat dibutuhkan oleh klien halusinasi yang dapat mempengaruhi status psikososial dan mentalnya yang akan ditunjukkan dengan perubahan perilaku yang diharapkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Hal tersebut tentunya disebabkan karena terjadinya peningkatan perasaan tidak berguna, tidak dihargai, merasa dikucilkan dan kecewa dari klien

halusinasi. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang melalui pengaruhnya terhadap pembentukan emosional.

- 2.4.2 Dukungan informasi, Keluarga berfungsi sebagai sebuah pengumpul dan penyebar informasi. Menjelaskan tentang pemberian saran dan sugesti, informasi yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah. Manfaat dari dukungan ini adalah dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbangkan aksi sugesti yang khusus pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi.

Dukungan informasi merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan klien halusinasi dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Menurut Friedman (1998) dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap klien halusinasi merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap klien halusinasi diantaranya adalah memperkenalkan kepada klien halusinasi tentang kondisi dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat pada klien halusinasi agar klien termotivasi menjaga dan mengontrol kesehatannya.

Pada klien dengan halusinasi cenderung dan sering mengalami masalah kemunduran kognitif, sehingga keadaan ini juga dapat mengakibatkan munculnya rasa pesimis dan putus asa bahkan kepasrahan terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya. Dirasakan penting upaya bantuan informasi (saran, nasehat dan pemberian informasi) bagi klien halusinasi untuk meningkatkan semangat dan motivasi agar dapat meningkatkan status kesehatannya secara optimal.

- 2.4.3 Dukungan instrumental, Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan kongkrit diantaranya: kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat dan terhindarnya penderita dari kelelahan.

Dukungan instrumental keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan klien halusinasi dalam menyampaikan perasaannya. Serta dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Friedman, 1998).

Fungsi ekonomi keluarga merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi semua kebutuhan anggota keluarga termasuk kebutuhan kesehatan anggota keluarga, sedangkan fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga diantaranya adalah merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi dan membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya (Friedman, 1998).

- 2.4.4 Dukungan penilaian, Keluarga bertindak sebagai pemberi umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian.

Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien halusinasi dengan menunjukkan respon positif yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide atau perasaan seseorang. Menurut Friedman (1998) dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap klien halusinasi yang dapat meningkatkan status kesehatan klien

halusinasi. Melalui dukungan penghargaan ini, klien halusinasi akan mendapat pengakuan atas kemampuannya sekecil dan sesederhana apapun.

Dengan demikian dukungan keluarga terhadap klien halusinasi sangat penting dilakukan dalam upaya peningkatan status kesehatan klien halusinasi. Klien bisa semangat dan termotivasi sehingga menjadikan kehidupan klien halusinasi lebih berharga dan berarti serta bermakna bagi keluarganya, dan klien halusinasi akan merasakan bahwa dirinya masih sangat dibutuhkan oleh orang lain khususnya oleh keluarga dimana klien halusinasi tersebut tinggal.

Pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan masalah gangguan halusinasi mempunyai tuntutan pengorbanan ekonomi, sosial dan psikologis yang telah lebih besar daripada keluarga yang normal. Dukungan keluarga pada klien halusinasi dapat diwujudkan dengan adanya upaya perawatan keluarga pada klien halusinasi ini berkaitan erat dengan masalah yang dihadapi oleh klien itu sendiri.

Bila penderita tidak dirawat di institusi rumah sakit, keluarga sangat dibutuhkan untuk menjamin pemberian obat di rumah. Salah satu anggota keluarga harus dapat melakukan hal tersebut dengan baik, juga untuk membawa penderita pada pemeriksaan lanjutan (Depkes RI, 1995). Dengan demikian penatalaksanaan regimen terapeutik keluarga sangat diperlukan untuk masalah klien dengan halusinasi ini.

Sumber dukungan keluarga dimana dukungan keluarga mengacu kepada dukungan yang dipandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Dukungan keluarga dapat berupa dukungan keluarga internal seperti dukungan dari suami atau istri atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan keluarga eksternal (Friedman, 1998).

Manfaat dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 1998).

Wills (1985) dalam Friedman (1998) menyimpulkan bahwa baik efek-efek penyangga (dukungan menahan efek-efek negatif dari stres terhadap kesehatan) dan efek-efek utama (dukungan secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan) pun ditemukan. Sesungguhnya efek-efek penyangga dan utama dari dukungan keluarga terhadap kesehatan dan kesejahteraan boleh jadi berfungsi bersamaan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh, dan pemulihan fungsi kognitif, fisik serta kesehatan emosi (Ryan & Austin dalam Friedman, 1998).

Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga menurut Feiring dan Lewis (1984) dalam Friedman (1998) ada bukti kuat dari hasil penelitian yang menyatakan bahwa keluarga besar dan keluarga kecil secara kualitatif menggambarkan pengalaman-pengalaman perkembangan. Anak-anak yang berasal dari keluarga kecil menerima lebih banyak perhatian daripada anak-anak dari keluarga yang besar. Selain itu dukungan yang diberikan orangtua (khususnya ibu) juga dipengaruhi oleh usia, menurut Friedman (1998) ibu yang masih muda cenderung untuk lebih tidak bisa merasakan atau mengenali kebutuhan anaknya dan juga lebih egosentris dibandingkan ibu-ibu yang lebih tua.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga lainnya adalah kelas sosial ekonomi orangtua. Kelas sosial ekonomi disini meliputi tingkat pendapatan atau pekerjaan orang tua dan tingkat pendidikan. Dalam keluarga

kelas menengah, suatu hubungan yang lebih demokratis dan adil mungkin ada, sementara dalam keluarga kelas bawah, hubungan yang ada lebih otoritas atau otokrasi. Selain itu orang tua dengan kelas sosial menengah mempunyai tingkat dukungan, afeksi dan keterlibatan yang lebih tinggi daripada orang tua dengan kelas sosial bawah.

Dukungan keluarga berhubungan dengan pemberi perawatan dirumah oleh salah satu anggota keluarga berkaitan dengan hal usia menurut Soelaiman (1993) dalam Notoatmodjo (2003), usia yang dianggap optimal dalam memahami dan mengambil keputusan adalah di atas 20 tahun, karena usia di bawah 20 tahun atau kurang dari 20 tahun cenderung dapat mendorong terjadinya kebimbangan dalam memahami dan mengambil keputusan. Demikian usia ini berhubungan dengan seseorang mampu mengambil keputusan menjadi pemberi perawatan bagi klien yang mengalami halusinasi serta mampu mengikuti regimen terapeutik.

2.5 Beban Keluarga yang Mempunyai Klien Halusinasi

Keberadaan stres seperti halnya terjadi pada individu, begitupun dalam sebuah keluarga pada awalnya membantu keluarga untuk memobilisasi sumber-sumbernya dan untuk bekerja guna memecahkan masalah. Stres menyebabkan keseimbangan antara keadaan stabil menjadi berbahaya atau terancam; pada kasus ini anggota keluarga pada awalnya mengeluarkan banyak upaya untuk mendapatkan kembali keseimbangan dalam keluarga. Akan tetapi, jika upaya awal untuk menyelesaikan masalah atau memenuhi tuntutan mengalami kegagalan, stres akan meningkat. Seringkali suatu stressor pada awalnya mempengaruhi individu, diikuti dengan sebuah subsistem dan subsistem yang lain, sampai akhirnya semua subsistem keluarga terpengaruh (*ripple effect*). Walaupun stres dapat dialami oleh semua subsistem, setiap subsistem dapat menoleransi dan menangani stres secara berbeda.

Disabilitas satu anggota keluarga secara signifikan mempengaruhi keluarga dan fungsinya, sebagaimana perilaku keluarga dan anggota keluarga secara

simultan mempengaruhi perjalanan dan karakteristik disabilitas. Berdasarkan asumsi timbal balik, jelas bahwa disabilitas sangat mempengaruhi perkembangan keluarga dan juga anggota keluarga, terutama anggota keluarga yang tidak mampu. Seringkali ketika suatu keluarga terlambat dalam memenuhi tugas perkembangan keluarganya, terdapat interaksi antara tuntutan atau stresor perkembangan dan tuntutan atau stresor situasional dalam keluarga secara berlebihan. Bertambahnya stres keluarga yang diciptakan oleh adanya kedua jenis stressor sering kali menghasilkan rendahnya fungsi keluarga, sementara tugas perkembangan keluarga menjadi terganggu atau terhambat.

Besarnya tugas perkembangan dipengaruhi dan tergantung pada beberapa faktor antara lain: (1) tahap siklus kehidupan keluarga yang dijalani keluarga; (2) anggota keluarga dengan masalah halusinasi membuat perubahan. Faktor lain yang membuat perbedaan dalam dampak disabilitas pada perkembangan keluarga adalah sumber formal dan informal yang dimanfaatkan oleh keluarga. Sistem dukungan keluarga yang baik pada keluarga besar dan teman-teman, serta dukungan psikososial dan kesehatan yang membantu dan kompeten, akan menambah kemampuan keluarga untuk lebih cepat kembali melanjutkan perkembangan.

Ketika suatu keluarga yang salah satu anggota keluarganya disabilitas, misalnya salah satu anggota keluarga mengalami halusinasi, membandingkan tugas perkembangan keluarga yang ideal dalam tahap siklus kehidupan keluarga dengan perilaku aktual keluarga akan sangat berguna. Perbandingan ini berguna dalam mengevaluasi kemungkinan dampak disabilitas pada keluarga.

Keluarga menghadapi situasi penuh stres dan ketegangan karena memiliki anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Situasi penuh stres ini diperberat dengan tuntutan ekonomi akan perawatan anggota keluarga yang mengalami halusinasi tersebut dalam jangka waktu yang tidak singkat dalam

perawatan, kesabaran tinggi dalam menghadapi emosi, kekhawatiran akan perilaku maladaptif dan masa depannya. Situasi-situasi tersebut menimbulkan beban keluarga yang tidak ringan, jika tidak mendapatkan intervensi secara optimal dapat mengantarkan keluarga ke dalam krisis psikologis.

Fontaine (2009) mengatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini dapat menyebabkan meningkatnya stres emosional dan ekonomi dari keluarga. Sebagaimana respon keluarga terhadap berduka dan trauma, keluarga dengan anggota keluarga mengalami halusinasi juga membutuhkan empati dan dukungan dari tenaga kesehatan profesional (Mohr & Regan-Kubinski, 2001 dalam Fontaine, 2009).

Menurut Mohr (2006), ada tiga jenis beban keluarga yaitu:

1. Beban Obyektif, merupakan beban dan hambatan yang dijumpai dalam kehidupan suatu keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Termasuk kedalam beban obyektif adalah: beban biaya finansial untuk perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi.
2. Beban Subyektif, merupakan beban yang berupa distress emosional yang dialami anggota keluarga yang berkaitan dengan tugas merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Termasuk beban subyektif diantaranya: ansietas akan masa depan, sedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal, dan bosan.
3. Beban Iatrogenik, merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan intervensi dan rehabilitasi tidak berjalan sesuai fungsinya. Termasuk dalam beban ini, bagaimana sistem rujukan dan program pendidikan kesehatan.

Sedangkan menurut WHO (2008) mengategorikan beban keluarga dengan klien halusinasi dibagi kedalam dua jenis yaitu:

1. Beban obyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.
2. Beban subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Berdasarkan kedua pendapat mengenai beban keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami halusinasi untuk regimen terapeutik keluarga inefektif, maka penelitian ini akan berupaya mengukur beban keluarga yang terdiri dari beban obyektif dan beban subyektif.

2.6 Kepatuhan Keluarga Klien Halusinasi Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik

Kepatuhan atau ketaatan merupakan suatu derajat keluarga klien halusinasi mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya (Kaplan & Saddock, 1997). Menurut Sackett (1976) dalam Niven (2002) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku keluarga klien halusinasi sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh petugas kesehatan, kepatuhan sebagai suatu tingkatan keluarga klien halusinasi dalam melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau perawat. Berdasarkan dari pengertian di atas dapat dijelaskan bahwa kepatuhan merupakan suatu ketaatan terhadap anjuran dalam melaksanakan suatu terapi atau pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan sesuai dengan ketentuan dan standar.

Perilaku kepatuhan tergantung pada situasi klinis spesifik, sifat alam penyakit dan program pengobatan. Seseorang menjadi tidak taat atau tidak patuh kalau situasinya tidak memungkinkan (Bart, 1994 dalam Niven, 2002). Kondisi yang dapat menurunkan kepatuhan minum obat antara lain: regimen yang

rumit (banyak macam obat yang diberikan), timbul efek samping secara dini dan terus – menerus, efek manfaat yang lambat, bila terapi dihentikan dirasa tidak menimbulkan kekambuhan, klien sulit menerima informasi, masalah finansial atau biaya, terlibat banyak dokter, dan buruknya hubungan dokter dan klien.

Menurut Sarwono (1997) dalam Niven (2002) bahwa perubahan sikap dan perilaku individu diawali dengan proses patuh, identifikasi dan tahap terakhir berupa internalisasi. Pada awalnya individu mematuhi anjuran atau instruksi tanpa kerelaan untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman atau sanksi jika dia tidak patuh atau untuk memperoleh imbalan yang dijanjikan jika dia mematuhi anjuran tersebut. Tahap ini disebut tahap kepatuhan dan biasanya perubahan yang terjadi dalam tahap ini bersifat sementara artinya tindakan ini dilakukan selama masih ada pengawasan. Tetapi begitu pengawasan itu tidaklah perlu berupa kehadiran fisik atau tokoh otoriter, melainkan cukup rasa takut pada ancaman sanksi berlaku, jika individu tidak melakukan tindakan tersebut. Dalam hal ini pengaruh tekanan kelompok sangatlah besar, sehingga individu terpaksa mengikuti tindakan perilaku mayoritas kelompok meskipun sebenarnya dia tidak menyetujuinya. Namun, segera setelah dia keluar dari kelompok tersebut, mungkin sekali perilaku akan berubah menjadi perilaku yang diinginkan sendiri.

Kepatuhan keluarga klien halusinasi yang berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda jenisnya, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*).

Kepatuhan timbul karena keluarga klien halusinasi merasa tertarik atau mengagumi tokoh tersebut sampai ingin menirukan tindakannya tanpa memahami sepenuhnya arti dan manfaat dari tindakan tersebut. Proses ini disebut identifikasi. Meskipun motivasi untuk mengubah perilaku individu

dalam tahap ini lebih baik daripada dalam kekambuhan, namun motivasi ini belum dapat dikaitkan perilaku tersebut dengan nilai-nilai lain dalam hidupnya, sehingga jika ditinggalkan oleh tokoh idolanya itu maka dia merasa tidak perlu lagi melanjutkan perilaku tersebut. Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dimana perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai-nilai lain dari hidupnya.

Ketidakpatuhan adalah keadaan dimana keluarga klien halusinasi berkeinginan untuk memenuhi tetapi ada faktor yang menghalangi ketaatan terhadap nasehat yang berkaitan dengan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan yang dipengaruhi oleh mahalannya biaya pengobatan, transportasi, minat dan psikologis seseorang (Capernito, 2001). Ketidakpatuhan adalah tingkat keluarga klien halusinasi tidak melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau perawat. Ketidakpatuhan sulit dianalisis karena sulit didefinisikan, sulit untuk diukur dan tergantung pada banyak faktor. Kebanyakan studi berkaitan dengan ketaatan minum obat sebagai cara pengobatan, misal tidak minum cukup obat, minum obat terlalu banyak, minum obat tambahan tanpa resep dokter dan sebagainya. Klien yang tidak taat dipandang sebagai orang yang lalai dan masalahnya dipandang sebagai masalah kontrol dan harus mendapat perhatian utama dari keluarga.

Kepatuhan adalah istilah yang menggambarkan penggunaan obat sesuai dengan petunjuk pada resep. Ini mencakup penggunaannya pada waktu yang benar dan mengikuti pembatasan makanan yang berlaku, misalnya biasa minum obat pada pagi dan malam, maka setiap hari harus minum obat pada waktu yang sama. Selain waktu yang sama, obat tersebut juga harus diminum seumur hidup. Bilamana pindah waktu minum atau lupa minum satu hari, maka obat antipsikotik atau halusinasi tidak akan berfungsi dengan optimal untuk mengontrol halusinasinya. Obat yang dikonsumsi masuk ke aliran darah dan diangkut ke seluruh tubuh. Pada saat darah melewati hati dan ginjal, sebagian obat tersebut disaring dan dibuang. Jadi jumlah obat dalam

aliran darah menjadi semakin kecil, sehingga penderita memakainya lagi. Hal tersebut merupakan bagian dari tanggung jawab keluarga klien halusinasi untuk pelaksanaan pengobatan dan perawatan klien dirumah.

Keluarga klien halusinasi sering menemukan masalah dalam regimen terapeutik klien halusinasi. Seperti beberapa obat diserap lebih baik dan masuk ke aliran darah dengan tingkat lebih tinggi, bila tidak ada makanan dalam perut. Obat ini harus dikonsumsi dengan perut kosong. Sementara ada obat lain yang lebih baik masuk ke aliran darah bila perutnya penuh. Obat ini sebaiknya dikonsumsi dengan makan. Dengan beberapa obat pun, makanan tidak penting.

Keluarga klien harus memberikan informasi kepada klien diantaranya klien harus mengetahui petunjuk untuk penggunaan masing-masing obat agar selalu ada cukup obat dalam aliran darah. Petunjuk ini termasuk berapa pil harus digunakan, kapan dan bagaimana. Jika klien melupakan satu dosis, tidak menggunakan dosis penuh atau tidak mengikuti petunjuk tentang makanan, tingkat obat dalam aliran darah dapat menjadi terlalu rendah yang akan menyebabkan kekambuhan gejala seperti halusinasi. Cara terbaik untuk mencegah kekambuhan tersebut adalah dengan kepatuhan terhadap terapi, demikian kepatuhan klien merupakan cermin kepatuhan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik.

Penting bagi keluarga klien untuk mengembangkan rutinitas (kebiasaan) yang dapat membantu klien mengikuti jadwal terapi, yang kadang kala rumit dan mengganggu kegiatan sehari-hari. Kepatuhan dapat sangat sulit dan klien akan membutuhkan dukungan agar menjadi biasa dengan perubahan yang diakibatkannya pada hidup klien. Ini bisa menjadi hal yang paling penting untuk dipertimbangkan waktu klien mulai memakai terapi baru.

Menggalang dukungan dari petugas kesehatan atau teman adalah sangat penting, agar mengingatkan keluarga klien ketika waktu klien harus memakai

obat dan untuk memberikan semangat atau motivasi. Menilai kepatuhan klien secara ketat selama satu minggu. Jika hasilnya tampak kurang baik, klien membutuhkan lebih banyak dukungan yang tersedia. Jika masih ada masalah, klien dapat memahasnya dengan dokter. Jika klien benar - benar tidak dapat mencapai tingkat kepatuhan yang tinggi, mungkin sebaiknya klien berhenti terapi untuk sementara (Alcorn, 2007) dan keluarga klien mengamati resiko kekambuhan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan.

Tidak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya. Ley dan Spelman (1967) dalam Niven (2002) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan pada mereka. Kadang-kadang hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah – istilah medis, dan memberikan banyak instruksi yang harus diingat oleh klien dan keluarganya.

Anderson (1986) dalam Niven (2002) dalam penelitiannya tentang komunikasi dokter dan kliennya di Hongkong, mendapatkan bahwa keluarga klien dan klien yang rata – rata diberi 18 jenis informasi untuk diingat dalam setiap konsultasi, hanya mampu mengingat 31% saja. Ketepatan dalam memberikan informasi secara jelas dan eksplisit terutama sekali penting dalam pemberian antibiotik, karena seringkali keluarga klien tidak mengetahui atau sengaja sepakat dengan klien menghentikan obat setelah gejala yang dirasakan klien hilang bukan saat obat tersebut habis (Haynes et al, 1979 dalam Niven, 2002).

Pendekatan praktis untuk meningkatkan kepatuhan keluarga klien dan klien dalam pengobatan ditemukan oleh DiNicola dan DiMatteo (1984) dalam Niven (2002): (1) Buat instruksi tertulis yang jelas dan mudah diinterpretasikan; (2) Berikan informasi tentang pengobatan sebelum menjelaskan hal-hal lain. Jika seseorang diberi suatu daftar tertulis tentang hal-hal yang harus diingat; (3) Maka akan ada efek keunggulan yaitu mereka

berusaha mengingat hal-hal yang pertama kali tertulis. Efek keunggulan ini telah terbukti mampu menguatkan ingatan tentang informasi-informasi medis. (Ley,1972 dalam Niven, 2002); (4) Instruksi - instruksi harus ditulis dengan bahasa umum (non-medis) dan hal - hal penting perlu ditekankan.

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan keluarga klien serta klien merupakan bagian yang penting dalam menemukan derajat kepatuhan (Niven, 2002). Korsch dan Negrete (1972) dalam Niven (2002) telah mengamati 800 kunjungan orangtua dan anak - anaknya ke rumah sakit anak di Los Angeles. Selama 14 hari mereka mewawancarai ibu - ibu tersebut untuk memastikan apakah ibu - ibu tersebut melaksanakan nasihat - nasihat yang diberikan dokter, dan mereka menemukan bahwa ada kaitan yang erat antara kepuasan ibu terhadap konsultasi dengan seberapa jauh mereka mematuhi nasihat dokter; tidak ada kaitan antara lamanya konsultasi dengan kepuasan ibu.

Derajat dimana seseorang terisolasi dari pendampingan orang lain, isolasi sosial, secara negatif berhubungan dengan kepatuhan (Baekeland & Lundwall, 1975 dalam Niven, 2002). Anggota - anggota jaringan sosial individu seringkali mempengaruhi seseorang dalam mencari pelayanan kesehatan (Niven, 2002).

Keyakinan, Sikap dan Kepribadian menurut Becker et al (1979) dalam Niven (2002) telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Ahli psikologis lain telah melakukan penyelidikan tentang hubungan antara pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Blumental et al (1982) dalam Niven (2002) melakukan sebuah penelitian dan didapatkan hasil bahwa orang-orang yang tidak patuh adalah orang-orang yang lebih mengalami depresi, ansietas, sangat memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian kepada dirinya sendiri. Kekuatan ego yang lemah ditandai dengan kekurangan dalam hal pengendalian diri sendiri dan kurangnya penguasaan terhadap lingkungan.

Pemusatan terhadap diri sendiri dalam lingkungan sosial mengukur tentang bagaimana kenyamanan seseorang berada dalam situasi sosial. Blumenthal et al (1982) dalam Niven (2002) mengatakan bahwa ciri-ciri kepribadian yang disebutkan di atas itu yang menyebabkan seseorang cenderung tidak patuh (*drop out*) dari program pengobatan. Menurut Notoatmodjo (2003), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

Motivasi adalah dorongan untuk melakukan hal yang positif bagi dirinya dan orang lain. Motivasi adalah penggerak tingkah laku ke arah suatu tujuan dengan didasari adanya suatu kebutuhan yang dapat timbul dari dalam individu tersebut, atau dapat diperoleh dari luar dan orang lain atau keluarga (Friedman, 1998 dalam Azwar, 2002).

Biaya pengobatan adalah besarnya biaya yang dikeluarkan oleh seseorang untuk melakukan pengobatan penyakit yang dideritanya. Kemampuan seseorang untuk mengeluarkan biaya pengobatan berbeda-beda. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kemampuan pendapatan ekonomi keluarga. Apabila keadaan ekonomi keluarga berkecukupan, kemungkinan ia dapat mengeluarkan biaya untuk pengobatan penyakitnya dibandingkan dengan keadaan ekonomi keluarga yang serba kekurangan. Kondisi seperti ini dapat mempengaruhi kepatuhan terhadap program pengobatan yang dijalani.

Efek samping adalah dampak dari obat-obatan yang tidak diinginkan. Efek samping yang terjadi terus menerus dapat menyebabkan kendala dalam menjalankan kepatuhan terhadap terapi. Disamping itu, peninjauan sistemik terhadap semua penelitian yang diterbitkan tentang kepatuhan di negara maju

dan berkembang menemukan adanya persamaan kendala pada kepatuhan yang sangat jelas dan faktor pendukung kepatuhan yang baik di antara semua orang di seluruh dunia. Adapun kendala - kendala tersebut antara lain yaitu lupa memakai obat atau terlalu sibuk, takut statusnya terungkap, mengganggu kehidupan sehari - hari atau jauh dari rumah, tidak memahami pengobatan, efek samping yang nyata dan diduga depresi atau keputusasaan, penggunaan narkoba atau alkohol bersamaan, dan tidak percaya dengan obat - obatan (Alcorn, 2007).

Dukungan keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menemukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima (Niven, 2002). Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit (Niven, 2002). Dukungan keluarga penting dalam kepatuhan terhadap regimen terapeutik pada klien halusinasi, karena tidak dapat dilepaskan dalam standar tindakan keperawatan antara intervensi atau implementasi keperawatan terhadap klien dan keluarga.

Dukungan keluarga terhadap regimen terapeutik sampai pada tahap kepatuhan akan secara umum menanggulangi beban keluarga merawat klien halusinasi. Beberapa beban keluarga yang mempengaruhi regimen terapeutik selalu ada dan dalam tingkatan yang berbeda-beda pada setiap keluarga klien, tetapi dengan dukungan keluarga yang optimal serta mencapai kepatuhan yang optimal juga akan mereduksi beban keluarga tersebut.

2.7 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga untuk Mengikuti Regimen Terapeutik pada Klien Halusinasi

Gambaran hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi ini, diaplikasikan kedalam alur teori stress keluarga menurut Hill (1949) dalam Friedman (2010) dengan uraian sebagai berikut:

Kerangka kerja dari teori stress keluarga ini terbagi kedalam dua bagian, yaitu: Bagian pertama proporsi yang berkaitan dengan determinan-determinan krisis keluarga:

A (kejadian dan kesulitan-kesulitan) berinteraksi dengan B (krisis keluarga memenuhi sumber-sumber) berinteraksi dengan C (definisi tentang kejadian yang dibuat oleh keluarga) menghasilkan X (krisis) (Hill, 1965, dalam Friedman, 1998).

Penelitian ini mengaplikasikan bagaimana interaksi antara A (kondisi halusinasi) sebagai suatu kejadian atau peristiwa dan kesulitan-kesulitan dalam keluarga dan dirasakan oleh keluarga, dengan B (dukungan keluarga) sebagai sumber koping keluarga untuk menanggapi stressor kondisi klien halusinasi yang akan berupaya untuk merespon C (beban keluarga), Beban keluarga merupakan salah satu persepsi penilaian keluarga atas stressor yang terjadi yaitu akibat adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Seluruh interaksi ini akan mengeluarkan suatu kenyataan kondisi krisis atau tidak krisis pada keluarga, kondisi ini dapat diketahui dengan perkembangan kepatuhan keluarga dalam mengikuti regimen terapeutik tersebut.

Bagian kedua adalah sebuah pernyataan yang lebih berorientasi pada proses, mengingat jalannya penyesuaian setelah krisis. Hill (1965) menjelaskan bahwa jalannya penyesuaian keluarga setelah sebuah krisis meliputi; (1) periode disorganisasi; (2) sudut pemulihan; (3) reorganisasi dan sebuah tingkat organisasi baru dalam kaitannya dengan berfungsinya keluarga. Harapan dari bagian kedua ini, interaksi dari beberapa bagian ABCX tadi akan menghasilkan suatu penyesuaian atau adaptasi keluarga terhadap kondisi stress yang terjadi.

Berdasarkan teori di atas terlihat kompleksnya keluarga sebagai system. Oleh karena itu dalam kerangka penelitian ini berupaya memfokuskan bagaimana dukungan keluarga oleh *caregivers* berhubungan dengan beban keluarga dalam hal ini beban *caregivers* dalam mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.

Regimen terapeutik merupakan kemampuan untuk mematuhi program terapi yang telah ditentukan baik kualitas maupun kuantitasnya melalui suatu pola pengaturan dan integrasi kedalam keluarga yang memproses program untuk pengobatan penyakit atau gejala sisa dari penyakit yang tidak memuaskan untuk memenuhi tujuan kesehatan yang spesifik (NANDA, 2011). Regimen terapeutik untuk klien halusinasi sangat penting karena halusinasi salah satunya bisa dikontrol dengan obat. Makna dari regimen terapeutik pengobatan ini adalah bagaimana klien halusinasi ini patuh terhadap obat.

Gagal minum obat sesuai program adalah salah satu alasan yang paling sering dikemukakan untuk kekambuhan gejala psikotik dan kembali masuk rumah sakit (Marder, 2000 dalam Videbeck, 2008). Program pengobatan sangat penting untuk keberhasilan terapi pada klien halusinasi. Klien yang berespon baik terhadap antipsikotik dan mempertahankan program pengobatan tersebut dapat menjalani hidup yang relatif normal dengan kambuh hanya sesekali. Klien yang tidak berespon baik terhadap agen antipsikotik dapat menghadapi ide-ide waham dan halusinasi seumur hidup, tanda-tanda negatif dan gangguan yang nyata. Banyak klien yang menemukan diri mereka berada di antara dua hal yang ekstrim ini.

Kepatuhan terhadap program pengobatan menjadi sangat penting karena jelas sekali efek dari ketidak patuhan adalah terjadinya kekambuhan pada klien halusinasi. Peran keluarga berupa dukungan keluarga untuk pelaksanaan regimen terapeutik pada klien halusinasi mempunyai peran penting. Sekitar 70% klien dan 90% keluarga klien mampu untuk mengidentifikasi gejala awal kekambuhan penyakit dan hampir seluruh klien mengetahui ketika gejala penyakit sudah semakin parah (Stuart & Laraia, 2005).

2.8 Peran Perawat Spesialis Keperawatan Jiwa

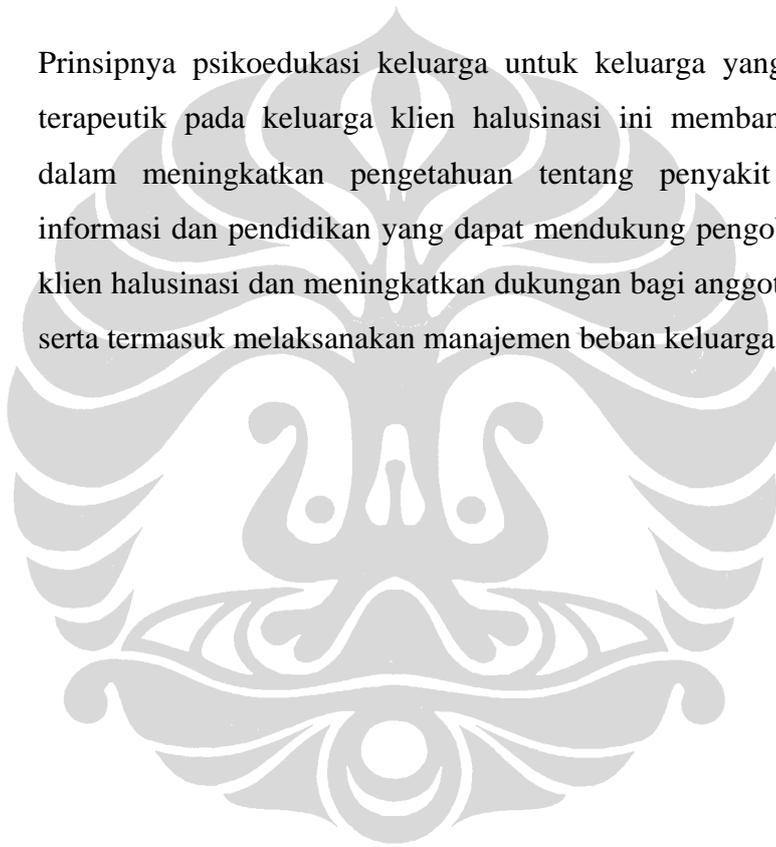
Perawat spesialis keperawatan jiwa mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya menangani masalah kesehatan dan keperawatan jiwa terutama klien dengan halusinasi. Peran tersebut bisa bersifat langsung kepada klien maupun kepada keluarga. Khusus kepada keluarga, peran perawat adalah lebih menitik beratkan mendidik dan melatih keluarga bisa menjadi “pemberi asuhan perawatan” kepada anggota keluarganya yang mengalami halusinasi ini di rumah. Peran pemberi asuhan dalam keluarga atau *caregivers* tentunya yang terlebih dahulu harus diketahui adalah bentuk dukungan keluarga yang ditunjukkan oleh seorang *caregivers* dalam keluarga tersebut (Videbeck, 2008). Oleh karena itu konsep pemberdayaan keluarga perlu diterapkan oleh perawat. Konsep pemberdayaan keluarga yang mencakup kerjasama antara perawat dan keluarga. Perawat juga memberikan informasi kepada klien dan mendukung setiap keputusan yang klien buat (Kohnke, 1982 dalam Videbeck, 2008).

Kolaborasi antara perawat dan keluarga ini menjadi aspek yang sangat penting karena keluarga mempunyai hak dan tanggung jawab dalam memutuskan kesehatan keluarganya. Keterlibatan keluarga menjadi sangat penting, karena perlu dilibatkan pada setiap tindakan keperawatan serta pada pelaksanaannya merupakan penggabungan antara peran perawat dan peran keluarga dalam menyelesaikan masalah (Keliat, 2003).

Peran perawat ini selaras dengan upaya pemberdayaan keluarga, fokus peran perawat spesialis dalam regimen terapeutik pada klien halusinasi adalah peran perawat dalam pemberian terapi psikofarmaka yang mencakup; (1) pengkajian klien; (2) koordinator terapi; (3) pemberi obat pada klien; (4) pemantau efek obat; (5) pendidik tentang obat; (6) pemeliharaan kepatuhan program pengobatan; (7) partisipasi dalam penelitian klinis antar disiplin tentang uji coba obat, dan kewenangan memberikan resep (Keliat, 2003). Bagaimana peran tersebut bisa disampaikan kepada keluarga klien halusinasi tentunya harus melalui peran lain, misalnya peran sebagai pendidik dengan melaksanakan psikoedukasi keluarga.

Psikoedukasi keluarga sendiri merupakan salah satu program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, pendidikan melalui komunikasi yang terapeutik. Program psikoedukasi merupakan pendekatan yang bersifat mendidik dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2005). Sedangkan menurut Carson (2000) psikoedukasi merupakan alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor-faktor resiko yang berhubungan dengan gejala-gejala perilaku.

Prinsipnya psikoedukasi keluarga untuk keluarga yang mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi ini membantu anggota keluarga dalam meningkatkan pengetahuan tentang penyakit melalui pemberian informasi dan pendidikan yang dapat mendukung pengobatan dan rehabilitasi klien halusinasi dan meningkatkan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri serta termasuk melaksanakan manajemen beban keluarga.



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

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

3.1 Kerangka Teori

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

Kerangka teori ini terdiri dari keluarga sebagai sistem terbuka mempunyai peran dan fungsi keluarga dalam melakukan dukungan terhadap salah satu anggota keluarga yang mengalami masalah gangguan jiwa atau skizofrenia. Pada penderita skizofrenia mempunyai gejala positif salah satunya adalah halusinasi (Videbeck, 2008), halusinasi merupakan masalah keperawatan yang kondisi umumnya bisa dikontrol dengan perawatan dan pengobatan atau mengikuti regimen terapeutik.

Program regimen terapeutik merupakan suatu upaya perawatan klien halusinasi oleh keluarga untuk mempertahankan kesinambungan kondisi klien dirumah, dengan demikian diperlukan dukungan keluarga (NANDA, 2010). Dukungan keluarga terhadap klien halusinasi sangat penting untuk mendapatkan perawatan secara optimal ditengah keluarganya.

Pencapaian hal optimal dalam keadaan perawatan klien halusinasi di rumah mau tidak mau akan melibatkan peran serta keluarga dan secara keseluruhan keluarga sebagai sistem yang mempunyai peran dan fungsi kuat bagi setiap anggotanya. Dukungan keluarga menjadi sangat penting dan menjadi faktor utama dalam perawatan klien di rumah. Dukungan keluarga merupakan suatu

respon terhadap beban keluarga dalam merawat klien halusinasi, terutama dalam mempertahankan regimen terapeutik.

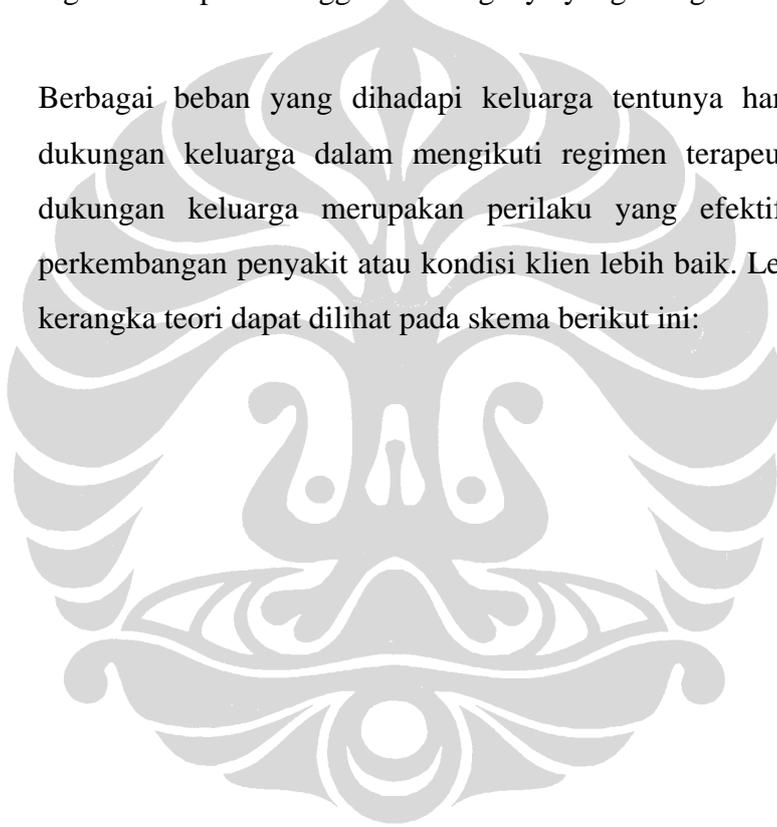
Dukungan dari keluarga mempunyai nilai mendasar dalam pelaksanaan regimen terapeutik pada klien halusinasi. Hal tersebut penting sekali dikarenakan sudah menjadi rahasia umum bahwa keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan halusinasi mendapatkan beban keluarga yang sangat besar dari mulai rasa malu, merasa bersalah, bosan dan hal lain yang makin mempersulit kondisi perkembangan perbaikan klien. Interaksi konsep dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk penatalaksanaan perawatan pada klien halusinasi ini sehingga bisa mengikuti regimen terapeutik dengan patuh.

Kondisi keluarga klien halusinasi mempunyai beban yang cukup berat yang dimulai dengan rasa malu, kebingungan, finansial, sampai penurunan produktivitas dalam keluarga. Sebenarnya cukup sulit mengukur beban keluarga ini, tetapi menurut WHO (2008) membagi beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi dapat ditinjau dari beban subyektif dan beban obyektif.

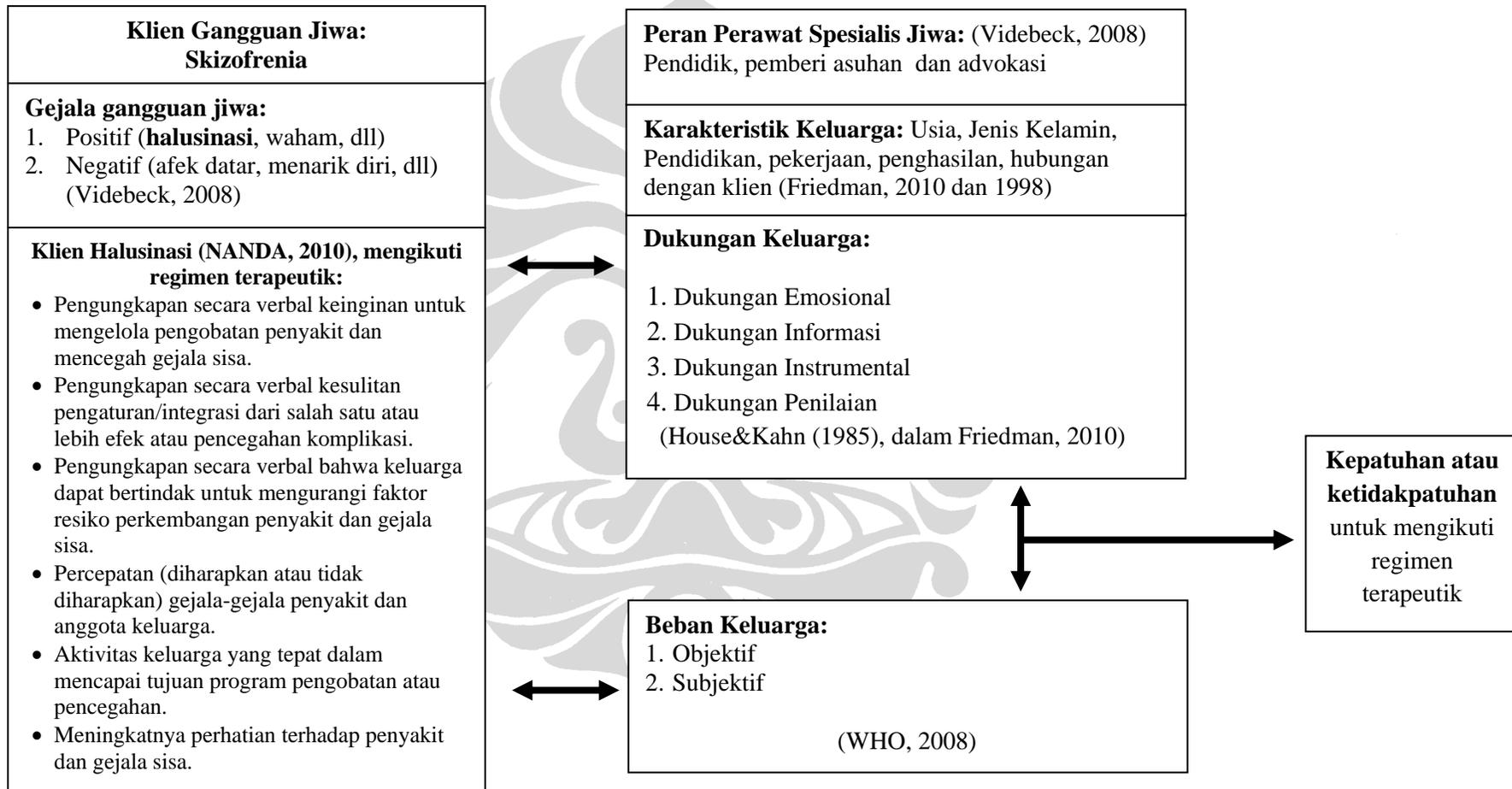
Keadaan keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami halusinasi merupakan suatu stressor tersendiri bagi keluarga. Berdasarkan uraian dari Hill (1949) dalam Friedman (2010) yang mengungkapkan teori stres keluarga, model Hill ini menyatakan bahwa kondisi halusinasi salah satu anggota keluarga merupakan peristiwa pencetus atau stressor bagi keluarga. Halusinasi ini sebagai penyebab stress. Sistem keluarga, kekuatan keluarga atau sumber yang tersedia untuk membantu keluarga dalam menghadapi peristiwa yang menimbulkan stress akan terstimulasi sebagai suatu mekanisme, salah satu di dalamnya adalah munculnya dukungan keluarga. Keluarga akan mendefinisikan mengenai keseriusan peristiwa yang menimbulkan stress atau makna subyektif yang dilekatkan keluarga pada peristiwa tersebut, dalam hal ini adalah beban keluarga.

Secara kerangka teori di dalam keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami masalah halusinasi dipandang sebagai suatu kejadian dan kesulitan dalam keluarga yang akan menstimulasi dan mempengaruhi dukungan keluarga sebagai suatu sumber coping yang akan merespon beban keluarga, dimana beban keluarga sebagai definisi kesulitan yang dipersepsikan oleh keluarga. Akhirnya terjadi interaksi ketiga variabel tersebut sehingga keluarga akan dihadapkan pada situasi patuh atau tidak patuh dalam mengikuti regimen terapeutik anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.

Berbagai beban yang dihadapi keluarga tentunya harus direspon dengan dukungan keluarga dalam mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi, dukungan keluarga merupakan perilaku yang efektif untuk mendukung perkembangan penyakit atau kondisi klien lebih baik. Lebih lanjut bagaimana kerangka teori dapat dilihat pada skema berikut ini:



Skema 3.1
Kerangka teori penelitian



***Diadaptasi dan modifikasi dari Teori Stres Keluarga ABCX (Hill (1949), dalam Friedman (1998 dan 2010))**

3.2 Kerangka Konsep

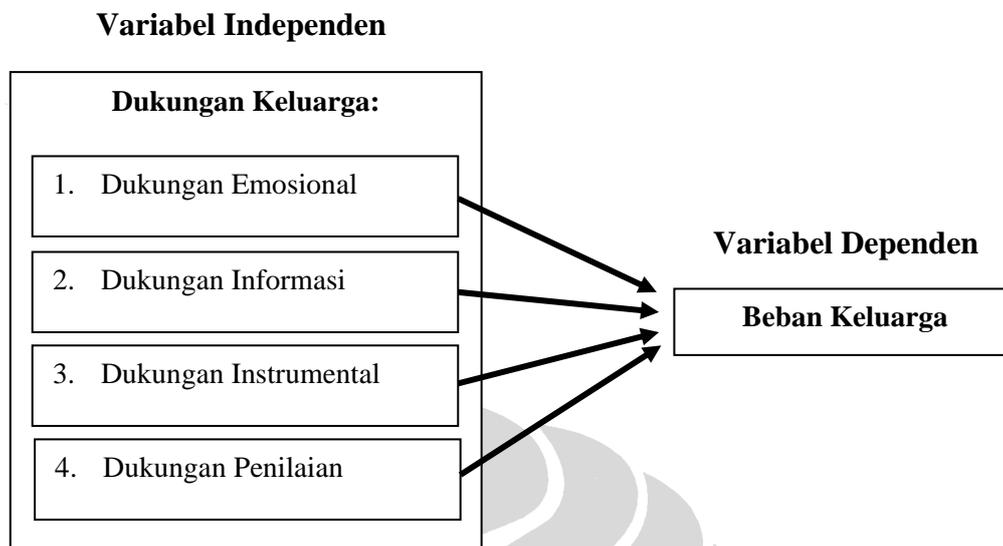
Kerangka konsep penelitian merupakan landasan berpikir untuk melakukan penelitian yang akan dilakukan. Kerangka konsep dikembangkan berdasarkan kerangka teori yang dibahas dalam tinjauan teori. Berdasarkan teori dan konsep yang telah penulis paparkan pada tinjauan teori dapat diambil kesimpulan bahwa penulis tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi ke rumah sakit.

Dukungan keluarga yang dibutuhkan oleh klien yang mengalami masalah halusinasi terdiri dari dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian (House & Kahn, 1985 dalam Friedman, 2010) tentunya diharapkan sangat bermakna untuk klien dengan masalah halusinasi. Walaupun bersamaan dengan dukungan keluarga tersebut, penelitian ini akan mengukur bagaimana beban keluarga yang dialami oleh keluarga dengan klien halusinasi untuk mengikuti regimen terapeutik. Dukungan keluarga merupakan sumber koping keluarga yang diharapkan sangat besar merespon beban keluarga.

Beban keluarga tidak bisa lepas dari keluarga dengan klien halusinasi, beban tersebut terdiri dari beban obyektif dan beban subyektif (WHO, 2008). Diharapkan dukungan keluarga merespon bahkan mereduksi beban keluarga sehingga keluarga tidak mengalami situasi krisis keluarga dalam merawat klien halusinasi terutama mempertahankan untuk mengikuti regimen terapeutik yang ditandai dengan kepatuhan keluarga mengikuti program tersebut.

Interaksi hubungan antara dukungan keluarga dan beban keluarga di sini yaitu dengan tetap mempertahankan dukungan keluarga mengikuti regimen terapeutik dengan membawa berobat jalan dan melakukan perawatan di rumah pada klien halusinasi di RSUD Serang. Untuk lebih jelasnya peneliti tampilkan dalam skema di bawah ini:

Skema 3.2
Kerangka konsep penelitian



3.2.1 Variabel independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga.

Sub variabel independen dalam penelitian ini adalah:

- 1) Dukungan emosional
- 2) Dukungan informasi
- 3) Dukungan instrumental
- 4) Dukungan penilaian

3.2.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah beban keluarga.

3.2.3 Data Demografi Keluarga.

Variabel data demografi keluarga dalam penelitian ini adalah: karakteristik keluarga (Usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, penghasilan dan hubungan dengan klien).

3.3 Hipotesis

3.3.1 Hipotesa Mayor:

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.

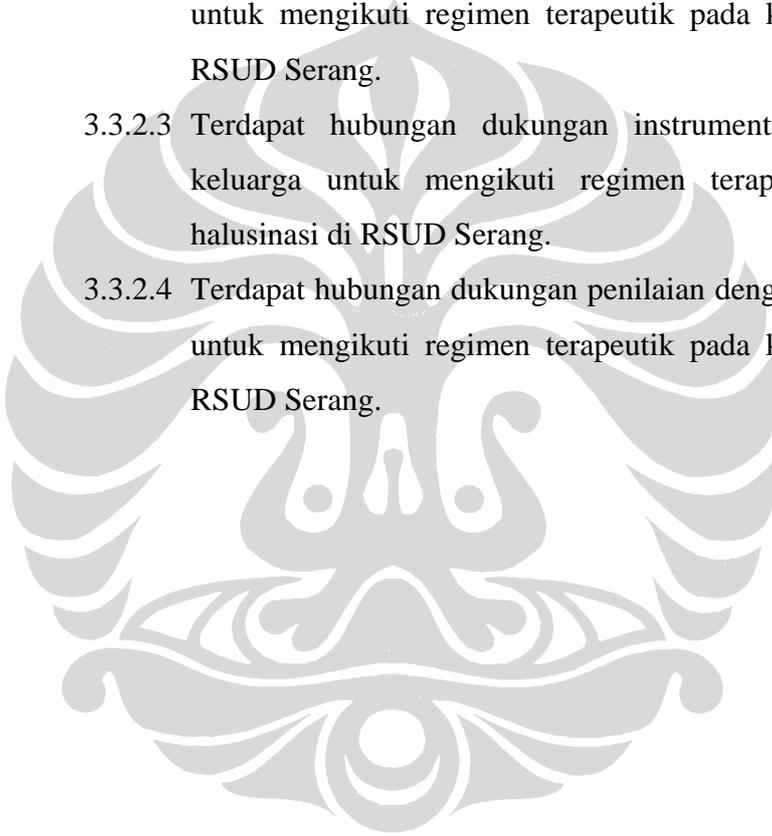
3.3.2 Hipotesa Minor:

3.3.2.1 Terdapat hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi di RSUD Serang.

3.3.2.2 Terdapat hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi di RSUD Serang.

3.3.2.3 Terdapat hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi di RSUD Serang.

3.3.2.4 Terdapat hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi di RSUD Serang.



3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini yang meliputi variabel dependen, variabel independen dan variabel data demografi keluarga tersaji seperti pada tabel 3.1 berikut ini:

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Independen dan
Variabel Dependen

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel independen				
Dukungan keluarga	Komposit dari dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan penghargaan, dan dukungan instrumental keluarga (<i>caregivers</i>), untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	<ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban. - Dinyatakan dalam skala likert. - Membuat <i>scoring</i> dan menghitung skor. 	Nilai skor, dari 24 pernyataan untuk didapatkan mean, median, nilai minimal dan nilai maksimal dalam CI 95%.	Interval
Sub variabel independen				
Dukungan emosional	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap bantuan dukungan emosional yang meliputi penerimaan, perhatian, cinta, empati, dan komitmen, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	<ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban. - Dinyatakan dalam skala likert. - Membuat <i>scoring</i> dan menghitung skor. 	Nilai skor, dari 6 pernyataan untuk didapatkan mean, median, nilai minimal dan nilai maksimal dalam CI 95%.	Interval
Dukungan informasi	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap sejumlah pertanyaan dukungan informasi yang meliputi pemahaman, belajar, bertanya, validasi, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	<ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban. - Dinyatakan dalam skala likert. - Membuat <i>scoring</i> dan menghitung skor. 	Nilai skor, dari 6 pernyataan untuk didapatkan mean, median, nilai minimal dan nilai maksimal dalam CI 95%.	Interval
Dukungan instrumental	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap sejumlah pertanyaan dukungan instrumental yang meliputi sumber,	<ul style="list-style-type: none"> - Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban. - Dinyatakan dalam 	Nilai skor, dari 6 pernyataan untuk didapatkan mean, median, nilai minimal dan nilai maksimal	Interval

	kedekatan, kesediaan waktu, bantuan asuhan, finansial, tugas rumah tangga, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	skala likert. - Membuat <i>scoring</i> dan menghitung skor.	dalam CI 95%.	
Dukungan penilaian	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap sejumlah pertanyaan dukungan penilaian yang meliputi keputusan, kepercayaan, pujian/hadiah, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	- Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban. - Dinyatakan dalam skala likert. - Membuat <i>scoring</i> dan menghitung skor.	Nilai skor, dari 6 pernyataan untuk didapatkan mean, median, nilai minimal dan nilai maksimal dalam CI 95%.	Interval
Variabel Dependen				
Beban Keluarga	Pernyataan beban keluarga (<i>caregivers</i>) terhadap sejumlah pertanyaan yang meliputi: beban obyektif dan beban subyektif.	- Menetapkan bobot untuk setiap pilihan jawaban. - Dinyatakan dalam skala. - Membuat <i>scoring</i> dan menghitung skor.	Nilai skor, dari 13 pernyataan untuk didapatkan mean, median, nilai minimal dan nilai maksimal dalam CI 95%.	Interval
Data Demografi Keluarga				
Usia	Lama hidup responden sampai hari ulang tahun terakhir sampai saat penelitian dilakukan	Instrumen berupa pertanyaan mengenai usia responden	Dinyatakan dalam tahun	Rasio
Jenis kelamin	Kondisi perbedaan gender responden yang dibawa sejak lahir	Instrumen berupa pertanyaan mengenai jenis kelamin responden	Dinyatakan dengan: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditunjukkan dengan kepemilikan ijazah terakhir	Instrumen berupa pertanyaan mengenai pendidikan keluarga Cara ukur: memilih jawaban dengan angka 1-4 yang terdiri dari: 1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. Perguruan tinggi	Dinyatakan dengan: 1 = SD 2 = SLTP 3 = SMU 4 = Perguruan tinggi	Ordinal

Pekerjaan	Kegiatan kepala keluarga yang dapat menghasilkan uang	Instrumen berupa pertanyaan mengenai pekerjaan keluarga Cara ukur: memilih jawaban dengan angka 1-2 yang terdiri dari: 1. Bekerja. 2. Tidak Bekerja.	Dinyatakan dengan: 1 = Tidak bekerja 2 = Bekerja	Nominal
Penghasilan	Keadaan sosial ekonomi dari keluarga klien yang digambarkan dengan penghasilan keluarga dalam sebulan.	Instrumen berupa pertanyaan mengenai penghasilan keluarga dalam sebulan dengan cara mengisi lembar instrumen.	Dinyatakan dalam rupiah	Rasio
Hubungan keluarga dengan klien	Hubungan keluarga dengan klien halusinasi, ditunjukkan dengan adanya ikatan darah.	Instrumen berupa pertanyaan mengenai hubungan keluarga	Dinyatakan dengan hubungan sebagai: 1 = Ayah 2 = Ibu 3 = Anak 4 = Suami 5 = Isteri 6 = Kakak 7 = Adik	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpul data, prosedur pengumpulan data dan analisa data.

4.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah desain penelitian deskriptif korelasional, karena penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan atau menggambarkan hubungan antar variabel. Pada penelitian ini peneliti mencari, menjelaskan dan menguji suatu hubungan berdasarkan teori yang ada (Nursalam, 2003). Penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (independen) yaitu dukungan keluarga yang meliputi sub variabel: dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian dengan variabel terikat (dependen) yaitu beban keluarga.

Pengukuran pada variabel – variabel tersebut hanya dilakukan satu kali pada satu saat, ketika waktu penelitian ini berlangsung saja. Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah pendekatan *cross sectional* yaitu suatu pengukuran atau pengumpulan data variabel bebas dan variabel terikat dilakukan satu kali pada satu saat (Notoatmodjo, 2002).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga klien halusinasi yang datang ke Poli Jiwa RSUD Serang dan bertempat tinggal disekitar wilayah Kabupaten atau Kota Serang. Populasi pada penelitian ini berdasarkan data sekunder rekam medik, register perawatan dan informasi dari perawat Ruang Poli Jiwa RSUD Serang. Keluarga klien halusinasi berjumlah 246

orang yang tercatat pada periode Desember 2010 sampai dengan Februari 2011 (data diambil tiga bulan terakhir sebelum studi pendahuluan 9 Maret 2011).

4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian keluarga klien halusinasi yang paling dominan bersama dan merawat klien halusinasi yang bertempat tinggal di wilayah Kabupaten atau Kota Serang dan memenuhi kriteria inklusi.

Tehnik yang dilakukan peneliti dalam menentukan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yang didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002). Sampel diperoleh dengan menentukan kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian pada populasi target dan populasi terjangkau yang akan diteliti. Adapun kriteria keluarga yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Berusia lebih dari 20 tahun (Soelaiman, 1993 dalam Notoatmodjo 2003).
- b. Terlibat dalam perawatan klien halusinasi sehari-hari (*caregiver*) yang tinggal berdekatan dengan klien selama lebih dari 4 bulan.
- c. Mengantarkan klien halusinasi berobat.
- d. Tidak mengalami gangguan jiwa.
- e. Panca indera berfungsi baik.
- f. Bisa membaca dan menulis, dan bersedia menjadi responden.

Jumlah atau besar sampel yang dijadikan responden pada penelitian ini, sesuai dengan hasil rumus sampel untuk populasi kecil atau kurang dari 10.000 (Notoatmodjo, 2002; Nursalam, 2003) sebagai berikut ini:

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{246}{1 + 246(0.1^2)}$$

$$n = 71 \text{ orang}$$

Keterangan:

N = Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat kepercayaan yang diinginkan (0,1)

Mengantisipasi kemungkinan subyek atau sampel yang terpilih *dropped out* (DO) maka perlu penambahan sejumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus (Sastroasmoro & Ismael, 2002) berikut ini:

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

$$n' = \frac{71}{(1 - 0.1)}$$

$$n' = 79 \text{ orang}$$

Keterangan:

n' = Besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi DO (0.1)

Jadi jumlah sampel minimal pada penelitian ini adalah sejumlah 79 orang responden.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Poli Jiwa RSUD Serang. Alasan pemilihan tempat penelitian ini berdasarkan hasil studi pendahuluan didapatkan beberapa fenomena menarik sebagai awal perlunya dilakukan penelitian di sana, adapun kondisi geografis lokasi penelitian sangat strategis dan mudah dijangkau atau

Universitas Indonesia

dapat dilalui dengan sarana transportasi darat. Selain itu RSUD Serang sebagai rumah sakit daerah yang cukup besar dan tempat rujukan se-Provinsi Banten. Belum pernah dilakukan penelitian hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi. RSUD Serang sangat terbuka dan menerima dengan baik untuk dilakukan beberapa penelitian yang diharapkan hasilnya bisa lebih meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan melakukan persiapan yaitu penyusunan proposal penelitian yang dimulai dari bulan Januari 2011 sampai pertengahan bulan April 2011. Pelaksanaan uji instrumen telah dilaksanakan 16 – 21 Mei 2011 dan pengumpulan data telah dilaksanakan setelah surat ijin dan keputusan komite etik keluar yaitu mulai 24 Mei 2011 sampai 6 Juni 2011. Setelah itu dilanjutkan dengan penyusunan laporan hasil penelitian pada pertengahan bulan Juni 2011, serta pertengahan bulan Juli 2011 menyampaikan hasil penelitian ini.

4.5 Etika Penelitian

Prinsip etika dalam penelitian yang menjadi pertimbangan peneliti (Nursalam, 2003) adalah sebagai berikut:

4.5.1 Prinsip Manfaat

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, tanpa intervensi dan perlakuan, kemanfaatan yang didapat dalam batas perkembangan teoritis dan keilmuan, tetapi memerlukan informasi tepat dari responden. Peneliti akan memberikan penjelasan dan meyakinkan responden bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan mengenai dukungan keluarga dan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi, tidak akan digunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan responden dalam bentuk apapun, selain itu peneliti sangat berhati-hati mempertimbangkan resiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada responden.

4.5.2 Prinsip Menghargai Hak Azasi Manusia

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, responden hanya diminta informasi yang tepat mengenai pernyataan dukungan keluarga dan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi. Penelitian memperlakukan responden secara manusiawi. Responden mempunyai hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi responden atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun. Peneliti memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi pada responden. Memahami dan menerapkan *informed consent*, yaitu menjelaskan kepada responden tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, memberikan kebebasan responden untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu. Peneliti juga meminta tanda tangan responden sebagai bukti bahwa responden bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian ini.

4.5.3 Prinsip Keadilan

Kewajiban dalam melakukan penelitian, peneliti memperlakukan responden secara adil sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi terhadap mereka yang tidak bersedia sebagai responden. Keadilan dalam penelitian ini didapatkan oleh responden juga dengan tidak hanya memberikan data secara bermakna tetapi mendapatkan pengetahuan juga melalui pendidikan kesehatan dan berkonsultasi langsung mengenai cara merawat klien halusinasi dan mengikuti regimen terapeutik dari peneliti setelah responden mengisi dan mengumpulkan kuesioner.

4.5.4 Prinsip Kerahasiaan

Peneliti tidak akan menampilkan identitas responden serta menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dengan cara menggunakan kode responden. Identitas klien hanya ditulis dalam lembar persetujuan sebagai

bukti tanggung jawab kesediaan menjadi responden. Setelah data selesai digunakan akan dimusnahkan dengan cara dibakar, proses pemusnahan ini akan dilakukan kurang lebih dua tahun setelah penelitian ini dilaksanakan.

4.6 Alat Pengumpul Data

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

Instrumen A: merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan hubungan dengan klien.

Instrumen B: merupakan instrumen untuk mengetahui dukungan keluarga. Instrumen yang dipakai berupa pernyataan yang dirancang berdasarkan materi dan substansi dukungan keluarga dari House&Kahn, 1985 dalam Friedman, 2010 yang terdiri dari dukungan emosional (nomor 1,3,5,7,9,11), dukungan informasi (nomor 2,4,6,8,10,12), dukungan instrumental (nomor 13,15,17,19,21,23) dan dukungan penilaian (nomor 14,16,18,20,22,24). Kuesioner ini terdiri dari 24 pernyataan yang diukur dengan skala Likert (0-3) dengan nilai pernyataan yang *favourable*: 3 = selalu, 2 = sering, 1 = jarang, dan 0 = tidak pernah, berdasarkan skala tersebut skor yang bisa dicapai responden adalah minimal 0 sampai dengan maksimal 72.

Instrumen C: merupakan instrumen untuk mengetahui beban keluarga klien halusinasi. Instrumen yang dipakai berupa pernyataan yang dirancang berdasarkan materi dan substansi beban keluarga dari WHO (2008), yang terdiri dari beban subyektif (nomor 1,3,4,6,7,11,12) dan beban obyektif (2,5,8,9,10,13) serta diadaptasi dari *Caregivers strain index* (CSI). Kuesioner ini terdiri dari 13 pernyataan diukur menggunakan skala (0-2) dengan nilai pernyataan 2 = ya (dalam kebiasaan), 1 = ya (kadang-kadang), dan 0 = tidak, berdasarkan skala ukur tersebut rentang skor yang bisa diperoleh responden adalah minimal 0 sampai dengan maksimal 26.

4.7 Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen telah dilakukan sebelum melaksanakan pengumpulan data penelitian. Uji coba telah dilakukan terhadap 30 orang responden di Poli Jiwa RSUD Kabupaten Lebak yang memenuhi kriteria inklusi responden. Alasan pemilihan lokasi tersebut untuk uji instrumen yaitu: keluarga klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik di Poli Jiwa RSUD Kabupaten Lebak mempunyai karakteristik relatif sama dengan keluarga klien di RSUD Serang dan dengan mempertimbangkan karakteristik yang hampir memenuhi kriteria inklusi responden serta masih dalam lingkungan wilayah Provinsi Banten, tetapi tidak digunakan dalam penelitian.

Instrumen penelitian yang digunakan merupakan alat yang dipakai untuk mengumpulkan data berupa lembar kuesioner penelitian. Instrumen ini meliputi kuesioner A yang berisi data demografi responden dan kuesioner B yang berisi pernyataan tentang dukungan keluarga serta kuesioner C yang berisi pernyataan tentang beban keluarga. Instrumen penelitian ini terlebih dahulu telah dikonsultasikan dengan pembimbing yang merupakan pakar Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan telah diuji terhadap tingkat validitas reliabilitasnya.

Validitas berarti sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Untuk mengetahui validitas suatu instrumen (kuesioner) dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan hasil valid apabila nilai r_{hasil} (kolom *corrected item - total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r_{tabel} (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas terhadap instrumen B untuk pernyataan dukungan keluarga dari 24 pernyataan mempunyai nilai r_{hasil} (0,391 sampai dengan 0,772), dapat dipastikan nilai r_{tabel} diatas atau lebih besar dari r_{tabel} (0,361). Masing-masing pernyataan atau variabel dibandingkan nilai r_{hasil} dengan nilai r_{tabel} , ternyata

r_{hasil} lebih besar dari r_{tabel} maka pernyataan dukungan keluarga tersebut valid. Sedangkan instrumen C untuk pernyataan beban keluarga dari 13 pernyataan mempunyai nilai r_{hasil} (0,460 sampai dengan 0,765), dapat dipastikan juga r_{hasil} diatas atau lebih besar dari r_{tabel} (0,361), sehingga r_{hasil} lebih besar dari r_{tabel} , maka pernyataan beban keluarga tersebut valid.

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila nilai *cronbach's coefficient-alpha* besar dari nilai koefisien *alpha* tabel. Selain itu uji instrumen ini dilakukan agar peneliti terkondisikan dengan proses pengumpulan data yang diperlukan untuk penelitian yang sebenarnya.

Hasil uji reliabilitas instrumen B untuk dukungan keluarga dengan nilai *r Alpha* (0,928) lebih besar dibandingkan dengan nilai r_{tabel} (0,361), maka 24 pernyataan mengenai dukungan keluarga tersebut dinyatakan reliabel. Sedangkan instrumen C untuk beban keluarga dengan nilai *r Alpha* (0,907) lebih besar dibandingkan dengan nilai r_{tabel} (0,361), maka 13 pernyataan mengenai beban keluarga tersebut dinyatakan reliabel.

4.8 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data penelitian ini dilaksanakan dengan terlebih dahulu mengajukan uji etik ke Komite Etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Bukti lolos uji etik terbit pada tanggal 23 Mei 2011, penelitian secara etik sudah bisa dilaksanakan. Selanjutnya mendapatkan ijin untuk uji instrumen pada tanggal 11 Mei 2011 dari RSUD Kabupaten Lebak, ijin penelitian dari RSUD Serang yang terbit tanggal 4 Mei 2011 dan pelaksanaan penelitian dimulai pada tanggal 24 Mei 2011 sampai dengan 6

Juni 2011. Atas diperkenalkannya untuk melakukan penelitian berdasarkan ijin-ijin tersebut maka proses pengumpulan data segera dilaksanakan.

Proses pengumpulan data selanjutnya adalah membina hubungan kepercayaan dan penjelasan maksud penelitian kepada kepala Poli Jiwa RSUD Serang beserta staf. Setelah diterima dengan baik segera menyusun strategi alur penerimaan responden dengan alur sebagai berikut: (1) Menyeleksi terlebih dahulu dengan melakukan pengkajian untuk menemukan klien halusinasi yang kemudian keluarganya dipilih menjadi responden; (2) responden dipanggil satu persatu untuk diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan menandatangani lembar persetujuan setelah responden menyatakan memahami maksud penelitian dan bersedia menjadi responden; (3) Responden diberikan kuesioner dan dipersilahkan untuk mengisinya diruangan yang telah disediakan disekitar Poli Jiwa dan diberikan kesempatan bertanya jika ada hal yang kurang jelas; (4) responden setelah selesai mengisi kuesioner dipersilahkan mengumpulkannya dan selanjutnya diberikan pendidikan kesehatan terkait dengan perawatan klien halusinasi.

4.9 Manajemen Data dan Analisa Data

4.9.1 Manajemen Data

Manajemen data pada penelitian ini dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- a. *Data Editing*, menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Setelah responden mengisi kuesioner dilakukan pengecekan jawaban yang ada sudah terisi semua, relevan dan konsisten.

- b. *Data Coding*, peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah diedit data kemudian diberi kode. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan untuk jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan dan hubungan dengan klien dilakukan pengkategorian data.

- c. *Data Entry*, memproses data untuk keperluan analisa. Kegiatan memproses data dilakukan dengan memasukkan data dari kuesioner dalam bentuk kode ke komputer. Kemudian data yang sudah ada diproses dengan komputer.
- d. *Data Cleaning*, kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data kekomputer. Setelah data didapat dilakukan pengecekan lagi apakah data ada kesalahan atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data siap dianalisis.

4.9.2 Analisis Data

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Analisis univariat bertujuan untuk melihat mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *confident interval* (CI 95%) untuk data numerik dan melihat distribusi frekuensi dan proporsi untuk data kategorik.

Analisis data numerik mengenai karakteristik responden yaitu usia dan penghasilan responden dilakukan sentral tendensi untuk mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal, dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Analisis untuk data katagorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien, dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi dan proporsi. Analisis univariat juga dilakukan untuk mengetahui dukungan keluarga (dukungan emosional,

dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian), dan beban keluarga untuk mendapatkan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal dengan *confident interval* (CI 95%).

4.9.2.2 Analisa Bivariat

Analisa ini bertujuan untuk melihat adanya hubungan antara variabel independen yaitu dukungan keluarga dengan variabel dependen yaitu beban keluarga, karena kedua variabel tersebut berjenis numerik. Maka pada penelitian ini digunakan uji korelasi dan analisis regresi linier. Hal tersebut dilakukan dengan dasar, hubungan antara dua variabel numerik dapat dihasilkan dua jenis, yaitu derajat atau keeratan hubungan, digunakan korelasi. Sedangkan untuk mengetahui bentuk hubungan antara dua variabel tersebut digunakan analisis korelasi Pearson (Hastono, 2007).

Tabel 4.1
Analisis bivariat variabel penelitian

A. Analisis Bivariat			
No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Dukungan emosional (skala rasio)	Beban keluarga (skala rasio)	Korelasi Pearson
2	Dukungan informasi (skala rasio)	Beban keluarga (skala rasio)	Korelasi Pearson
3	Dukungan instrumental (skala rasio)	Beban keluarga (skala rasio)	Korelasi Pearson
4	Dukungan penilaian (skala rasio)	Beban keluarga (skala rasio)	Korelasi Pearson

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini berasal dari analisa data setelah pengambilan data melalui kuesioner dari responden di Poli Jiwa RSUD Serang, mulai tanggal 24 Mei 2011 sampai dengan 6 Juni 2011. Berupa gambaran dukungan keluarga, beban keluarga dan hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di Poli Jiwa RSUD Serang. Diuraikan pada tabel penyajian hasil dan interpretasinya sebagai berikut:

5.1 Gambaran karakteristik keluarga (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan dengan klien) klien halusinasi di RSUD Serang

Bagian ini menyajikan distribusi responden berdasarkan karakteristik keluarga yang terdiri dari jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien yang berskala kategorik, serta usia dan penghasilan yang berskala numerik:

a. **Karakteristik (variabel) berskala kategorik.**

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien, disajikan pada tabel 5.1 berikut ini:

Tabel 5.1

Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan hubungan dengan klien pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011 (N=79)

Kategori	Frekuensi	Persentase
Jenis kelamin		
a. Laki-laki	32	40,5%
b. Perempuan	47	59,5%
Tingkat pendidikan		
a. SD	19	24,1%
b. SLTP	12	15,2%
c. SMU	41	51,9%
d. Perguruan tinggi	7	8,9%
Pekerjaan		
a. Tidak bekerja	29	36,7%
b. Bekerja	50	63,3%
Hubungan dengan klien		
a. Ayah	17	21,5%
b. Ibu	35	44,3%
c. Anak	6	7,6%
d. Suami	1	1,3%
e. Istri	1	1,3%
f. Kakak	8	10,1%
g. Adik	11	13,9%

Berdasarkan tabel 5.1 di atas, maka hasil penelitian dari seluruh responden (79 orang), sebagian (59,5%) berjenis kelamin perempuan, sebagian (51,9%) berpendidikan SMU, sebagian (63,3%) bekerja, dan sebagian (44,3%) mempunyai hubungan dengan klien sebagai ibu.

b. Karakteristik (variabel) berskala numerik.

Karakteristik responden berdasarkan usia dan penghasilan pada keluarga klien halusinasi disajikan pada tabel 5.2 berikut ini:

Tabel 5.2

Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia dan penghasilan pada Keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011(N=79)

Variabel	Mean	Median	SD	Minimum-Maksimum	95%CI
Usia	42,56	42	12,76	22 - 75	37,70 – 45,42
Penghasilan	1.605.316,46	1.200.000	1.026.983,18	500.000 – 6.000.000	1.375.285 – 1.835.348

Berdasarkan tabel 5.2 di atas, hasil penelitian dari seluruh responden (79 orang) didapatkan rata-rata usia responden 42,56 tahun. Usia rata-rata tersebut termasuk ke dalam usia dewasa menengah. Sedangkan rata-rata penghasilan keluarga Rp.1.605.316,46,-. Secara rata-rata besar penghasilan tersebut berada di atas UMR Kabupaten dan Kota Serang yaitu Rp.1.050.000,- (berdasarkan SK Gubernur Banten tahun 2011).

5.2 Gambaran dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian) untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Distribusi nilai dukungan keluarga hasil penelitian dapat disajikan pada tabel 5.3 sebagai berikut:

Tabel 5.3

Distribusi dukungan keluarga (dukungan emosional, informasi, instrumental, dan penilaian) untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011(N=79)

Variabel	Mean	Median	SD	Minimum - Maksimum	95% CI
Dukungan emosional	11,46	10	3,96	3 – 18	10,57 – 12,34
Dukungan informasi	11,24	12	3,83	4 – 17	10,38 – 12,10
Dukungan instrumental	10	9	3,88	4 – 8	9,13 – 10,87
Dukungan penilaian	11,42	12	4,01	3 – 18	10,53 – 12,32
Total dukungan keluarga	44,11	45	12,1	24 - 65	41,40 – 46,82

Berdasarkan tabel 5.3 hasil penelitian dari seluruh responden (79 orang) dapat digambarkan bahwa komposit dukungan keluarga mempunyai nilai rata-rata 44,11 (95% CI: 41,40 – 46,82), dengan nilai dukungan terendah 24 dan tertinggi 65 (pada skala skor 0-72), dengan dukungan emosional, informasi, instrumental dan penilaian mempunyai nilai rata-rata yang setara. Nilai dukungan keluarga tersebut menunjukkan dukungan keluarga berada pada posisi sedang yaitu sedikit di atas nilai tengah dengan kontribusi tiap sub variabel dukungan yang merata.

5.3 Gambaran beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Distribusi beban keluarga dari hasil penelitian disajikan berdasarkan nilai skor beban keluarga yang didapatkan pada tabel 5.4 berikut ini:

Tabel 5.4

Distribusi beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011(N=79)

Variabel	Mean	Median	SD	Minimum - Maksimum	95% CI
Beban keluarga	15,18	17,00	5,44	4 - 24	13,96 – 16,40

Berdasarkan tabel 5.5 di atas, maka hasil penelitian dari seluruh responden (79 orang) didapatkan nilai beban keluarga rata-rata 15,18 (95% CI: 13,96 – 16,40), dengan nilai terendah 4 dan nilai tertinggi 24 (pada skala skor 0-26). Nilai rata-rata beban keluarga tersebut berada pada kondisi sedang, menunjukkan bahwa beban keluarga berupa beban obyektif dan beban subyektif masih dalam kondisi bisa dirasakan oleh keluarga.

5.4 Hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang

Hasil analisis hubungan antara dukungan emosional dengan beban keluarga, disajikan pada tabel 5.5 berikut ini:

Tabel 5.5

Hubungan dukungan emosional terhadap beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011 (N=79)

Variabel	r	p value	N
Dukungan emosional	-0,671	0,0005	79

Berdasarkan tabel 5.5 di atas dengan nilai $r = -0,671$ dapat disimpulkan hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan emosional semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada

hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan menerima kondisi klien, turut merasakan kesulitan klien, tekad untuk selalu mendampingi, merasakan masalah bersama, menjaga perasaan klien, serta membantu klien dengan tulus dan ikhlas, dirasakan dapat semakin mengurangi beban keluarga.

5.5 Hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Berikut disajikan hasil analisis hubungan antara dukungan informasi dengan beban keluarga, disajikan pada tabel 5.6 berikut ini:

Tabel 5.6
Hubungan dukungan informasi terhadap beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011 (79)

Variabel	r	p _{value}	N
Dukungan informasi	-0,539	0,0005	79

Berdasarkan tabel 5.6 di atas dengan nilai $r = -0,539$ dapat disimpulkan hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan informasional semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasi dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Hal tersebut menunjukkan dengan melatih cara menjaga kebersihan diri klien, menceritakan perkembangan perawatan dan pengobatan klien, menjelaskan bagaimana belajar mengatasi masalah, menjelaskan pentingnya minum obat, mendampingi klien ketika dilakukan pemeriksaan dan menjelaskan kepada klien bagaimana minum obat yang benar, akan dirasakan semakin mengurangi beban keluarga.

5.6 Hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Berikut disajikan hasil analisis hubungan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga, disajikan pada tabel 5.7 berikut ini:

Tabel 5.7

Hubungan dukungan instrumental terhadap beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011(N=79)

Variabel	r	p value	N
Dukungan instrumental	-0,728	0,0005	79

Berdasarkan tabel 5.7 di atas dengan nilai $r = -0,728$ dapat disimpulkan hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan instrumental semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Hal tersebut menyatakan bahwa dengan merasa turut bertanggung jawab atas perawatan klien, membantu klien untuk mandi, melatih klien untuk beraktivitas, membantu klien minum obat, membimbing dan melatih kegiatan sehari-hari di rumah, serta membimbing klien untuk segera berobat jalan jika menunjukkan tanda kekambuhan, akan dirasakan semakin menurunkan beban keluarga.

5.7 Hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Berikut disajikan hasil analisis hubungan antara dukungan penilaian dengan beban keluarga, disajikan pada tabel 5.8 berikut ini:

Tabel 5.8
Hubungan dukungan penilaian terhadap beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien Halusinasi di RSUD Serang tahun 2011 (N=79)

Variabel	r	p value	N
Dukungan penilaian	-0,619	0,0005	79

Berdasarkan tabel 5.8 di atas dengan nilai $r = -0,619$ dapat disimpulkan hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan penilaian semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan penilaian dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan mengikutsertakan klien dalam memutuskan atas kesadaran dirinya untuk patuh minum obat, memberikan kepercayaan kepada klien untuk beraktivitas di luar rumah, memberikan pujian ketika klien mampu melakukan hal positif, memberikan pujian atas hasil kerja klien yang positif, memberikan kepercayaan bahwa klien mampu melakukan pekerjaan sehari-hari dengan baik serta mengakui hasil kerja yang telah dilakukan klien, dirasakan semakin menurunkan beban keluarga.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas mengenai hasil penelitian yang didapat dan dibandingkan dengan literatur serta hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini, serta bagian akhir bab ini juga menyajikan implikasi penelitian untuk keperawatan. Hal-hal yang dijelaskan adalah hasil penelitian pada hubungan satu variabel independen yaitu dukungan keluarga dengan empat sub variabelnya yaitu dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian, terhadap variabel dependen yaitu beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.

6.1 Interpretasi dan Diskusi hasil

Interpretasi hasil penelitian dimulai dari pembahasan hasil analisa univariat variabel independen dan variabel dependen, dilanjutkan pembahasan hasil analisa bivariat yaitu hubungan variabel independen dengan variabel dependen.

6.1.1 Karakteristik keluarga klien halusinasi yang sedang mengikuti regimen terapeutik di RSUD Serang Tahun 2011

Uraian mengenai karakteristik keluarga klien halusinasi yang sedang mengikuti regimen terapeutik di RSUD Serang Tahun 2011 yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan hubungan dengan klien, adalah sebagai berikut:

6.1.1.1 Usia.

Hasil penelitian didapatkan usia rata-rata keluarga klien halusinasi 42,56 tahun. Usia rata – rata 42,56 tahun, termasuk kedalam usia dewasa muda. Usia keluarga klien halusinasi ini tampaknya merupakan usia yang cukup matang dalam pengalaman hidup dan kematangan jiwanya untuk mengantarkan dan mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi

dengan peranan sebagai *caregivers*. Usia berhubungan dengan keputusan untuk menggunakan pelayanan kesehatan jiwa dimana semakin bertambah usia seseorang maka semakin besar kepercayaannya untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan terutama dalam keluarga adalah berhubungan dengan kematangan untuk memperhatikan anggota keluarga lain yang butuh pertolongan kesehatan.

Penelitian Magliano mendukung penelitian Sari (2009), dimana dengan rata-rata usia keluarga 50,3 tahun dan mayoritas adalah orangtua klien (ibu atau ayah). Tentunya berbeda hasil penelitian ini dengan hasil penelitian dua orang tersebut, usia pada hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata dalam kelompok dewasa muda yang cukup matang berperan sebagai pemberi perawatan dirumah. Hal tersebut seiring dengan kondisi bahwa puncak usia berada pada kelompok usia 25 dan 44 tahun, dan akan semakin menurun seiring pertambahan usia (Stuart & Larai, 2005). Sehingga dalam memberikan dukungan keluarga bisa cukup optimal, dan memahami beban keluarga masih seimbang dengan kemampuan fisik dan psikologisnya.

6.1.1.2 Jenis kelamin

Keluarga klien halusinasi ini yang berperan sebagai *caregivers*, dari hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar (59.5%) berjenis kelamin perempuan. Hal ini seiring dengan pendapat Robinson (1998) dalam Friedman (2010) kondisi dimana anggota keluarga khususnya perempuan, memang memainkan peran penting sebagai *caregiver* primer pada klien. Dimana perempuan terutama yang berperan sebagai seorang ibu, rata-rata mempunyai ketelatenan dan dasar naluri dalam merawat keluarga atau anggota keluarga yang sakit.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Szmukler et al (1996), Joyce et al (2003) dalam Sari (2009) serta penelitian Sari (2009) sendiri, yang menyatakan bahwa tingkat beban keluarga lebih tergantung kepada

pengalaman *caregiver* dalam merawat dan tidak memandang apakah *caregivers* tersebut berjenis kelamin laki-laki atau perempuan. Pengalaman tersebut terkonseptualisasi sebagai sikap individu yang berhubungan dengan perannya dalam keluarga.

6.1.1.3 Pendidikan.

Sebagian besar (51.9%) keluarga klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik berpendidikan SMU. Pendidikan lebih bermakna daripada tingkat penghasilan dalam menentukan fasilitas kesehatan (Stuart & Larai, 2005), Menurut undang-undang sisdiknas SMU termasuk kedalam pendidikan menengah tinggi, sehingga pendapat bahwa pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dalam menghadapi masalah untuk berperan sebagai *caregivers*, pendidikan SMU tersebut dirasakan cukup bermakna untuk menentukan penggunaan fasilitas kesehatan, terutama untuk mengikuti regimen terapeutik.

Tingkat pendidikan keluarga yang terkategori tinggi berhubungan dengan kemampuan pengetahuan mereka dalam menggunakan dan memilih fasilitas kesehatan yang tepat dalam mengobati dan merawat klien halusinasi dan mengikuti regimen terapeutik, sehingga bisa mengurangi beban keluarga karena lebih cepat dan tepat dalam mendapatkan bantuan dari petugas kesehatan.

6.1.1.4 Pekerjaan.

Hasil penelitian memperlihatkan hasil bahwa keluarga klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik sebagian besar (63.3%) bekerja, Secara umum pekerjaan ini berhubungan dengan dukungan dan beban keluarga dengan pertimbangan bahwa berperan sebagai *caregivers* anggota keluarga yang mengalami halusinasi untuk mengikuti regimen terapeutik tentunya memerlukan waktu luang yang cukup, sehingga bagaimana mengatur antara bekerja dengan peran tersebut.

Penelitian Wardaningsih (2007) serta Sari (2009), yang menyatakan tidak adanya hubungan antara pekerjaan dengan beban keluarga. Menurut peneliti kondisi ini terjadi pada keluarga klien halusinasi yang sedang mengikuti regimen terapeutik ini dikarenakan, dengan jenis pekerjaan yang paling dominan adalah wiraswasta. Sehingga aspek pekerjaan tersebut cukup mendukung tersedianya waktu untuk keluarga klien halusinasi dalam mengikuti regimen terapeutik dan bahkan membawa aspek positif dengan mengajak klien mengikuti aktivitas pekerjaannya tersebut.

6.1.1.5 Penghasilan.

Rata-rata penghasilan keluarga Rp.1.605.316,46,-. Rata-rata penghasilan ini tergolong cukup tinggi karena berada di atas UMR Kabupaten dan Kota Serang sebesar Rp.1.050.000,-. Namun demikian dengan penghasilan terendah Rp.500.000,- dan penghasilan tertinggi Rp.6.000.000,-, penghasilan terbesar tersebut menutupi angka rata-rata penghasilan yang rendah.

Penghasilan merupakan sebuah faktor resiko yang sangat menentukan dalam mencari fasilitas kesehatan jiwa, faktor penghasilan rendah bisa menjadi penyebab kekambuhan karena keluarga tidak sanggup mematuhi regimen terapeutik klien halusinasi untuk tetap mendapat perawatan kesehatannya. Hal tersebut dimungkinkan karena dengan mengikuti regimen terapeutik di rumah sakit, keluarga klien halusinasi ini ternyata sudah mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan termasuk program pemerintah yang berhubungan dengan jaminan pemeliharaan kesehatan yang sudah cukup lebih mudah mereka dapatkan. Oleh karena itu dapat dirasakan kurang berartinya penghasilan keluarga ini terhadap beban keluarga.

6.1.1.6 Hubungan dengan klien.

Hubungan keluarga dengan klien didapatkan bahwa sebagian besar (44.3%) mempunyai hubungan dengan klien sebagai ibu atau orangtua. Peran sebagai ibu mempunyai hubungan emosional yang cukup erat dalam keluarga, hal ini merupakan dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari ayah atau ibu, suami atau istri, atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan keluarga eksternal (Friedman, 1998).

Hasil penelitian Sari (2009) dan Saunders (2003) bahwa beban keluarga akan dirasakan lebih berat pada individu yang mempunyai hubungan langsung dengan klien. Hasil penelitian yang didapatkan ini menggambarkan bahwa hubungan dengan klien ini walaupun terkategori cukup dekat, tetapi pengembangan koping keluarga sudah cukup baik, apalagi dengan hasil mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi ini dan keluarga mendapatkan suatu perkembangan pengobatan dan perawatan klien yang berkembang cukup baik, tentunya akan membuat keluarga dengan kedekatan hubungan tersebut merasakan sudah cukup tidak menjadi beban.

6.1.2 Dukungan keluarga (dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental, dan dukungan penilaian) untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.

Dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi selama masa hidup dengan sifat dan tipe dukungan yang bervariasi (Friedman, 2010). Diantaranya dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental dan dukungan penilaian. Dukungan tersebut membentuk satu kesatuan dukungan keluarga terutama bagi anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan seperti masalah halusinasi dengan keterlibatan dukungan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik.

Dukungan keluarga bagi klien halusinasi dibuktikan dengan kepatuhan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik yang bisa digambarkan dari hasil penelitian ini. Anggota keluarga yang berperan sebagai *caregivers* ternyata mampu memberikan dukungan kepada klien halusinasi untuk mengikuti regimen terapeutik.

Angka dukungan keluarga mempunyai nilai rata-rata 44,11 dengan nilai dukungan terendah 24 dan tertinggi 65 (pada skala skor 0-72). Hasil tersebut di atas berdasarkan nilai rata-rata menunjukkan bahwa dukungan keluarga terkategori cukup besar dalam rata-rata skala pengukuran tersebut. Hasil tersebut menunjukkan masih berfungsinya keluarga klien halusinasi terutama fungsi afektif sebagai fungsi internal keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga seperti: saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan dan saling mendukung antar anggota keluarga (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga sebagai suatu koping keluarga dalam menghadapi masalah salah satu anggota keluarganya. Dukungan yang dirasakan oleh klien halusinasi dari keluarga dengan patuh mengikuti regimen terapeutik antara lain memperhatikan pemberian obat sampai pengawasan obat untuk mematuhi meminumnya dan merasakan manfaatnya terhadap perubahan kondisi halusinasinya.

Keluarga merupakan orang yang paling dekat dan tempat yang paling nyaman bagi klien halusinasi. Keluarga dapat meningkatkan semangat dan motivasi untuk berperilaku sehat yaitu dengan memberikan perawatan dan pengobatan yang layak. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Anggota keluarga yang mengalami halusinasi tersebut memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2010).

6.1.3 Beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang.

Beban keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi dan harus mengikuti regimen terapeutik merupakan beban luar biasa pada keluarga, tetapi sulit untuk mengkaji dan mengkuantifikasi beban keluarga tersebut, bahkan seringkali terabaikan namun sangat berdampak terhadap kualitas hidup keluarga. Namun secara nyata bahwa beban itu ada dalam keluarga sebagaimana hasil penelitian ini.

Didapatkan nilai beban keluarga rata-rata 15,18 diyakini bahwa rata-rata nilai beban keluarga adalah diantara 13,96 sampai dengan 16,40 dengan nilai terendah 4 dan nilai tertinggi 24 (pada skala skor 0-26). Hasil tersebut jika dibandingkan dengan standar pengukuran beban keluarga (*caregivers*) dari CSI (*caregivers strain index*) dimana pada skala skor yang sama dengan standar di atas skor 7 sudah dinyatakan *caregivers* tersebut mempunyai beban. Maka meninjau hasil nilai beban keluarga tersebut dapat dinyatakan bahwa *caregivers* rata-rata mempunyai beban dalam mengikuti regimen terapeutik pada anggota keluarganya yang mengalami halusinasi untuk mengikuti regimen terapeutik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Saunder (1999) yang mengidentifikasi adanya distress psikologis pada keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi yang merupakan faktor penting dalam tingkat keberfungsian sistem keluarga. Keluarga yang merawat anggota keluarga dengan halusinasi akan mengalami reaksi emosi terhadap gangguan dan stigma sosial yang ditimbulkan karena halusinasi (Teschinsky, 2000) dengan dampak lainnya. Konsekuensi lainnya yang dirasakan keluarga adalah isolasi sosial akibat stigma terhadap penderita halusinasi, frustrasi dan beban finansial terutama dalam mencapai fasilitas pelayanan kesehatan jiwa.

Sesuai dengan pendapat Fontaine (2009) bahwa beban keluarga adalah tingkat pengalaman distress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Beban keluarga terjadi ketika disabilitas satu anggota keluarga secara signifikan mempengaruhi keluarga dan fungsinya, sebagaimana perilaku keluarga dan anggota keluarga secara simultan mempengaruhi perjalanan dan karakteristik disabilitas. Hal tersebut tergambar jelas pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga mengalami halusinasi, bahwa halusinasi sebagai suatu disabilitas membutuhkan pengobatan dan perawatan jangka panjang, serta menuntut dukungan keluarga dan kepatuhan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik.

Kondisi beban keluarga tersebut sesuai juga dengan laporan WHO (2008) yang menyatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban fisik, emosional dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga yang menderita halusinasi. Dampak langsung yang dirasakan anggota keluarga meliputi penolakan, pengucilan oleh teman, 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.

Laporan WHO tersebut di atas didukung oleh pendapat anggota keluarga yang peneliti wawancarai setelah pengisian kuesioner dimana mereka menyatakan masih melewati masa-masa sulit dalam merawat klien halusinasi, terutama pemahaman masyarakat mengenai penyakit yang salah dan pengucilan yang dirasakan sangat menjadi beban bagi keluarga, sehingga fungsi sosial keluarga sangat terganggu. Mengikuti regimen terapeutik dan mematuhiinya dirasakan cukup banyak mengurangi kondisi tersebut, keluarga merasakan dengan mendapat bantuan dari fasilitas kesehatan jiwa bisa menguatkan mereka untuk menghadapi beban tersebut.

6.1.4 Hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi di RSUD Serang.

Dukungan emosional merupakan dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan. Sehingga dukungan emosional ini yang mendorong suasana perasaan mencapai kepatuhan dalam mengikuti regimen terapeutik. Lebih lanjut pemberian dukungan emosional dibutuhkan untuk menguatkan keluarga agar dapat terhindar dari dampak psikososial akibat adanya anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Dukungan emosional juga dibutuhkan agar mampu mengelola masalah-masalah yang terkait dengan masalah pada salah satu anggota keluarga tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan emosional mempunyai nilai rata-rata tertinggi yaitu 11,46, dengan nilai terendah 3 dan tertinggi 18 (pada skala skor 0-18). Dapat dijelaskan bahwa dukungan emosional sebagai tujuan koping utama keluarga untuk memenuhi suatu tujuan (Friedman, 2010). Tujuan yang dimaksud dalam hal ini adalah dukungan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik dengan patuh sesuai program pengobatan klien dan melaksanakan perawatan terhadap klien dirumah.

Menurut Friedman (1998) dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Fungsi afektif merupakan fungsi internal keluarga dalam memenuhi kebutuhan psikososial anggota keluarga dengan saling mengasuh, cinta kasih, kehangatan, saling mendukung dan menghargai antar anggota keluarga (Friedman, 1998). Pada klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik, keluarga menunjukkan bukti dukungan emosionalnya dengan memberikan perhatian yang hangat, memperlakukan sama dalam keluarga dengan anggota keluarga yang lain.

Dukungan emosional merupakan bentuk dukungan atau bantuan yang dapat memberikan rasa aman, cinta kasih, membangkitkan semangat, mengurangi putus asa, rasa rendah diri, rasa keterbatasan sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik, penurunan kesehatan dan kelainan yang dialaminya. Pada klien halusinasi tentunya dukungan emosional sangat diperlukan dan akan menjadi faktor penting untuk upaya perawatan dan pengobatan dalam mengontrol masalah halusinasinya.

Hasil penelitian yang menunjukkan nilai ($r = -0,671$) artinya semakin bertambah dukungan emosional semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Dukungan emosional dari keluarga sangat dibutuhkan oleh klien halusinasi yang dapat mempengaruhi status psikososial dan mentalnya yang akan ditunjukkan dengan perubahan perilaku yang diharapkan dalam upaya meningkatkan status kesehatannya. Peningkatan dukungan tersebut tentunya akan mengurangi terjadinya peningkatan perasaan tidak berguna, tidak dihargai, merasa dikucilkan dan kecewa dari klien halusinasi, sekaligus mengurangi beban keluarga terutama beban subyektif.

Keluarga memberikan dukungan emosional dengan mengikuti regimen terapeutik yang secara langsung akan menurunkan beban keluarga yang bersifat subyektif seperti kecemasan, rasa bersedih, frustrasi, merasa bersalah, kesal dan bosan. Hal tersebut sesuai hasil penelitian ini akan berkurang dengan upaya keluarga tersebut meningkatkan dukungan emosionalnya untuk mengikuti regimen terapeutik pada anggota keluarganya yang mengalami halusinasi.

Hasil wawancara dengan keluarga klien menyatakan bahwa daripada selalu memikirkan perasaan sedih, cemas, malu dan mengucilkan diri dari masyarakat, lebih baik mempersiapkan diri dengan mencurahkan rasa

menerima dan ingin menolong kepada anggota keluarganya yang mengalami halusinasi. Hal tersebut dilakukan dengan harapan penuh, karena bagaimanapun kondisinya klien halusinasi dalam keluarganya adalah tetap anggota keluarganya yang harus ditolong dengan merawat dan mengobatinya.

6.1.5 Hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Hasil penelitian yang menunjukkan nilai ($r = -0,539$) artinya semakin bertambah dukungan informasi semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan informasional dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Hasil tersebut memberikan arahan bahwa dukungan informasi dari keluarga sangat penting dalam mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.

Bentuk dukungan informasi yang diberikan keluarga adalah dengan memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan klien halusinasi dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Friedman, 2010). Dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap klien halusinasi merupakan salah satu bentuk fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

Bentuk fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap klien halusinasi diantaranya adalah memperkenalkan kepada klien halusinasi tentang kondisi dan penyakit yang dialaminya dan menjelaskan cara perawatan yang tepat pada klien halusinasi agar klien termotivasi menjaga dan mengontrol halusinasinya, memahami manfaat obat untuk mengontrol halusinasi dan mematuhi.

Kondisi yang dihadapi klien halusinasi yang cenderung dan sering mengalami masalah kemunduran kognitif, sehingga keadaan ini juga dapat mengakibatkan munculnya rasa pesimis, putus asa, bahkan kepasrahan terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada dirinya, merupakan beban tersendiri bagi keluarga. Demikian penting upaya bantuan informasi (saran, nasehat, dan pemberian informasi penting) bagi klien halusinasi untuk meningkatkan semangat dan motivasi klien halusinasi agar dapat meningkatkan status kesehatannya secara optimal. Hal tersebut diungkapkan oleh keluarga klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik dimana menurut mereka, mereka harus selalu menyampaikan pesan perkembangan masalah halusinasi yang didapatkan dari petugas kesehatan untuk disampaikan kepada klien.

Memberikan dukungan informasi secara langsung dapat mengurangi beban keluarga yang bersifat obyektif, karena beban obyektif ini merupakan beban keluarga yang berhubungan dengan pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Informasi yang jelas mengenai perawatan dan pengobatan tentunya bisa dipahami oleh klien halusinasi dan keluarga yang pada akhirnya bisa mengurangi beban keluarga dalam mengikuti regimen terapeutik.

6.1.6 Hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Suatu dukungan atau bantuan penuh dari keluarga dalam bentuk memberikan bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk membantu atau melayani dan mendengarkan klien halusinasi dalam menyampaikan perasaannya, merupakan dukungan instrumental bagi klien halusinasi.

Dukungan instrumental dari hasil penelitian ini menunjukkan nilai ($r = -0,728$) artinya ada hubungan kuat bahwa semakin bertambah dukungan instrumental akan semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Dukungan instrumental ini sangat erat kaitannya berhubungan dengan merespon beban keluarga obyektif.

Beban keluarga obyektif meliputi beban keluarga dalam pelaksanaan merawat salah satu anggota keluarga yang mengalami halusinasi, termasuk dalam beban keluarga obyektif ini adalah beban biaya finansial, untuk perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi. Dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit (Friedman, 1998).

Memberikan perhatian dengan mengantar secara teratur klien pergi ke fasilitas kesehatan jiwa, berkonsultasi mengenai perkembangan perawatan klien dan mempertahankan kepatuhan minum obat serta memberikan aktivitas pada klien halusinasi tersebut. Hal tersebut harus dilakukan walaupun beban keluarga untuk mengakses fasilitas kesehatan jiwa sangat sulit terutama berhubungan dengan finansial keluarga. Memperhatikan perkembangan klien yang optimal, secara langsung akan semakin menggiatkan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik ini.

6.1.7 Hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang

Dukungan penilaian merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien halusinasi dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan terhadap gagasan, ide, atau perasaan seseorang.

Hasil penelitian yang menunjukkan nilai ($r = -0,619$) artinya semakin bertambah dukungan penilaian semakin berkurang beban keluarga. Hasil uji statistik didapatkan ada hubungan yang signifikan antara dukungan penilaian dengan beban keluarga ($p_{value} = 0,0005$). Hasil tersebut jelas menunjukkan bahwa keluarga bertindak sebagai pemberi bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian.

Menurut Friedman (1998) dukungan penilaian keluarga merupakan bentuk fungsi afektif keluarga terhadap klien halusinasi yang dapat meningkatkan status kesehatan klien halusinasi. Melalui dukungan penghargaan ini, klien halusinasi akan mendapat pengakuan atas kemampuannya sekecil dan sesederhana apapun.

Hal utama dalam regimen terapeutik untuk klien halusinasi adalah upaya keluarga untuk memberikan aktivitas kepada klien halusinasi dirumah, karena aktivitas ini secara langsung dapat meningkatkan pengeluaran energi klien sehingga mampu mengalihkan halusinasinya dan terkontrol jauh lebih optimal. Aktivitas apapun yang bisa klien lakukan tentunya dengan diberikan umpan balik dan penilaian positif akan memberikan dampak meningkatnya motivasi klien untuk beraktivitas.

Kemampuan klien atas penilaian aktivitasnya dari keluarga sebagai bentuk dukungan penilaian secara langsung akan meningkatkan harga diri dan pengakuan klien dimata keluarga maupun lingkungan. Akhirnya beban keluarga yang merasa bersalah, malu, cemas, dan khawatir dengan kondisi klien halusinasi lambat laun akan berkurang dengan meningkatkan dukungan penilaian.

Hubungan dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik sesuai dengan kerangka konsep dan kerangka teori yang diungkapkan

di bab terdahulu. Hasil penelitian ini semakin menguatkan teori bahwa dukungan keluarga mampu merespon penurunan beban keluarga dengan hasil positif berikutnya yang diharapkan adalah munculnya kepatuhan dari keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik.

Dukungan keluarga menjadi faktor utama yang menentukan kepatuhan keluarga. Pendapat tersebut sesuai dengan pendapat bahwa dukungan keluarga bisa menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menemukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima (Niven, 2002). Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit (Niven, 2002). Dukungan keluarga penting dalam kepatuhan terhadap regimen terapeutik pada klien halusinasi, karena tidak dapat dilepaskan dalam standar tindakan keperawatan antara intervensi atau implementasi keperawatan terhadap klien dan keluarga.

Dukungan keluarga dengan tujuan utama kepatuhan untuk mengikuti regimen terapeutik ini merupakan bukti koping keluarga yang efektif yang berarti juga sudah mempengaruhi penurunan beban keluarga. Jika ketidakpatuhan yang muncul sebagai hasil akhir dari kondisi stress keluarga dengan klien halusinasi ini, maka itu berarti beban keluarga yang terlalu besar dibandingkan dukungan keluarga itu bisa menyeret kondisi keluarga kedalam situasi krisis.

Ternyata kondisi dukungan keluarga klien halusinasi untuk mengikuti regimen terapeutik memperlihatkan hubungan yang sangat kuat. Namun demikian dengan kondisi interaksi antara dukungan keluarga terhadap beban keluarga merupakan koping keluarga sebagai dukungan internal, tentunya diperlukan dukungan eksternal yang salah satunya adalah intervensi dari petugas kesehatan. Untuk meningkatkan dukungan keluarga tersebut sehingga bisa dihasilkan kondisi dukungan keluarga yang lebih optimal (Friedman, 2010).

Upaya mengoptimalkan dukungan keluarga tersebut sesuai dengan peran perawat spesialis jiwa, tentunya dari beberapa intervensi terapi kepada keluarga,

psikoedukasi dirasakan sangat tepat untuk diterapkan pada kondisi keluarga yang sedang mengikuti regimen terapeutik klien halusinasi ini. Psikoedukasi adalah salah satu element program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang therapeutik. Program *psychoeducational* merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2005).

Terapi psikoedukasi keluarga (*Family Psychoeducation*) 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. Isi terapi psikoedukasi keluarga ini darimulai mengidentifikasi masalah masalah penyakit, beban keluarga dalam merawat klien, perubahan-perubahan yang terjadi sepanjang daur kehidupan keluarga dengan klien penyakit kronis, prognosis, peran keluarga terhadap perawatan, dan diskusi. Merawat klien dengan penyakit kronis, manajemen stres dan kekambuhan, mengatasi hambatan, serta tindak lanjut oleh pelayanan kesehatan.

Psikoedukasi keluarga bisa menjadi jembatan utama pemaparan kepada keluarga mengenai pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien halusinasi dan mempertahankan regimen terapeutiknya. Hasil yang diharapkan dukungan keluarga dengan intervensi psikoedukasi ini bisa meningkatkan upaya pemberdayaan keluarga dan kemandirian keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan seluruh anggotanya.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian dalam prosesnya tentu mempunyai keterbatasan. Peneliti dalam hal ini sangat menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang salah satunya adalah keterbatasan desain penelitian, keterbatasan dalam jenis kuantitatif ini terutama dengan alat ukur kuesioner sangat terbatas dalam mengkuantifikasi beban keluarga, kuesioner yang dibuat merupakan terjemahan dan modifikasi dari CSI (*caregivers strain index*) disesuaikan dengan WHO (2008) yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh

peneliti, namun demikian penggunaannya dengan bahasa yang berbeda dari sebelumnya dan dipakai pada kelompok yang berbeda memerlukan penyesuaian yang lebih optimal. Terbukti dengan hasil wawancara bahwa secara subyektif ternyata ungkapan mengenai dukungan dan beban keluarga sangat beragam dan bersifat lebih individual dan subyektif sekali dari setiap keluarga.

6.3 Implikasi Untuk Keperawatan

Hasil penelitian secara umum menunjukkan adanya hubungan yang kuat dan berpola negatif yang berarti semakin meningkat dukungan keluarga akan semakin berkurang beban keluarga serta dukungan instrumental yang paling dominan pada keluarga klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik di Poli Jiwa RSUD Serang.

Implikasi hasil penelitian terhadap beberapa area keperawatan diuraikan sebagai berikut:

6.3.1 Pelayanan Keperawatan di RSUD Serang

Rumah sakit umum khususnya Poli Jiwa sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi klien dengan halusinasi dan keluarga yang mengikuti program regimen terapeutik serta berperan sebagai *caregivers*, merupakan tempat yang tepat untuk mengembangkan program pendidikan kesehatan dan terapi spesialis kepada keluarga untuk meningkatkan kemampuan diri dan belajar koping yang baru dalam mengatasi suatu masalah, menemukan strategi dalam manajemen beban keluarga yang dirasakan oleh keluarga, salah satunya adalah penerapan terapi psikoedukasi keluarga yang isi dari terapinya sendiri bisa mengakomodasi upaya peningkatan dukungan keluarga dan manajemen beban keluarga.

6.3.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini memberikan beberapa informasi terkait dukungan keluarga yang harus lebih besar dari beban keluarga untuk keluarga yang sedang mengikuti regimen terapeutik. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat memperkaya referensi yang telah ada terkait dengan asuhan keperawatan jiwa pada keluarga dengan masalah keperawatan halusinasi.

Selain itu, hasil penelitian ini juga dapat memperkuat konsep dan teori yang sudah ada.

6.3.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini menghasilkan berbagai informasi, salah satunya adalah pentingnya meningkatkan dukungan keluarga agar beban keluarga semakin menurun untuk mengikuti regimen terapeutik. Atas dasar tersebut, maka hasil penelitian ini bisa menjadi data dasar dan wacana dasar bagi penelitian lanjutan terkait faktor-faktor lain yang lebih berpengaruh terhadap upaya meningkatkan dukungan keluarga dan analisis faktor yang paling berkontribusi terhadap beban keluarga.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini sesuai tujuan telah dapat mengidentifikasi hubungan antara dukungan keluarga terhadap beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang tahun 2011. Berdasarkan uraian penjelasan dari bab sebelumnya maka dapat ditarik simpulan dan saran seperti yang akan dijelaskan sebagai berikut:

7.1 Simpulan

Mengacu pada tujuan penelitian dan berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan beberapa hal berikut:

- 7.1.1 Karakteristik keluarga klien halusinasi yang mengikuti regimen terapeutik adalah sebagai berikut: rata-rata usia keluarga klien halusinasi adalah 42,56 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, pendidikan sebagian besar SMU, mayoritas bekerja dengan penghasilan rata-rata Rp. 1.605.316, 46,- serta sebagian mempunyai hubungan dengan klien sebagai ibu dari klien.
- 7.1.2 Dukungan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi cukup besar.
- 7.1.3 Beban keluarga pada keluarga klien halusinasi masih bisa dirasakan oleh keluarga sebagai hal yang cukup mengganggu untuk mengikuti regimen terapeutik.
- 7.1.4 Hubungan dukungan emosional dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan emosional semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi.
- 7.1.5 Hubungan dukungan informasi dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan informasional semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi.

- 7.1.6 Hubungan dukungan instrumental dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan instrumental semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi.
- 7.1.7 Hubungan dukungan penilaian dengan beban keluarga menunjukkan hubungan yang kuat dan berpola negatif artinya semakin bertambah dukungan penilaian semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi.

7.2 Saran

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

7.2.1 Bagi Poli Jiwa RSUD Serang

Pihak Poli Jiwa RSUD Serang hendaknya bisa meningkatkan pelayanan keperawatan jiwa, terutama intervensi untuk keluarga klien yang diharapkan mampu lebih meningkatkan dukungan keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik. Penyusunan standar asuhan keperawatan keluarga untuk program dukungan keluarga perlu ada, menyusun jadwal program pendidikan kesehatan dan terapi spesialis yang bisa dilaksanakan dan dikembangkan dengan teratur yang bisa dilakukan secara individu maupun kelompok dengan rata-rata kunjungan kurang lebih 10 keluarga klien per hari bisa dilakukan terapi individu keluarga maupun kelompok dengan pemanfaatan ruangan tunggu keluarga yang cukup tepat.

7.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Pendidikan ilmu keperawatan diharapkan mampu memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai konsep awal dalam mengembangkan kurikulum pembelajaran keperawatan sebagai topik bahasan, baik dalam kelas maupun lahan praktik di masyarakat secara langsung. Perawat spesialis jiwa dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai referensi untuk mengembangkan desain asuhan keperawatan jiwa pada konteks keluarga untuk mengoptimalkan terapi keluarga dalam meningkatkan dukungan

keluarga dan manajemen beban keluarga merawat anggota keluarganya yang sakit.

7.2.3 Bagi Peneliti

Diharapkan ada penelitian lanjutan dengan desain yang lebih bisa mengkuantifikasi secara tepat dukungan dan beban keluarga yang cukup sulit untuk diukur dengan subyektifitas tiap keluarga yang bervariasi. Hasil penelitian ini sebagai dasar pengembangan bagi topik penelitian terkait analisis faktor yang berhubungan dengan upaya meningkatkan dukungan keluarga, dan analisis faktor yang paling berpengaruh terhadap beban keluarga. Penggunaan desain penelitian secara gabungan antara kuantitatif dengan kualitatif untuk lebih obyektif mengukur beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik. Desain kualitatif terkait pengalaman keluarga dalam memberikan dukungan keluarga untuk menghadapi beban keluarga, hasilnya diharapkan dapat mengidentifikasi indikator-indikator dukungan keluarga dan beban keluarga tersebut yang bisa diungkapkan langsung oleh keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Alcorn, K. (2007). *Bagaimana memberi dukungan yang baik: pengalaman dari seluruh dunia*. Retrieved November 20th, 2007. from <http://www.yayasanspiritia.com/htm>.
- Ambari, P.K.M. (2010). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit*. Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro, tidak dipublikasikan.
- Azwar, A. (2001). *Prinsip dasar motivasi pelaksanaan program kesehatan*. Jakarta: EGC
- Barker, P. (2003). *Psychiatric and mental health nursing: The craft of caring*. London: Oxford University Press Inc.
- Brady, N. & McCain, G.C. (2004). *Living with schizophrenia: A family perspective, online J Issues Nurs, 10 (1): 7*.
- Capernito, L.J. (2001). *Buku saku diagnosa keperawatan*. Jakarta: EGC
- Depkes RI (2008). *Riset kesehatan dasar*. www.litbang.go.id. Diakses tanggal 23 Pebruari 2011. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. (2003). *Buku Pedoman Umum: TPKJM (tim pembina, pengarah, dan pelaksana kesehatan jiwa masyarakat)*. Jakarta: Depkes RI.
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Friedman, M.M, Bowden, O & Jones, M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori, & praktik*; alih bahasa, Achir Yani S. Hamid...[et al.]; editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed. 5. Jakarta: EGC.
- Friedman, M.M, Bowden, O & Jones, M. (2003), *Family nursing: theory and practice ed^{3rd}*. Philadelphia: Appleton&Lage.
- Friedman, M.M, Bowden, O & Jones, M. (1998). *Keperawatan keluarga: teori dan praktik*; alih bahasa, Ina Debora R.L., Yoakim Asy; editor, Yasmin Asih, Setiawan, Monica Ester, -Ed. 3. Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan).

- Kaplan, H.I.; Saddock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Sinopsis psikiatri (7th ed)*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A. (2003). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*. Jakarta: EGC.
- Lestari. (2008). *Hubungan antara pengetahuan dan dukungan keluarga dengan waktu kambuh penderita skizofrenia di rumah sakit jiwa daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Skripsi (Tidak dipublikasikan).
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan ilmu kedokteran jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Mavin, I.H.M.D. & Stephen, R.M.M.D. (2002). *Schizophrenia: Comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric mental health nursing (6th.ed)*, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- NANDA. (2010). *Nursing diagnoses: Definitions & clacification 2010-2011*. Philadelphia USA: NANDA International.
- Niven, N. (2002). *Psikologi kesehatan*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan (edisi revisi)*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Oxford, J. (1992). *Community psychology: Theory & practice*. New York: John Willey&Sons Inc.
- Rubin, R.R.,& Peyrot, M. (2002), *Psychological Issue & Treatments for People with Diabetes*. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4). Diakses 22 Pebruari 2011.
- Sari, H. (2009). *Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireun Nanggroe Aceh Darussalam*, Tesis FIK UI, tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (2th.ed)*. Jakarta: CV. Sagung Seto.

- Saunders, J.C. (1999). *Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia*. *Online J Issues Nurs*. Diakses tanggal 23 Maret 2011.
- Smet, K.G. (2004). *Social support survey*, *Journal of social science & Medicine*: 32. Diakses 4 Pebruari 2011.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing (7th. ed)*. St. Louis: Mosby.
- Teschinsky, U. (2000). *Living with schizophrenia: The family illness experience*. *Online J Issues Nurs*. Diakses tanggal 20 Pebruari 2011.
- Townsend, C.M. (2005). *Essentials of psychiatric mental health nursing (3th.ed)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Vaccaro, E.M. (2000). *Psychiatric nursing clinical guide: assessment tools and diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. alih bahasa, Renata Komalasari, Alfrina Hany; editor bahasa Indonesia, Pamilih Eko Karyuni. 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. (2001). *The world health report: 2001 mental health: New understanding, new hope*.
- WHO. (2008). *Investing in Mental Health*. [www. who.int/mental_health](http://www.who.int/mental_health). Diperoleh tanggal 8 Maret 2011

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian :
“Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik Pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang”

Peneliti : Deni Suwardiman
No Telp : 081388745323
Pembimbing I : Prof. Achir Yani S. Hamid, MN.,DN.Sc
Pembimbing II : Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed

Saya, Deni Suwardiman (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Beban Keluarga Untuk Mengikuti Regimen Terapeutik Pada Klien Halusinasi di RSUD Serang.

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

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.

Kegiatan penelitian ini akan dilaksanakan dimana responden akan diminta mengisi kuesioner untuk data demografi, pernyataan dukungan keluarga, dan pernyataan beban keluarga. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan partisipasi saudara untuk menjadi responden penelitian. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Kode Responden:

--	--	--

Lampiran-2

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, antara lain :

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari saya, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai hak saya bila ingin tidak melanjutkan keikutsertaannya dalam penelitian ini.

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

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

Serang,.....2011

Responden,

.....
Nama Jelas

Kode Responden:

Lampiran-3

FORMAT PENGKAJIAN HALUSINASI

Persepsi :

Halusinasi

- Pendengaran
- Penglihatan
- Perabaan
- Pengecapan
- Penghidu

Jelaskan:

- Isi halusinasi :
- Waktu terjadinya:
- Frekuensi halusinasi:
- Respons pasien:

Masalah keperawatan:

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
2. Isilah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan
3. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup dijawab dengan melingkari jawaban Anda

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

- 1) Usia : tahun
- 2) Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- 3) Pekerjaan : 1. Bekerja (.....)
2. Tidak bekerja
- 4) Pendidikan terakhir :
 - a) SD
 - b) SLTP
 - c) SMU
 - d) Perguruan Tinggi
 - e) Tidak Sekolah
- 5) Penghasilan/bulan : Rp.....
- 6) Hubungan dengan klien :
 - a) Ayah
 - b) Ibu
 - c) Anak
 - d) Suami
 - e) Isteri
 - f) Kakak
 - g) Adik

INSTRUMEN DUKUNGAN KELUARGA (Kuesioner B)

Petunjuk Pengisian

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda alami dan rasakan sejak mempunyai anggota keluarga dengan halusinasi dan mengikuti program pengobatan dan perawatannya.

NO	Pernyataan Dukungan Keluarga	Selalu	sering	jarang	Tidak pernah
1	Menerima segala kondisi yang dihadapi pasien				
2	Menjelaskan dan melatih cara menjaga kebersihan diri kepada pasien				
3	Ikut merasakan kesulitan seperti kondisi yang pasien rasakan				
4	Menceritakan hasil perkembangan perawatan dan pengobatan kepada pasien				
5	Bertekad untuk mendampingi pasien sampai keadaannya lebih baik				
6	Menjelaskan bagaimana belajar mengatasi masalah kepada pasien				
7	Merasakan masalah yang dihadapi oleh pasien adalah masalah yang harus dihadapi bersama.				
8	Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya minum obat				
9	Membantu pasien dengan tulus dan ikhlas				
10	Mendampingi pasien ketika dilakukan pemeriksaan dan perawatan oleh petugas kesehatan				
11	Menjaga perasaan pasien ketika keinginan pasien sulit diikuti				
12	Menjelaskan kepada pasien bagaimana minum obat yang benar				
13	Merasa turut bertanggung jawab atas perawatan pasien, karena pasien adalah bagian dari anggota keluarganya				
14	Mengikutsertakan pasien dalam memutuskan atas kesadaran dirinya untuk patuh berobat				
15	Membantu pasien untuk mandi dan makan supaya mandiri				

Kode Responden:

--	--	--

16	Memberikan kepercayaan pada pasien untuk beraktivitas di luar rumah dengan tetap dalam bimbingan				
17	Melatih pasien melakukan aktivitas sesuai kemampuan atau hobynya, seperti olah raga yang disukai pasien				
18	Memberikan pujian ketika pasien mampu melakukan hal positif, seperti minum obat tepat waktu				
19	Membantu pasien untuk minum obat dan mengawasi obat benar-benar diminum				
20	Memberikan pujian atas hasil kerja yang positif yang telah dilakukan pasien				
21	Membimbing dan melatih pasien kegiatan rutin di rumah supaya terbiasa				
22	Memberikan kepercayaan bahwa pasien bisa melakukan pekerjaan sehari-hari dirumah, seperti menyapu				
23	Membimbing pasien untuk segera berobat jalan jika menunjukkan tanda dan gejala kekambuhan				
24	Mengakui perbuatan atau hasil kerja yang telah dilakukan oleh pasien.				

Referensi penyusunan instrumen:

Friedman, M.M. (2010). Buku Ajar Keperawatan Keluarga: riset, teori, & praktik/Marilyn M. Friedman, Vicky R. Bowden, Elaine G. Jones; alih bahasa, Achir Yani S. Hamid...[et al.]; editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed. 5. Jakarta: EGC.

INSTRUMEN BEBAN KELUARGA (Kuesioner C)

Petunjuk Pengisian

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (√) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda alami dan rasakan selama 1 bulan terakhir setelah anda merawat anggota keluarga yang sedang mengikuti pengobatan dan perawatan.

NO	Pernyataan Beban Keluarga	Ya=dalam kebiasaan	Ya=kadang-kadang	Tidak
1	Tidur saya terganggu			
2	Merasakan ketidak nyamanan			
3	Mengalami ketegangan fisik			
4	Serba terbatas dalam melakukan sesuatu			
5	Telah terdapat pola penyesuaian keluarga			
6	Telah terdapat perubahan-perubahan dalam perencanaan pribadi saya			
7	Telah terdapat tuntutan lain dari waktu saya			
8	Telah terdapat penyesuaian emosional pada diri saya			
9	Beberapa perilaku saya membingungkan			
10	Hal yang membingungkan ketika individu yang saya rawat telah berubah banyak dari dirinya yang dahulu			
11	Telah terdapat penyesuaian pekerjaan			
12	Kewalahan mengenai masalah keuangan			
13	Semua pikiran terfokus pada kondisi anggota keluarga yang sakit			

Referensi penyusunan instrumen:

Thornton, M., & Travis, S.S. (2003). Analysis of the realibility of the Modified Caregiver Strain Index. *The Journal of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), p.S129. Copyright © The Gerontological Society of America. Reproduced by permission of the publisher.

WHO. (2008). *Investing in Mental Health*. www.who.int/mental_health. Diperoleh tanggal 8 Maret 2011

KISI – KISI INSTRUMEN DUKUNGAN KELUARGA UNTUK MENGIKUTI REGIMEN TERAPEUTIK

DUKUNGAN KELUARGA	INDIKATOR	NO	PERNYATAAN
Emosional	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap bantuan dukungan emosional yang meliputi penerimaan, perhatian, cinta, empati, dan komitmen, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	1	Menerima segala kondisi yang dihadapi pasien
		3	Ikut merasakan kesulitan seperti kondisi yang pasien rasakan
		5	Bertekad untuk mendampingi pasien sampai keadaannya lebih baik
		7	Merasakan masalah yang dihadapi oleh pasien adalah masalah yang harus dihadapi bersama.
		9	Membantu pasien dengan tulus dan ikhlas
		11	Menjaga perasaan pasien ketika keinginan pasien sulit diikuti
Informasi	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap sejumlah pertanyaan dukungan informasi yang meliputi pemahaman, belajar, bertanya, validasi, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	2	Menjelaskan dan melatih cara menjaga kebersihan diri kepada pasien
		4	Menceritakan hasil perkembangan perawatan dan pengobatan kepada pasien
		6	Menjelaskan bagaimana belajar mengatasi masalah kepada pasien
		8	Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya minum obat
		10	Mendampingi pasien ketika dilakukan pemeriksaan dan perawatan oleh petugas kesehatan
		12	Menjelaskan kepada pasien bagaimana minum obat yang benar
Instrumental	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap sejumlah pertanyaan dukungan instrumental yang meliputi sumber, kedekatan, kesediaan waktu, bantuan asuhan, finansial, tugas rumah tangga, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	13	Merasa turut bertanggung jawab atas perawatan pasien, karena pasien adalah bagian dari anggota keluarganya
		15	Membantu pasien untuk mandi dan makan supaya mandiri
		17	Melatih pasien melakukan aktivitas sesuai kemampuan atau hobinya, seperti olah raga yang disukai pasien
		19	Membantu pasien untuk minum obat dan mengawasi obat benar-benar diminum
		21	Membimbing dan melatih pasien kegiatan rutin di rumah supaya terbiasa
		23	Membimbing pasien untuk segera berobat jalan jika menunjukkan tanda dan gejala kekambuhan
Penilaian	Pernyataan dukungan <i>caregivers</i> terhadap sejumlah pertanyaan dukungan penilaian yang meliputi keputusan, kepercayaan, pujian/hadiah, untuk mengikuti regimen terapeutik pada klien halusinasi.	14	Mengikutsertakan pasien dalam memutuskan atas kesadaran dirinya untuk patuh berobat
		16	Memberikan kepercayaan pada pasien untuk beraktivitas di luar rumah dengan tetap dalam bimbingan
		18	Memberikan pujian ketika pasien mampu melakukan hal positif, seperti meminum obat tepat waktu
		20	Memberikan pujian atas hasil kerja yang positif yang telah dilakukan pasien
		22	Memberikan kepercayaan bahwa pasien bisa melakukan pekerjaan sehari-hari di rumah, seperti menyapu
		24	Mengakui perbuatan atau hasil kerja yang telah dilakukan oleh pasien.

KISI – KISI INSTRUMEN BEBAN KELUARGA UNTUK MENGIKUTI REGIMEN TERAPEUTIK

BEBAN KELUARGA	INDIKATOR	NO	PERNYATAAN
Obyektif	beban yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarga.	1	Tidur saya terganggu
		3	Mengalami ketegangan fisik
		4	Serba terbatas dalam melakukan sesuatu
		6	Telah terdapat perubahan-perubahan dalam perencanaan pribadi saya
		7	Telah terdapat tuntutan lain dari waktu saya
		11	Telah terdapat penyesuaian pekerjaan
		12	Kewalahan mengenai masalah keuangan
Subyektif	Beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap gangguan perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.	2	Merasakan ketidak nyamanan
		5	Telah terdapat pola penyesuaian keluarga
		8	Telah terdapat penyesuaian emosional pada diri saya
		9	Beberapa perilaku saya membingungkan
		10	Hal yang membingungkan ketika individu yang saya rawat telah berubah banyak dari dirinya yang dahulu
		13	Semua pikiran terfokus pada kondisi anggota keluarga yang sakit

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. DATA UMUM

Nama : Deni Suwardiman
Tempat dan tanggal lahir : Garut, 23 Juli 1978
Agama : Islam
Pendidikan terakhir : Sarjana Keperawatan (S.Kp)
Status Pernikahan : Menikah
Pekerjaan : Staf Pengajar PSIK STIKes Faletahan Serang
Jabatan fungsional : Asisten Ahli
Alamat rumah : Kp. Baru RT. 03 RW. 01 Kramatwatu Serang
Alamat institusi : Jl. Raya Cilegon Km.06 Pelamunan Serang
Identitas Ayah/Ibu :
Ayah : Sutama Suwarman
Ibu : Tuti Susana

2. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

1984 – 1990 : SDN Rahayu
1990 – 1993 : SMPN 1 Cilawu
1993 – 1996 : SMUN 2 Garut
1996 – 2003 : Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Padjadjaran
2009 : Program Magister Keperawatan Jiwa
Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia