

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN DUKUNGAN KELUARGA  
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI UPTD PUSKESMAS SUGIHWARAS  
KEC, SUGIHWARAS KAB, BOJONEGORO**



Oleh :

**ENDANG KURNIAWATI**

**13.02.01.1241**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
LAMONGAN**

**2016/2017**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN DUKUNGAN KELUARGA  
PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI UPTD PUSKESMAS SUGIHWARAS  
KEC, SUGIHWARAS KAB, BOJONEGORO**

**Diajukan Untuk Dipertanggung jawabkan Dihadapan Dewan Penguji  
Guna mengajukan Penelitian Kepada S1 Keperawatan  
STIKES Muhammadiyah**

**ENDANG KURNIAWAT**

**NIM 13.02.01.1241**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
LAMONGAN  
2016/2017**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

NAMA : ENDANG KURNIAWATI  
NIM : 13.02.01.1241  
TEMPAT, TANGGAL LAHIR : BOJONEGORO, 19 JULI 1995  
INSTITUSI : SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
(STIKES) MUHAMMADIYAH  
LAMONGAN

Menyatakan bahwa proposal yang berjudul “*Hubungan Pengetahuan dengan Dukungan Keluarga pada Pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.*” adalah bukan proposal orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi akademis.

Lamongan, Mei 2017

Yang menyatakan

**ENDANG KURNIAWATI**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Nama : ENDANG KURNIAWATI  
NIM : 13.02.01.1241  
Judul : HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN DUKUNGAN  
KELUARGA PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI UPTD  
PESKESMAS SUGIHWARAS KEC, SUGIHWARAS KAB,  
BOJONEGORO

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Proposal pada  
tanggal: 24 Desember 2016

### Mengetahui

**Pembimbing 1**

**Pembimbing II**

**Hj, Siti Sholikhah, S.Kep.,Ns.,M.Kes**

**Amirul Amaliya ,S.SiT.,M.Kes**

**NIK. 1979 03 06 2006 09 2016**

**NIK. 19831223 2006 019**

## LEMBAR PENGESAHAN

Telah Diuji dan Disetujui Oleh Tim Penguji Pada Ujian Sidang Proposal Di Prodi  
S-1 Keperawatan Stikes Muhammadiyah Lamongan

Tanggal: 10 – 13 MEI 2017

### PANITIA PENGUJI

		Tanda Tangan
Ketua	: <b>Dr. Masram, MM, M.pd</b>	.....
Anggota	: 1. <b><u>Hj, Siti Sholikhah, S.Kep.,Ns.,M.Kes</u></b>	.....
	2. <b><u>Amirul Amaliya, S.SiT., M.Kes</u></b>	.....

Mengetahui

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)  
Muhammadiyah Lamongan

**Drs. H. Budi Utomo, Amd, Kep., M.Kes**  
NBM. 936.665

## ***CURRICULUM VITAE***

Nama : ENDANG KURNIAWATI

Tempat Tgl. Lahir : Bojonegoro, 19 Juli 1995

Alamat Rumah : Desa Kepoh Kidul Kecamatan Kedungadem Kabupaten Bojonegoro

Pekerjaan : Belum bekerja (Mahasiswa)

Riwayat Pendidikan :

1. MI Islamiyah Kedungadem, Lulus Tahun 2007
2. SMP Negeri 1 Kedungadem, Lulus Tahun 2010
3. SMA Negeri 1 Kedungadem, Lulus tahun 2013
4. Prodi S1-Keperawatan Stikes Muhammadiyah Lamongan mulai tahun 2012 sampai tahun 2016

Pengalaman : 1 Palang Merah Indonesia

Organisasi : 2. Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah

## HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO :

Barangsiapa yang mengerjakan kebaikan sebesar dzarrapun, niscaya dia akan melihat balasannya (QS. Az-Zalzalah : 7)

Pandanglah orang yang di bawah kamu dan janganlah memandang kepada yang di atasmu, karena itu akan lebih layak bagimu untuk tidak menghina kenikmatan Allah untukmu (HR. Muslim)

Seseorang yang tidak pernah berbuat salah adalah orang yang tidak pernah mencoba melakukan hal baru – Albert Einstein

Kita dilahirkan sendiri, kita hidup sendiri, kita mati sendiri. Hanya melalui sebuah cinta dan pertemanan sejatilah kita bisa membuat sebuah ilusi bahwa kita tidak sendiri di dunia ini – Orson Welles

*Skripsi ini kupersembahkan untuk:*

*ayah yang selama ini telah bersusah-susah memberikan nafkah lahir batin untuk keluarganya dan selalu memberikan dukungan positif*

*Ibukku tercinta yang selalu memberikan do'a, dukungan dan kasih sayang yang tak ada duanya.*

*Adikku terkasih yang selalu memberikan semangat dan keceriaan*

*Dosen pembimbing yang telah merelakan waktunya untuk memberikan ilmu yang berharga.*

*Sahabat-sahabat tersayang yang selalu ada dalam suka maupun duka*

*Teman-teman seperjuangan khususnya S1 Keperawatan B.*



## ABSTRAK

Endang Kurniawati 2017. Hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro. Skripsi program studi S1 Keperawatan, STIES Muhammadiyah Lamongn. Pembimbing (1) Ns Siti Sholikhah S,kep, M, Kes (2) Amirul Amalia SS.T M, Kes

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress yang buruk yang diakibatkan oleh Skizofrenia. Skizofrenia adalah salah satu penyakit gangguan jiwa yang terjadi di desa Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro. Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa Skizofrenia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.

Penelitian ini menggunakan desain *korelasi analitik* dengan metode *simple random sampling* di peroleh diperoleh 32 responden. dengan menggunakan uji korelasi *spearman* dengan nilai (p) sebesar 0.004. Dengan demikian nilai  $p < 0.05$ , hal ini berarti  $H_0$  ditolak yaitu terdapat hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia.

Berdasarkan hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan, dan meningkatkan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia agar selalu dalam keadaan siap siaga sehingga dapat mengurangi dampak yang ditimbulkan oleh anggota keluarga yg mengalami gangguan jiwa.

Kata Kunci ; Pengetahuan, Dukungan Keluarga dan Skizofrenia



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Hubungan Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Dengan Kejadian Scabies Pada Remaja Di Pondok Pesantren Al-Mizan Kec. Lamongan Kab. Lamongan” sesuai waktu yang ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan Muhammadiyah Lamongan.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat Bapak / Ibu :

1. Drs. H. Budi Utomo, Amd.Kep. M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Lamongan.
2. Arifal Aris, S.Kep., Ns, M.Kes, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Lamongan.
3. Siti Sholikhah, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing I, yang telah banyak memberikan petunjuk, saran, dorongan moril selama penyusunan skripsi ini.
4. Amirul Amaliya,S.SiT.,M.Kes, selaku pembimbing II, yang telah banyak memberikan, petunjuk, saran, dorongan moril selama penyusunan skripsi ini.

5. Dokter Agus selaku kepala puskesmas sugihwaras telah memperbolehkan melakukan penelitian di puskesmas
6. Ayah, ibu, dan saudara yang memberikan dukungannya baik moril dan materil, dan senantiasa meluangkan waktunya untuk memberikan semangat serta doa lulus tepat waktu dan lancar.
7. Semua teman-teman yang telah banyak memberikan, petunjuk, saran, dorongan moril demi terselesainya skripsi ini.

Semoga Allah SWT, memberi balasan pahala atas semua awal kebaikan yang diberikan. Penulis menyadari skripsi ini masih banyak kekurangan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun semangat penulis harapkan, akhirnya penulis berharap semoga skripsi ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi semua pembaca pada umumnya.

Lamongan, 10 Mei 2017

Peneliti

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b><i>CURRICULUM VITAE</i>.....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR SIMBOL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Pengetahuan .....	7
2.2 Konsep Dasar Keluarga .....	12
2.3 Konsep Dukungan Keluarga.....	20
2.4 Konsep Skizofrenia.....	24

2.5 Kerangka Konsep .....	37
2.6 Hipotesis .....	38
BAB 3 : METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian .....	39
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian .....	39
3.3 Kerangka Kerja .....	40
3.4 Populasi sample dan Sampling .....	
3.4.1 Populasi .....	
3.4.2 Sample .....	
3.4.3 Sampling .....	
3.5 Mengidentifikasi Variabel dan Definisi Operasional .....	
3.5.1 Identifikasi Variabel .....	
3.5.2 Definisi Operasional .....	
3.6 Pengumpulan dan Analisa Data .....	
3.6.1 Pengumpulan Data .....	
3.6.2 Analisa Data .....	
3.7 Etika Penelitian .....	
3.7.1 <i>Informed concent</i> atau Lembar Persetujuan .....	
3.7.2 <i>Anonimity</i> atau Tanpa Nama .....	
3.7.3 <i>Confidentiality</i> atau Kerahasiaan .....	

## DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN-LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR

Halaman

- Gambar 2.1                      Kerangka Konsep hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skozofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.
- Gambar 2.2                      Kerangka Kerja Penelitian hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skozofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.
- Gambar 2.3                      Definisi Operasional hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skozofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Jadwal Penyusunan Proposal
- Lampiran 2 : Surat Ijin Survey Awal dari SekolahTinggi Ilmu Kesehatan  
(STIKES) Muhammadiyah Lamongan.
- Lampiran 3 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Lembar Data Umum Responden
- Lampiran 6 : Lembar Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 7 : Lembar Konsul Dosen Pembimbing 1
- Lampiran 8 : Lembar Konsul Dosen Pembimbing 2

## DAFTAR SINGKATAN

Dr.	: Dokter
M.Kes	: Magister Kesehatan
M.Pd	: Magister Pendidikan
M.Si	: Magister Ilmu Administrasi
NIK	: Nomer Induk Kependidikan
NIM	: Nomer Induk Mahasiswa
Ns	: Ners
Prodi	: Program Studi
S.Kep	: Sarjana Keperawatan
SD	: Sekolah Dasar
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
STIKES	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
YME	: Yang Maha Esa

## DAFTAR SIMBOL

$<$	: kurang dari
$>$	: lebih dari
$-$	: sampai
$\%$	: persen
$-$	: negatif
$+$	: positif
$=$	: sama dengan
$\leq$	: kurang dari sama dengan
$\geq$	: lebih dari sama dengan
$H_0$	: tidak terdapat pengaruh yang signifikan
$H_1$	: terdapat pengaruh yang signifikan
$n$	: perkiraan jumlah sampel
$N$	: perkiraan besar populasi
$Z$	: nilai standart normal untuk $\alpha = 0,05$ ( 1,96)
$p$	: perkiraan proporsi
$q$	: $1 - p$
$d$	: tingkat kesalahan yang dipilih ( $d = 0,05$ )
$n$	:Jumlah pengamatan
$S$	:Jumlah peringkat salah satu pengamatan



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Penderita gangguan jiwa sering mendapatkan stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat disekitarnya dibandingkan dengan penyakit medis lainnya. Mereka sering mendapatkan perlakuan yang tidak manusiawi, misalnya perlakuan kekerasan, diasingkan, diisolasi atau dipasung. Perlakuan ini disebabkan karena ketidaktahuan atau pengertian yang salah dari keluarga atau anggota masyarakat mengenai skizofrenia (Sumampow,2010).

Skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu. Gejala yang lebih banyak muncul pada pasien skizofrenia yaitu, disfungsi sosial dan pekerjaan yang mempengaruhi perilaku pada pasien skizofrenia penyebab depresi pada pasien sehingga menjadikan kurangnya penerimaan pasien dilingkungan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi yang dialami (Sinaga, 2010). Dukungan keluarga dan teman merupakan salah satu obat penyembuh yang sangat berarti bagi penderita skizofrenia (Anonim, 2008).

Menurut WHO (2001) dikutip dari Yosep (2008) masalah gangguan kesehatan jiwa diseluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius, paling tidak ada satu dari empat orang mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang didunia mengalami gangguan kesehatan jiwa. Dalam hal ini, dirjen bina sehat masyarakat mengatakan jumlah

penderita gangguan jiwa di masyarakat sangat tinggi, yakni satu dari empat penduduk Indonesia menderita kelainan jiwa dari rasa cemas, depresi, stress, penyalahgunaan obat, kenakalan remaja sampai skizofrenia.

Penyakit ini menjadi persoalan serius di beberapa negara seperti di Inggris, Amerika dan Belanda. Royal College of Psychiatrists di Inggris melaporkan bahwa satu diantara seratus orang mengembangkan skizofrenia pada suatu saat dalam hidupnya (Cumming 2010: 201). Wu dkk (2006) melaporkan bahwa pada tahun 2002 prevalensi dua belas bulan skizofrenia yang terdiagnosis diperkirakan sebesar 5,1 per seribu jiwa dimana angka kejadiannya jauh lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan pada perempuan yaitu (1:4)

Di Indonesia ada sebanyak 80 persen penderita skizofrenia yang tidak diobati. Seperti yang dinyatakan dalam situs [www.kompas.com](http://www.kompas.com) tanggal 15 September 2013. Berdasarkan survey Kementerian Sosial tahun 2008, penderita skizofrenia di Indonesia ada 650.000 orang. Sekitar 30.000 orang dipasung dengan alasan agar tidak membahayakan orang lain atau menutupi aib keluarga.” Hal yang sama disampaikan oleh Direktur RSJ Menur Surabaya Adi Wirachjanto, awal tahun 2011 dilaporkan ada 761 kasus skizofrenia dengan 500 penderita diantaranya dipasung di Jawa Timur dan menurut beliau ada 28.000 penderita gangguan jiwa berat yang tersebar di 28 Kabupaten/kota di Jawa Timur. (Kompas, 4 November 2013).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti pada pasien skizofrenia di Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro dengan metode observasi pada tanggal 07 Oktober 2016 di dapatkan 7 responden (70%)

berpengetahuan baik dan 3 responden (30%) berpengetahuan buruk sedangkan untuk dukungan keluarga diperoleh 6 responden (60%) berperilaku positif dan 4 responden (40%) berperilaku negatif. Pada kasus ini pasien skizofrenia Sampai saat ini penanganannya belum memuaskan dan salah satu penyebabnya adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku penderita baik dari dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga tentang skizofrenia . Kesimpulan dari masalah diatas masih kurangnya dukungan dan pengetahuan keluarga terhadap pasien skizofrenia karena dukungan dan pengetahuan dapat menjadi hal yang sangat penting dalam proses penyembuhan selain obat- obatan dan terapi psikologi yang diberikan oleh dokter.

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi skizofrenia antara lain dukungan keluarga dan pengetahuan keluarga yang kurang tentang skizofrenia. Dukungan keluarga berperan penting dalam membantu penatalaksanaan proses keperawatan pada pasien skizofrenia. Keliat mengemukakan pentingnya dukungan keluarga dalam perawatan pasien skizofrenia yang dapat dipandang dari berbagai segi; (1) Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya. (2) Keluarga merupakan suatu sistem yang saling bergantung dengan anggota keluarga yang lain, (3) Pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat pasien seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang hanya membantu pasien dan keluarga sementara (4) Sebagai penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab skizofrenia adalah kurangnya pengetahuan dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia. Pengetahuan keluarga yang kurang tentang gangguan jiwa skizofrenia akibatnya keluarga akan menganggap gangguan jiwa

penyakit yang memalukan dan membawa aib bagi keluarga. Penilaian masyarakat terhadap gangguan jiwa sebagai akibat dari dilanggarnya larangan, guna-guna, santet, kutukan dan sejenisnya berdasarkan kepercayaan supranatural. Dampak dari kepercayaan masyarakat dan keluarga, upaya pengobatan pasien gangguan jiwa dibawa berobat ke dukun atau paranormal (Hawari 2009).

Beberapa penelitian tentang pengetahuan keluarga telah banyak dilakukan (Ryandini 2011) menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia. Pengetahuan merupakan hasil tahu, dan ini terjadi setelah orang tersebut melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu (Notoadmojo, 2003).

Dr. Darmadi dari Klinik Jiwa Dharma Mulia Surabaya, mengatakan bahwa pasien membutuhkan perhatian dari masyarakat, terutama dari keluarga. Dukungan sosial yang diberikan keluarga terhadap penderita skizofrenia menjadi hal penting dalam proses penyembuhan penderita.

Memberikan penjelasan tentang pentingnya pengetahuan dan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia merupakan tugas tenaga kesehatan. Diharapkan dengan memberikan pendidikan kesehatan kejadian skizofrenia bisa menurun atau bahkan tidak terjadi lagi.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan Pengetahuan dengan Dukungan Keluarga pada Pasien Skizofrenia di Puskesmas Sugihwaras Kec. Sugihwaras Kab. Bojonegoro”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec. Sugihwaras Kab. Bojonegoro?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skozofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengetahuan tentang skizofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro
2. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam memberikan dukungan pada pasien skizofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro
3. Menganalisa hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga tentang pasien skizofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab,

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Puskesmas**

Puskesmas agar dapat membuat suatu perencanaan untuk meningkatkan dan memberikan motivasi untuk keluarga klien dan peran serta dukungan keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien.

### **1.4.2 Bagi Ilmu Keperawatan**

Sebagai masukan bagi ilmu keperawatan serta meningkatkan wawasan pengetahuan serta sikap dalam pengelolaan klien gangguan jiwa dengan melibatkan anggota keluarga dalam dukungan serta perawatan agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal dan berkesinambungan secara praktis penelitian ini diharapkan dapat membantu psikoterapi dan social skill training dalam dunia kedokteran. Karena selama ini dunia kedokteran belum bisa memahami secara utuh dan menyeluruh pola berbahasa dan komunikasi penderita skizofrenia. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan dalam penelitian selanjutnya.

### **1.4.3 Peneliti**

Bagi peneliti sendiri dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah didapat selama perkuliahan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Tinjauan pustaka menurut uraian yang sistematis tentang teori dasar yang relevan, fakta dan hasil penelitian sebelumnya, yang berasal dari pustaka mutakhir serta memuat teori, proposi, konsep atau pendekatan terbaru yang ada hubungannya dengan penelitian yang dilakukan (Nursalam, 2008). Pada bab ini akan dibahas teori tentang 1) Pengetahuan, 2) Konsep dasar keluarga, 3) Konsep dukungan Keluarga, 4) Konsep Skizofrenia, 5) Kerangka Konsep Penelitian dan, 5) Hipotesis Penelitian.

#### **2.1 Konsep Dasar Pengetahuan**

##### 2.1.1 Pengertian

Berasal dari kata “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap sesuatu obyek tertentu, pengindraan terjadi melalui panca indra manusia. Tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari atau melalui mata dan telinga (Notoadmojo, 2005).

Pengetahuan (knowledge) adalah suatu proses dengan menggunakan panca indra yang dilakukan seorang terhadap obyek tertentu dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan (Hidayat, 2007)

Roger (1974) yang dikutip oleh Notoadmojo (2005) mengemukakan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri seseorang akan terjadi proses yang berturut turut yaitu :

- 1) Awareness (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam artistimulus (obyek) terlebih dahulu.
- 2) Interest, yaitu orang tertarik pada stimulus.
- 3) Evaluation (menimbang nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah leih baik lagi.
- 4) Trial, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
- 5) Adaption, subyk telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

#### 2.1.2 Sumber Pengetahuan

##### 1. Tradisi

Tradisi adalah suatu dasar pengetahuan dimana setiap orang tidak dianjurkan memulia mencoba memecakan masalah. Tradisi merupakan kendala dalam kebutuhan manusia karen beberapa tradisi begitu melekat sehingga validitas, manfaat dan kebenarannya tidak pernah dicoba dan diteliti.

##### 2. Autoritas

Ketergantungan terhadap suatu autoritas tidak dapat dihindarkan karena kita tidak dapat secara otomatis menjadi seorang ahli dalam mengatasi setiap permasalahan yang dihadapi.

##### 3. Pengalaman

Dalam memecahkan suatu permasalahan dapat erdasarkan pengalaman sebelumnya, dan ini merupakan pendekatan yang penting dan bermanfaat.



#### 4. Trial and error

Kadaang kita dalam menyelesaikan suatu permasalahan keberhasilan kita dalam menggunakan alternative pemecahan melalui” Coba dan salah” .

#### 5. Alasan yang Logis

Dalam menyelesaikan suatu masalah berdasarkan proses penelitian yang logis. Pemikiran ini merupakan komponen yang penting dalam penekatan ilmiah akan tetapi alasan rasional sangat terbatas.

#### 6. Metode Ilmiah

Pendekatan ilmiah adalah pendekatan yang paling tepat untuk mencari suatu kebenaran, karena didasari pada pengetahuan yang terstruktur dan sistematis, serta dalam pengumpulan dan menganalisa datanya didasarkan pada prinsip validitas dan rehabilitas, (Nursalam, 2007).

##### 2.1.3 Komponen Pengetahuan

Komponen pengetahuan menurut ( Notoadmojo, 2005 ) antara lain:

##### 1. Tahu

Pengetahuan berkenaan dengan bahan yang dipelajari sebelumnya disebut juga istilah recal (mengingat lagi) namun apa yang telah diketahui hanya sekedar informasi yang diingat saja. Oleh sebab itu ini merupakan tonngkat pengetahuan yang rendah.

##### 2. Pemahaman

Adalah pemahaman mengetahui arti sesuatu bahan yang telah dipakai dipelajari seperti menafsirkan. Menjelaskan dan meringkas tentang suatu komponen. Ini lebih tinggi dari pengetahuan.

### 3. Penerapan

Adalah kemampuan menggunakan suatu bahan yang telah dipelajari dalam sesuatu yang baru atau konkrit.

### 4. Analisa

Adalah suatu komponen untuk menjabarkan materi atau suatu bahan obyek kedalam komponen-komponen tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitanya sama lain.

### 5. Sintesa

Kemampuan untuk menghimpun bagian dalam keseluruhan seperti merugikan tema rencana atau melihat hubungan abstrak dan sebagian fakta.

### 6. Evaluasi

Adalah berkenan dengan kemampuan menggunakan pengetahuan untuk membantu penelitian terhadap sesuatu berdasarkan maksud atau kriteria tertentu

#### 2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

##### 1. Faktor eksternal

###### (1) Kebudayaan

Kebudayaan dimana kita hidup dibesar mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan maka sangatlah mungkin berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi seseorang (Notoatmojo, 2005).

## (2) Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna dapat diartikan sebagai pemberitahuan sesering adanya informasi baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestis dibawa oleh informasi tersebut pendidikan ini biasanya digunakan.

## 2) Faktor Internal

### (1) Pendidikan

Pendidikan adalah setiap usaha pengaruh pelindung dan bantuan yang diberikan kepada anak yang tertuju pada kedewasaan GBHN Indonesia tentang mengidentifikasi lain bahwa pendidikan diri dalam dan dari luar sekolah dan berlangsung seumur hidup (Notoatmojo, 2005)

### (2) Pengalaman

Pengalaman adalah sesuatu pengalaman sama sekali terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan emosi penghayatan. Pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas (Syaifuddin, 2005).

### (3) Usia

Usia individu terhitung mulai dilakukang sampai berulang tahun, makin cukup umur kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang telah dewasa akan lebih percaya dari pada seseorang yang belum cukup tinggi kedewasaanya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan

dijawainya makin tua seseorang makin kondusif dalam menggunakan koping masalah yang dihadapi.

#### (4) Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan untuk mencari nafkah atau pencarian. Masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan mempunyai waktu yang lebih sedikit untuk memperoleh informasi.

#### (5) Pendapatan

Pendapatan adalah sesuatu yang didapatkan dan sebelumnya belum ada, pendapatan erat sekali dengan status kesehatan.

### 2.1.5 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dengan dipresentasikan tetapi berupa prosentasi lalu ditafsirkan dengan kalimat yang bersifat kualitatif, yaitu:

1. Baik : Hasil persentasi 76-100%
2. Cukup : Hasil persentasi 56-75%
3. Kurang : Hasil persentasi <55%

## 2.2 Konsep Dasar Keluarga

### 2.1.1 Pengertian

Keluarga didefinisikan dengan beberapa cara pandang. Keluarga dapat dipandang sebagai tempat pemenuhan kebutuhan biologis bagi para anggotainya. Cara pandang dari sudut psikologis keluarga adalah tempat berinteraksi dan

berkembangnya kepribadian anggota keluarga. Secara ekonomi keluarga dianggap sebagai unit yang produktif dalam menyediakan materi bagi anggotanya dan secara sosial adalah sebagai unit yang bereaksi terhadap lingkungan yang lebih luas (Yupi 2004).

Keluarga adalah perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi dan tiap-tiap anggota selalu berinteraksi satu sama lain. (Mubarak, 2009)

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum; meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari setiap anggota. (Durvall dalam Wahit, dkk 2009),

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah suatu unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih yang disatukan oleh suatu hubungan darah, perkawinan atau ikatan-ikatan emosional dan dan kebersamaan dalam pemenuhan kebutuhan psikologis, tempat berinteraksi antara individu masing.

### 2.1.2 Ciri-Ciri Keluarga

Menurut Robert dan Charles dalam Ali (2009) menjelaskan ciri-ciri keluarga sebagai berikut: 1) Keluarga merupakan hubungan ikatan perkawinan, 2) Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara, 3) Keluarga mempunyai suatu sistem tata nama (nomenclatur), termasuk perhitungan garis keturunan, 4), Keluarga mempunyai fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggotanya

berkaitan dengan kemampuan untuk mempunyai keturunan dan membesarkan anak, 5) Keluarga mempunyai tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.

### 2.1.3 Fungsi Keluarga

Menurut Nasrul (1998) dalam Utomo (2011) Fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Fungsi Biologis terdiri dari: (1) meneruskan keturunan, (2) memelihara dan membesarkan anak, (3) memenuhi kebutuhan gizi keluarga, (4) memelihara dan merawat anggota keluarga.
- 2) Fungsi psikologis terdiri dari: (1) memberikan kasih sayang dan rasa aman, (2) memberikan perhatian diantara anggota keluarga, (3) memberikan pendewasaan kepribadian anggota keluarga, (4) memberikan identitas keluarga.
- 3) Fungsi Sosialisasi terdiri dari: (1) membina sosialisasi pada anak, (2) membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, (3) meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- 4) Fungsi ekonomi terdiri dari: (1) mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga, (2) pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, (3) menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga yang akan datang, misalnya pendidikan anak-anak dan bekal untuk hari tua.
- 5) Fungsi Pendidikan terdiri dari: (1) Menyekolahkan anak untuk memberi pengetahuan, ketrampilan, dan membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimiliki, (2) mempersiapkan anak untuk kehidupan

dewasa yang akan datang untuk memenuhi peranya sebagai orang dewasa,  
(3) mendidik anak sesuai perkembanganya.

#### 2.1.4 Bentuk dan Tipe Keluarga

Menurut Wahit (2009) bentuk dan tipe keluarga sebagai berikut:

- 1) Traditional nuclear : Traditional Nuclear adalah keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak yang tinggal dalam suatu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja diluar rumah.
- 2) Extended Family : Extended Family adalah keluarga inti yang ditambah dengan sanak saudara, misalnya kakek, nenek, keponakan, saudara, sepupu, paman, bibi, dan sebagainya.
- 3) Reconsituted Nuclear : Reconsituted nuclear adalah berbentuk baru dari keluarga inti melalui perkwinan kembali suami atau istri, tinggal dalam pembentukan suatu rumah dengan anak –anaknya, baik itu dari bawaan perkawinan lama maupu perkawinan baru, satu atau kedunya dapat bekerja diluar rumah.
- 4) Middle age atau Aging Couple : Middle age atau Aging Couple adalah suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau keuanya bekerja durumah anak-anak yang sudah meninggalkan rumah karena sekolah, atu perkawinan atau meniti karir.
- 5) Dyadic Nuclear : Dyadic Nuclear adalah suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak , keduanya atau salah satu bekerja diluar rumah.

- 6) Single Parent : Single Parent adalah satu orang tua atau sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya atau anak-anak dapat tinggal dirumah atau diluar rumah.
- 7) Dual Carrier : Dual Carrier adalah suami istri atau keduanya berkarier dan tanpa anak.
- 8) Computer Married : Computer Married adalah suami istri atau keduanya orang berkarier dan tinggal terpisah dengan jarak tertentu, keduanya mencari pada waktu-waktu tertentu.
- 9) Single Adult : Single Adult adalah wanita atau pria yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk menikah
- 10) Tree Generation : Tree Generation adalah tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.
- 11) Institutional : Institutional adalah anak-anak atau orang dewasa yang tinggal dalam satu panti-panti
- 12) Comunal : Comunal adalah satu rumah terdiri atas dua atau lebih pasangan yang monogami anak-anaknya dan bersama-sama dalam menyediakan fasilitas.
- 13) Group Marriage : Group Marriage adalah satu perumahan terdiri atas orang tua dan keturunannya didalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah menikah dengan orang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
- 14) Unmarried Parent and Child : Unmarried Parent and Child adalah ibu dan anak dimana perkawinan tidak dikehendaki, anak diadopsi.



15) Cohibing Couple : Cohibing Couple adalah dua orang atau satu asangan yang tinggal bersama tanpa pernikahan

#### 2.1.5 Tahap Kehidupan Keluarga

Menurut Nasrul (1998) dalam Utomo (2011) tahap-tahap kehidupan keluarga yaitu :

- 1) Tahap Pembentukan keluarga : tahap ini dimulai dari pernikahan, yang dilanjutkan dalam membenruk rumah tangga.
- 2) Tahap menjelang kelahiran anak : tugas keluarga yang pertama untuk mendapat keturunan sebagai generasi penerus, melahirkan anak merupakan kebanggaan bagi keluarga yang merupakan saat-saat yang dinantikan.
- 3) Tahap menghadapi bayi : Dalam hal ini keluarga mengasuh mendidik dan memberikan kasih sayang kepada anak, karena pada tahap ini bayi kehidupannya sangat tergantung kepada keluarganya.
- 4) Tahap menghadapi anak prasekolah : Pada tahap ini anak sudah mulai mengenal kehidupan sosialnya, sudah mulai bergaul dengan teman sebayanya, tetapi sangat rawan dalam masalah kesehatan, karena tidak mengetahui mana yang kotor dan mana yang bersih.
- 5) Tahap menghadapi anak usia sekolah : Dalam tahap ini tugas keluarga adalah bagaimana mendidik anak, mengajari anak untuk mempersiapkan masa depannya, membiasakan anak belajar secara teratur, mengontrol tugas-tugas sekolah anak, dan meningkatkan peningkatan pengetahuan umum anak.

- 6) Tahap Menghadapi Anak Remaja : tahap ini adalah tahap yang paling rawan, karena tahap-tahap ini anak mencari identitas diri dalam membentuk kepribadiannya, oleh karena itu suri tauladan dari kedua orang tua sangat dibutuhkan.
- 7) Tahap Melepaskan Anak ke Masyarakat : setelah melalui tahap remaja dan anak telah dapat menyelesaikan pendidikannya, maka tahap selanjutnya adalah melepaskan anak ke masyarakat dalam memulai kehidupan yang sesungguhnya.
- 8) Tahap Berdua Kembali : setelah anak besar dan menempuh kehidupan keluarga sendiri –sendiri, maka tinggal suami istri berdua kembali. Dalam tahap ini keluarga akan meras sepi, dan bila tidak dapat menerima kenyataan akan menimbulkan stres dan depresi.
- 9) Tahap Masa Tua : Tahap ini masuk ke tahap lanjut usia, dan kedua orang tua mempersiapkan diri untuk meninggalkan dunia yang fana ini.

#### 2.1.6 Tugas Keluarga

Tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan menurut fredman dalam Ali (2009) adalah 1) Menenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga, 2) mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat, 3) memberikan perawat kepada anggota keluarga yang sakit, 4) mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan

perkembangan kepribadian angka keluarga, 5) mempertahankan hubungan timbal balik antar keluarga dan fasilitas kesehatan.

#### 2.1.7 Tahapan Sehat Sakit dalam Keluarga

Menurut Marilyn (1998) dalam Utomo (2011) Sehat sakit dan interaksi keluarga terhadap tahapan-tahapan tahap sakit dalam keluarga meliputi :

- 1) Tahap pencegahan sakit dan pengurangan resiko : agar strategi sehat dapat berhasil, biasanya menuntut perbaikan pola hidup seluruh anggota keluarga. Bahkan dalam anggota keluarga, para anggota keluarga perlu mempelajari status sehat dan citra tubuh seperti apakah tubuh mereka lemah, sakit-sakitan, sehat atau sembuh.
- 2) Tahap penyakit yang dialami oleh keluarga dan penilaian : tahap ini dimulai bila gejalanya diketahui, diinterpretasikan sejauh mana menyangkut keseriusannya kemungkinan dan arti pentingnya dan ditemukan dengan berbagai masalah.
- 3) Tahap mencari perawatan : Tahap mencari kesehatan mulai ketika keluarga menyatakan bahwa anggota keluarga yang sakit memang benar sakit dan memerlukan pertolongan. Keluarga mulai mencari informasi, penyembuhan, nasehat dan validitas dari keluarga luas, teman-teman non profesionallainya atau struktur rujukan awam. Keputusan menyangkut apakah penyakit dari seseorang anggota

keluarga harus ditangani dirumah atau ditangani pada sarana kesehatan cenderung dirundingkan oleh keluarga.

- 4) Kontak keluarga dengan tahap istem sehat : Kontak yang dilakukan keluarga juga berfriatif, mulai dari lebih praktis. Dari sinilah kita memandang apa yang dilakukan keluarga sebagai fasilitas perawatan primer itu sudah memadai atau belum yang sesuai dengan kondisi sakit yang dialami oleh ngota keluarga.
- 5) Tahap respon akut keluarga dan pasien : Tahap respon akut juga berkenan dengan penyesuaian segera dibuat oleh keluarga dengan anggota keluarga yang sakit. Tidak menutup kemungkinan juga bila penyakit yang dialami oleh anggota keluarga merupakan penyakit yang mengancam jiwa., krisis keluarga akan mengalami kekacauan sebentar sebagai respon dari kekuatan stressor.
- 6) Tahap adaptasi dan pemulihan penyakit : keluarga memainkan peran bersifat medukung selama masa penyembuhan dan pemulihan klien. Apabila dukukungan semacam ini tidak ada maka keberhasilan penyembuhan akan sangat berkurang.

Secara ringkas dari keenam tahap tersebut, kebiasaan yang digunakan oleh keluarga untuk mempengaruhi kesehatan para angotanya adalah: 1) Sebagai penyebab atau sumber penyakit. 2) Sebagai suatu faktor yang mempengaruhi lintasan penyakit seorang anggota masyarakat ketika penyakit tersebut menyerang. 3) Sebagai tempat penyebaran penyakit dari satu anggota ke anggota lain. 4)

Sebagai faktor penentu penggunaan perawatan kesehatan. 5) Sebagai faktor penentu memutuskan dimana penanganan harus diberikan. 6) Sebagai pendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan.

## **2.3 Konsep Dukungan Keluarga**

### **2.2.1 Pengertian**

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang melindungi seseorang dari efek stress yang buruk (Kaplan dan Sadock, 2002). Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sikap, tindakan penerimaan keluarga terhadap anggota keluarganya, berupa dukungan informasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional. Jadi dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikan.

### **2.1.2 Tipe Keluarga**

Dukungan keluarga terhadap seseorang dapat dipengaruhi oleh tipe keluarga. Menurut Suprajitno (2004), pembagian tipe keluarga tergantung pada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan. Secara tradisional tipe keluarga dapat dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Keluarga inti (nuclear family) adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

- b. Keluarga besar (extended family) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih memiliki hubungan darah seperti kakek, nenek, paman dan bibi.

Tipe keluarga yang dianut oleh masyarakat di Indonesia adalah tipe keluarga tradisional. Menurut Allender & Spradley (2001) dalam Achjar (2010).

Tipe keluarga tradisional dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Keluarga inti (nuclear family) yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak (anak kandung atau anak angkat).
- b. Keluarga besar (extended family), yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman dan bibi.
- c. Keluarga dyad yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri tanpa anak.
- d. Single parent yaitu keluarga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat.
- e. Keluarga usia lanjut yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut. Menurut Friedman (1998), individu yang tinggal dalam keluarga besar (extended family) akan mendapatkan dukungan keluarga yang lebih besar dibandingkan dengan individu yang tinggal dalam keluarga inti (nuclear family).

### 2.1.3 Jenis-jenis Dukungan Keluarga

Menurut House dan Kahn (1985) dalam Friedman (2010), terdapat empat tipe dukungan keluarga yaitu:

- a. Dukungan Emosional Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk bersistirahat dan juga menenangkan pikiran. Setiap orang pasti membutuhkan bantuan dari keluarga. Individu yang menghadapi persoalan atau masalah akan merasa terbantu kalau ada keluarga yang mau mendengarkan dan memperhatikan masalah yang sedang dihadapi.
- b. Dukungan Penilaian Keluarga bertindak sebagai penengah dalam pemecahan masalah dan juga sebagai fasilitator dalam pemecahan masalah yang sedang dihadapi. Dukungan dan perhatian dari keluarga merupakan bentuk penghargaan positif yang diberikan kepada individu.
- c. Dukungan instrumental Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan.
- d. Dukungan informasional Keluarga berfungsi sebagai penyebar dan pemberi informasi. Disini diharapkan bantuan informasi yang disediakan keluarga dapat digunakan oleh individu dalam mengatasi persoalan-persoalan yang sedang dihadapi.

#### 2.1.4 Faktor yang mempengaruhi dukungan

Faktor dukungan tidak terlepas dari identitas seseorang yang memberikan dukungan antara lain:

- 1) Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Erfandi, 2009)

- 2) Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan (Erfandi, 2009).
- 3) Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pola pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang (Erfandi, 2009).

#### 2.1.5 Cara Menilai Dukungan Keluarga

Menurut Nursalam (2008), untuk mengetahui besarnya dukungan keluarga dapat diukur dengan menggunakan kuisioner dukungan keluarga yang terdiri dari 12 buah pertanyaan yang mencakup empat jenis dukungan keluarga yaitu dukungan informasional, dukungan emosional, dukungan penilaian dan dukungan instrumental. Dari 12 buah pertanyaan, pertanyaan no 1-4 mengenai dukungan emosional dan penghargaan, pertanyaan no 5-8 mengenai dukungan fasilitas, dan pertanyaan no 9-12 mengenai dukungan informasi atau pengetahuan. Masing-masing dari pertanyaan tersebut terdapat 4 alternatif jawaban yaitu “selalu”, “sering”, “kadang-kadang”, dan “tidak pernah”. Jika menjawab “selalu” akan mendapat skor 3, menjawab “sering” mendapat skor 2, menjawab “kadang-kadang” mendapat skor 1, dan menjawab “tidak pernah” mendapat skor 0. Total



skor pada kuisioner ini adalah 0-36. Jawaban dari responden dilakukan dengan scoring.

#### 2.2.4 Konsep Skizofrenia

### KONSEP DASAR SKIZOPRENIA

#### 1. Pengertian

Skizofrenia berasal dari dua kata, yaitu “Skizo” yang artinya retak atau pecah (split), dan “frenia” yang artinya jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa Skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (splitting of personality) (Maramis, 2008).

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai di mana-mana sejak dahulu kala. Sebelum Kraepelin tidak ada kesatuan pendapat mengenai berbagai gangguan jiwa yang sekarang dinamakan skizofrenia, (Yosep, 2010).

Gangguan Skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2004).

Menurut Kraepelin pada penyakit ini terjadi kemunduran intelegensi sebelum waktunya; sebab itu dinamakannya demensia (kemunduran intelegensi) precox (muda, sebelum waktunya), (Kaplan dan Sadock, 2003).

#### 2. Etiologi

Menurut Kaplan & Sadock, (2003) ada beberapa teori yang menguraikan factor-faktor yang menjadi penyebab skizofrenia, yaitu :

a. Diatesis-Stres Model

Teori ini menggabungkan antara faktor biologis, psikososial, dan lingkungan yang secara khusus mempengaruhi diri seseorang sehingga dapat menyebabkan berkembangnya gejala skizofrenia. Dimana ketiga faktor tersebut saling berpengaruh secara dinamis.

b. Faktor Biologis

Dari faktor biologis dikenal suatu hipotesis dopamin yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh aktivitas dopaminergik yang berlebihan di bagian kortikal otak, dan berkaitan dengan gejala positif dari skizofrenia. Penelitian terbaru juga menunjukkan pentingnya neurotransmitter lain termasuk serotonin, norepinefrin, glutamat dan GABA. Selain perubahan yang sifatnya neurokimiawi, penelitian menggunakan CT Scan ternyata ditemukan perubahan anatomi otak seperti pelebaran lateral ventrikel, atropi koteks atau atropi otak kecil (cerebellum), terutama pada penderita kronis skizofrenia.

c. Genetika

Faktor genetika telah dibuktikan secara meyakinkan. Resiko masyarakat umum 1%, pada orang tua resiko 5%, pada saudara kandung 8% dan pada anak 12% apabila salah satu orang tua menderita skizofrenia, walaupun anak telah dipisahkan dari orang tua sejak lahir, anak dari kedua orang tua skizofrenia 40%. Pada kembar monozigot 47%, sedangkan untuk kembar dizigot sebesar 12%.

#### d. Faktor Psikososial

Menurut Sirait, (2008) teori yang terkait dengan factor psikososial yaitu :

##### 1) Teori perkembangan

Ahli teori Sullivan dan Erikson mengemukakan bahwa kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang di tahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, salah interpretasi terhadap realitas dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia.

##### 2) Teori belajar

Menurut ahli teori belajar (learning theory), anak-anak yang menderita skizofrenia mempelajari reaksi dan cara berfikir irasional orang tua yang mungkin memiliki masalah emosional yang bermakna. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang karena mempelajari model yang buruk selama anak-anak.

##### 3) Teori keluarga

Tidak ada teori yang terkait dengan peran keluarga dalam menimbulkan skizofrenia. Namun beberapa penderita skizofrenia berasal dari keluarga yang disfungsional.

#### 3. Gambaran Klinis

a. Menurut Hawari (2009) perjalanan penyakit skizoprenia dapat dibagi menjadi 3 fase yaitu :

1) Fase prodromal, pada fase ini biasanya timbul gejala-gejala non spesifik yang lamanya bisa minggu, bulan ataupun lebih dari satu tahun sebelum onset psikotik menjadi jelas. Gejala tersebut meliputi : hendaya fungsi pekerjaan, fungsi sosial,

fungsi penggunaan waktu luang dan fungsi perawatan diri. Perubahan-perubahan ini akan mengganggu individu serta membuat resah keluarga dan teman, mereka akan mengatakan “orang ini tidak seperti yang dulu”. Semakin lama fase prodromal semakin buruk prognosisnya.

2) Fase aktif, pada fase Aktif gejala positif/ psikotik menjadi jelas seperti tingkah laku katatonik, inkoherensi, waham, halusinasi disertai gangguan afek. Hampir semua individu datang berobat pada fase ini, bila tidak mendapat pengobatan gejala-gejala tersebut dapat hilang spontan suatu saat mengalami eksaserbasi atau terus bertahan.

3) Fase residual, pada fase ini gejala-gejalanya sama dengan fase prodromal tetapi gejala positif/psikotiknya sudah berkurang. Di samping gejala-gejala yang terjadi pada ketiga fase di atas, penderita skizoprenia juga mengalami gangguan kognitif berupa gangguan berbicara spontan, mengurutkan peristiwa, kewaspadaan dan eksekutif (atensi, konsentrasi, hubungan sosial), (Luana, 2007).

b. Gejala skizofrenia dapat dibagi menjadi dua kelompok menurut Bleuler dalam Maramis (2008) , yaitu :

1) Gejala primer.

- a) Gangguan proses berpikir.
- b) Gangguan emosi.
- c) Gangguan kemauan
- d) Autisme.

2) Gejala sekunder.

- a) Waham

b) Halusinasi.

c) Gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain.

4. Jenis-jenis skizofrenia

a. Skizofrenia simpleks

Skizofrenia simpleks, sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi jarang sekali terdapat. Jenis ini timbul secara perlahan. Pada permulaan mungkin penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan. Makin lama ia semakin mundur dalam kerjaan atau pelajaran dan pada akhirnya menjadi pengangguran (Maramis, 2008).

b. Skizofrenia hebefrenik

Skizofrenia hebefrenik atau disebut juga hebefrenia, menurut Maramis (2008) permulaannya perlahan-lahan dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15–25 tahun. Gejala yang menyolok adalah gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada jenis ini. Waham dan halusinasi banyak sekali.

c. Skizofrenia katatonik

Menurut Maramis (2008) skizofrenia katatonik atau disebut juga katatonia, timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi stupor katatonik dan gaduh gelisah katatonik

1) Stupor katatonik

Pada stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya dan emosinya sangat dangkal. Secara tiba-tiba atau perlahan-lahan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai berbicara dan bergerak.

2) Gaduh gelisah katatonik

Pada gaduh gelisah katatonik, terdapat hiperaktivitas motorik, tapi tidak disertai dengan emosi yang semestinya dan tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar.

d. Skizofrenia paranoid

Jenis ini berbeda dari jenis-jenis lainnya dalam perjalanan penyakit. Hebefrenia dan katatonia sering lama-kelamaan menunjukkan gejala-gejala skizofrenia simplek atau gejala campuran hebefrenia dan katatonia. Tidak demikian halnya dengan skizofrenia paranoid yang jalannya agak konstan, (Maramis, 2008).

e. Episode skizofrenia akut

Gejala skizofrenia ini timbul mendadak sekali dan pasien seperti keadaan mimpi. Kesadarannya mungkin berkabut. Dalam keadaan ini timbul perasaan seakan-akan dunia luar dan dirinya sendiri berubah. Semuanya seakan-akan mempunyai arti yang khusus baginya.

Prognosisnya baik dalam waktu beberapa minggu atau biasanya kurang dari enam bulan penderita sudah baik. Kadang-kadang bila kesadaran yang

berkabut tadi hilang, maka timbul gejala-gejala salah satu jenis skizofrenia yang lainnya, (Maramis, 2008).

f. Skizofrenia residual

Skizofrenia residual, merupakan keadaan skizofrenia dengan gejala-gejala primernya Bleuler, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali serangan skizofrenia, (Maramis, 2008).

g. Skizofrenia skizoafektif

Pada skizofrenia skizoafektif, di samping gejala-gejala skizofrenia terdapat menonjol secara bersamaan, juga gejala-gejala depresi atau gejala-gejala mania. Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul lagi serangan (Maramis, 2008).

5. Diagnosis skizofrenia

Menurut Maslim (2007) diagnosis skizofrenia ditegakkan berdasarkan pedoman diagnostik PPDGJ III yaitu :

a. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

- 1) “thought echo” yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda.uyug
- 2) “thought insertion or withdrawal” yaitu isi yang asing dan luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal).

- 3) “thought broadcasting” yaitu isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya.
- 4) “delusion of control” yaitu waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau.
- 5) “delusion of passivity” yaitu waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang ”dirinya” = secara jelas merujuk kepergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus)
- 6) “delusional perception” yaitu pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;
- 7) Halusinasi auditorik
  - (a) Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau
  - (b) Mendiskusikan perihal pasien pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau
  - (c) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- 8) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dan dunia lain).



b. Paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas:

- 1) Halusinasi yang menetap dan panca-indra apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (over-valued ideas) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu minggu atau berbulan-bulan terus menerus;
- 2) Arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation), yang berkibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
- 3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (excitement), posisi tubuh tertentu (posturing), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor
- 4) Gejala-gejala “negative”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi oleh depresi atau medikasi neuroleptika;
- 5) Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase non psikotik (prodromal)
- 6) Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (overall quality) dan beberapa aspek perilaku pribadi (personal behavior), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak

berbuat sesuatu sikap larut dalam diri sendiri (self-absorbed attitude), dan penarikan diri secara sosial.

Menurut Maramis, (2008) membuat diagnosa skizoprenia dengan memperhatikan gejala-gejala pada tiga buah koordinat. Koordinat pertama (organobiologik) yaitu, autisme, gangguan afek dan emosi, gangguan asosiasi (proses berfikir), ambivalensi (gangguan kemauan) serta gangguan aktifitas maupun gangguan konsentrasi. Koordinat kedua (psikologik) yaitu, gangguan pada cara berfikir yang tidak sesuai lagi dengan perkembangan keperibadian, dengan memperhatikan perkembangan ego, sistematis motivasi dan psikodinamika dalam interaksi dengan lingkungan. Koordinat ketiga (sosial) yaitu, gangguan pada kehidupan sosial penderita yang diperhatikan secara fenomenologik.

#### 6. Prognosis skizofrenia

Walaupun remisi penuh atau sembuh pada skizofrenia itu ada, kebanyakan orang mempunyai gejala sisa dengan keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami perburukan. Sampai saat ini belum ada metode yang dapat memprediksi siapa yang akan menjadi sembuh siapa yang tidak, tetapi ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya seperti : usia tua, faktor pencetus jelas, onset akut, riwayat sosial / pekerjaan pramorbid baik, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan mood, sistem pendukung baik dan gejala positif ini akan memberikan prognosis yang baik sedangkan onset muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak

menikah/janda/duda, riwayat keluarga skizofrenia, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, tidak remisi dalam 3 tahun, sering relaps dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk, (Luana, 2007).

## 7. Pengobatan skizofrenia

### a. Psikofarmaka

Pada dasarnya semua obat anti psikosis mempunyai efek primer (efek klinis) yang sama pada dosis ekuivalen, perbedaan utama pada efek sekunder (efek samping: sedasi, otonomik, ekstrapiramidal). Pemilihan jenis anti psikosis mempertimbangkan gejala psikosis yang dominan dan efek samping obat. Pergantian disesuaikan dengan dosis ekuivalen. Apabila obat antipsikosis tertentu tidak memberikan respons klinis dalam dosis yang sudah optimal setelah jangka waktu yang tepat, dapat diganti dengan obat anti psikosis lain (sebaiknya dan golongan yang tidak sama) dengan dosis ekuivalennya. Apabila dalam riwayat penggunaan obat anti psikosis sebelumnya sudah terbukti efektif dan efek sampingnya ditolerir baik, maka dapat dipilih kembali untuk pemakaian sekarang. Bila gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif pilihannya adalah obat anti psikosis atipikal. Sebaliknya bila gejala positif lebih menonjol dibandingkan gejala negatif pilihannya adalah tipikal. Begitu juga pasien-pasien dengan efek samping ekstrapiramidal pilihan kita adalah jenis atipikal (Maramis, 2008).

Obat antipsikotik yang beredar di pasaran dapat di kelompokkan menjadi dua bagian yaitu anti psikotik generasi pertama (APG I) dan anti psikotik generasi ke dua (APG II). APG I bekerja dengan memblok reseptor D2 di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal dan tuberoin fundibular sehingga dengan cepat

menurunkan gejala positif tetapi pemakaian lama dapat memberikan efek samping berupa: gangguan ekstrapiramidal, tardive dyskinesia, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual/peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Selain itu APG I menimbulkan efek samping anti kolinergik seperti mulut kering pandangan kabur gangguan miksi, defekasi dan hipotensi. APG I dapat dibagi lagi menjadi potensi tinggi bila dosis yang digunakan kurang atau sama dengan 10 mg di antaranya adalah trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide. Obat-obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah bila dosisnya lebih dari 50 mg di antaranya adalah chlorpromazine dan thiondazine digunakan pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur. APG II sering disebut sebagai serotonin dopamin antagonis (SDA) atau anti psikotik atipikal. Bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada keempat jalur dopamin di otak yang menyebabkan rendahnya efek samping ekstrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. Obat yang tersedia untuk golongan ini adalah clozapine, olanzapine, quetiapine dan risperidon, (Luana, 2007).

Dalam pengaturan dosis perlu mempertimbangkan:

- 1) Onset efek primer (efek klinis): 2-4 minggu. Onset efek sekunder (efek samping): 2-6 jam.
- 2) Waktu paruh: 12-24 jam (pemberian 1-2x per hari)
- 3) Dosis pagi dan malam dapat berbeda (pagi kecil, malam besar) sehingga tidak mengganggu kualitas hidup penderita.

- 4) Obat anti psikosis long acting: fluphenazine decanoate 25 mg/cc atau haloperidol decanoas 50 mg/cc, IM untuk 2-4 minggu. Berguna untuk pasien yang tidak/sulit minum obat, dan untuk terapi pemeliharaan.

#### b. Psikososial

Ada beberapa macam metode yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Psikoterapi individual
  - a) Terapi suportif
  - b) Sosial skill training
  - c) Terapi okupasi
  - d) Terapi kognitif dan perilaku (CBT)
- 2) Psikoterapi kelompok
- 3) Psikoterapi keluarga
- 4) Manajemen kasus : Assertive Community Treatment (ACT)

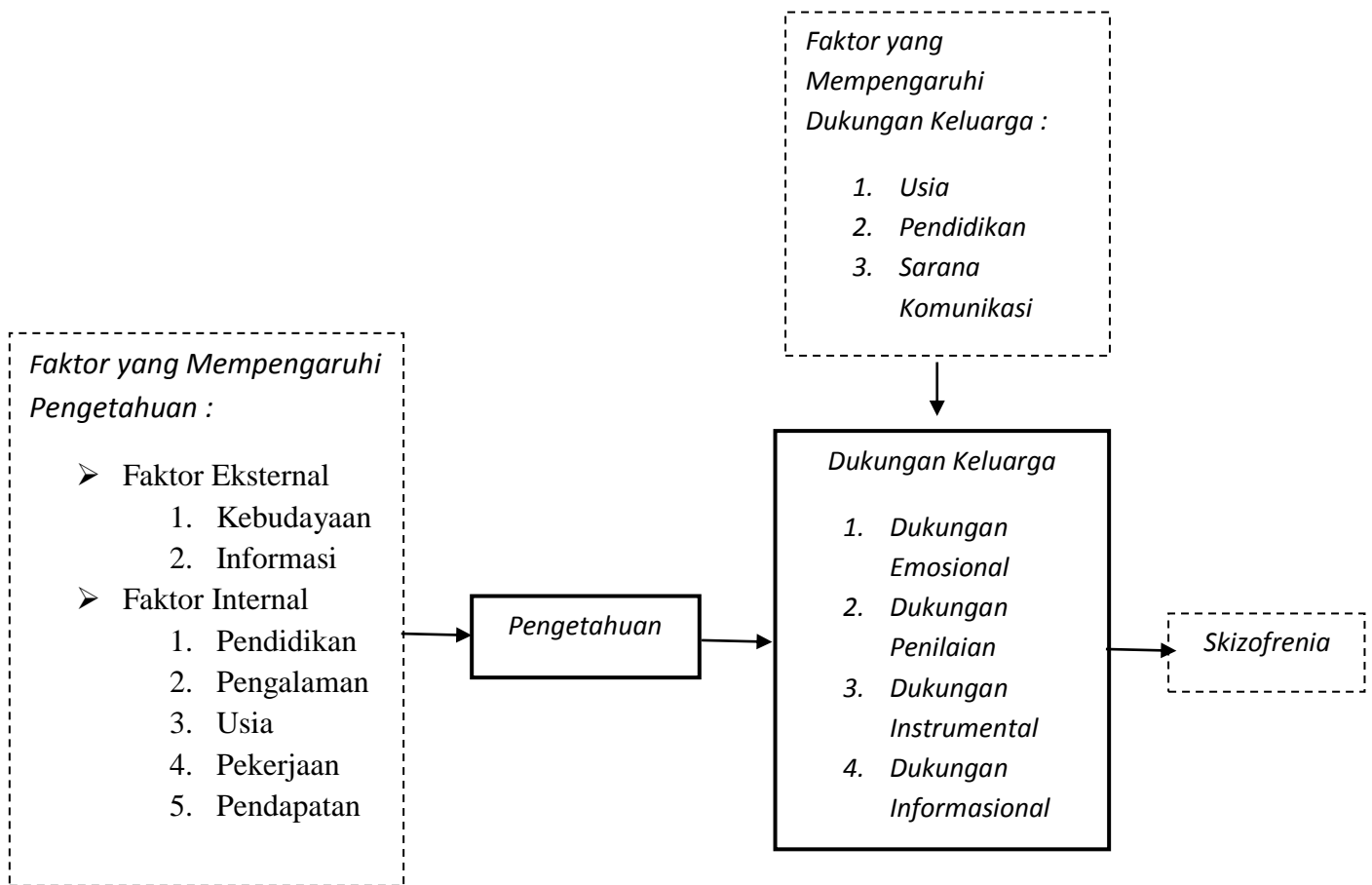
#### 8. Prognosa.

- a. Kesembuhan total (total recovery), mungkin sembuh seterusnya dan mungkin kambuh 1 – 2 kali.
- b. Kesembuhan sosial (sosial recovery).
- c. Keadaan kronis yang stabil.
- d. Umur : makin muda umur permulaannya makin jelek prognosanya.
- e. Kepribadian prepsikotik : bila skizoid dan hubungan antar manusia kurang memuaskan maka prognosa lebih jelek.
- f. Bila skizoprenia timbul secara akut, maka prognosa lebih baik daripada bila penyakit itu mulai secara pelan-pelan.

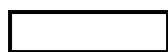
- g. Prognosa pada jenis katatonik yang paling baik.
- h. Pengobatan : makin cepat pengobatan makin baik prognosanya.
- i. Bila terdapat faktor pencetus, seperti penyakit badaniah atau stres psikologik maka prognosa lebih baik.
- j. Faktor keturunan : prognosa menjadi lebih berat bila di dalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia

## **2.5 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat di komunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan suatu keterkaitan antar variabel (baik variabel yang di teliti maupun yang tidak di teliti (Nursalam, 2008)



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Gambar 2.3 kerangka konsep hubungan dengan dukungan keluarga tentang pasien skizofrenia di UPT Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab Bojonegoro,

## **2.6 Hipotesis**

Hipotesis dalam suatu penelitian merupakan jawaban sementara dari pertanyaan penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang sebenarnya akan di buktikan dalam penelitian tersebut (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Hipotesis yang diajukan dala penelitian ini adalah  $H_1$

$H_1$ : Terdapat hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro



## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

Pada bab ini akan disajikan: 1) Desain penelitian, 2) Kerangka kerja penelitian, 3) Sampling desain, 4) Identifikasi variable, 5) Definisi operasional, 6) Pengumpulan data dan analisis, 7) Etika penelitian.

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian adalah mendefinisikan variable secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, A. Aziz Alimul, 2007). Desain penelitian merupakan keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Nursalam, 2008).

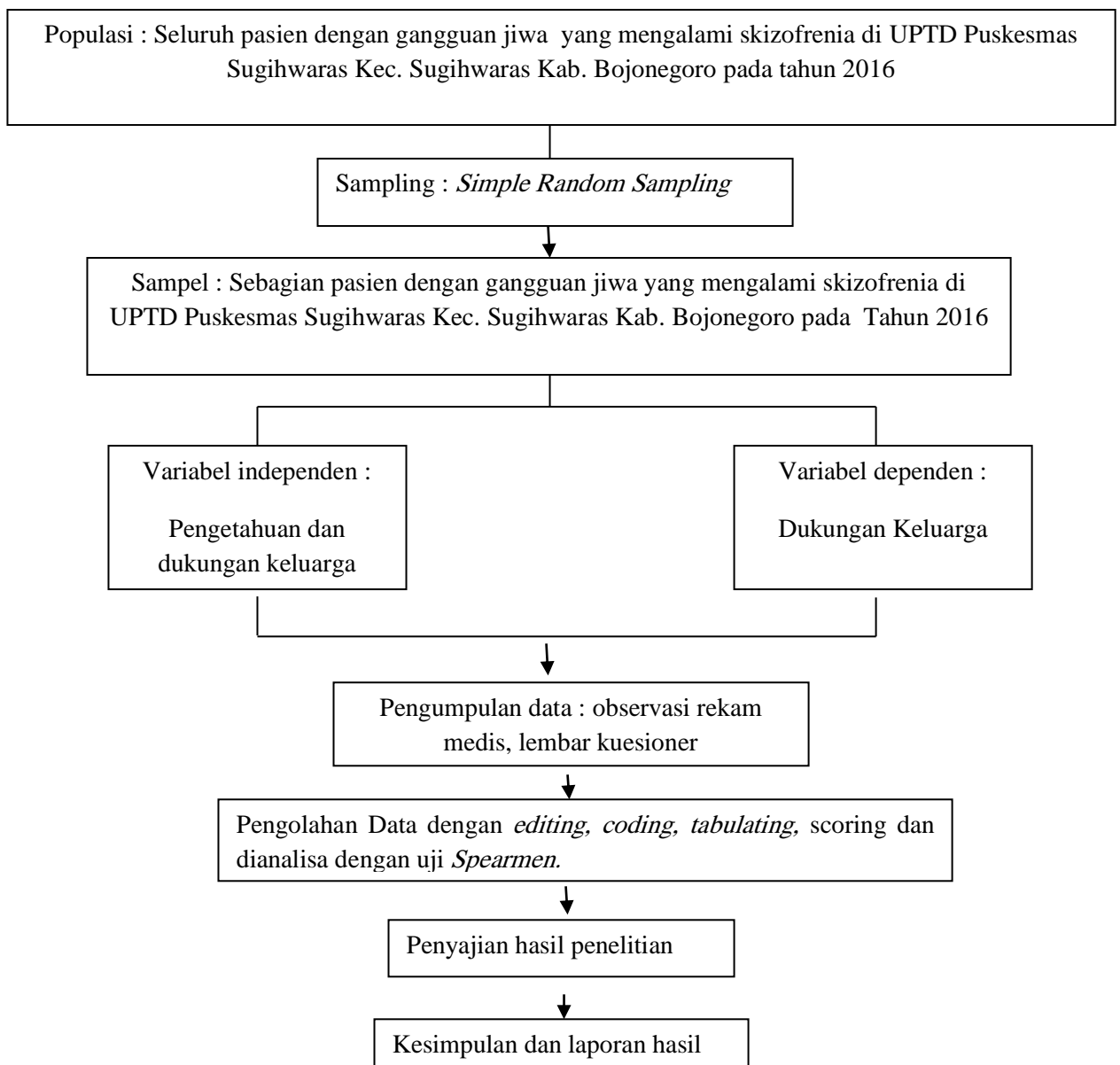
Desain penelitian dalam penelitian ini adalah menggunakan metode analitik yaitu mencari keterkaitan antara dua variable, pendekatannya dengan *cara cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi variable independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2008).

#### **3.2 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dijadwalkan bulan Oktober 2016- Maret 2017, dan pengambilan data responden pada bulan Maret 2016 dengan lokasi penelitian di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.

### 3.3 Kerangka Kerja

Kerangka kerja adalah langkah-langkah dalam aktifitas ilmiah mulai dari penetapan populasi, sampel dan seterusnya, yaitu kegiatan sejak awal penelitian akan dilaksanakan (Nursalam,2008). Kerangka kerja dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut



Gambar 3.1 Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Pengetahuan Dengan Dukungan Keluarga Pada Pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.

### **3.4 Identifikasi Variabel**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (Nursalam, 2014).

#### **3.4.1 Variabel Independent**

Variable *independent* atau variable bebas adalah variable yang nilainya menentukan nilai variable lain (Nursalam, 2008). Variabel *independent* pada penelitian ini adalah Pengetahuan Keluarga

#### **3.4.2 Variabel Dependent**

Variable *dependent* atau variable terikat adalah variable yang nilainya ditentukan oleh variable lain (Nursalam, 2008). Variable *dependent* pada penelitian ini adalah Dukungan Keluarga.

### **3.5 Definisi Operasional**

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2008).

Tabel 3.1 Definisi Operasional Hubungan Pengetahuan Dengan Dukungan Keluarga Pada Pada Pasien Skizofrenia diUPTD Puskesmas Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro.

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala Data	Skor
Variable independen : Pengetahuan keluarga	Suatu yang diketahui keluarga mengenai skizofrenia  Jawaban yang benar dari pertanyaan	Indikator yang digunakan dalam penelitian ini adalah: 1. Tahu (pengertian, bentuk) 2. Memahami (akibat, faktor) 3. Melakukan (memberukan dukungan pada pasien skizofreni)	Kuersioner tertutup	Ordinal	Kode : Kurang : 0 Cukup : 1 Baik : 2  1. Pengetahuan baik : 76-100% 2. Pengetahuan cukup : 56-75% Pengetahuan kurang : < 56%
Variabel Dependen : Dukungan	Memotivasi keluarga untuk	1.Tidak dapat memberikan	Kuesioner tertutup	Nominal	(Sangat mendukung) kode 1

keluarga	memberikan perhatian pada pasien skizofrenia	mitivasi pada penderita dengan benar 2.Tidak dapat memilih motivasi yang benar			(Tidak mendukung) kode 2
----------	--	---	--	--	-----------------------------

### 3.6 Sampling Desain

#### 3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek dan subjek, yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian di tarik kesimpulannya (Hidayat, A. Azis Alimul, 2007).Populasi adalah subjek yang memenuhi criteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Penelitian ini menggunakan populasi berjumlah 30 orang.

#### 3.6.2 Sampling

Sampling adalah proses penyeleksi porsi dari populasi. Tehnik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengna keseluruhan subjek

penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi(Nursalam, 2008). Metode sampling yang digunakan adalah *simple random sampling*.

### 3.6.3 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, A. Azis Alimul, 2007). Dalam penelitian ini sampelnya adalah keluarga yang mempunyai anggota skizofrenia perkiraan sebanyak 28 orang.

Dengan menggunakan perhitungan sampel menurut( Nursalam, 2008).

Rumus besar sampel finith : sampel penelitian

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan:

n : Perkiraan jumlah sampel

N : Perkiraan besar populasi

Z : Nilai standar normal untuk  $\alpha = 0,05$  (1,96)

p : Perkiraan proporsi

q : 1-p (100% - p)

d : Tingkat kesalahan yang dipilih (d = 0,05 )

## **3.7 Pengumpulan dan Analisa Data**

### **3.7.1 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah proses pendekatan pada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan suatu penelitian (Nursalam 2008).

#### 1) Proses Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah yang dilakukan peneliti dalam mengumpulkan data yaitu dengan cara meminta ijin dari pihak terkait yaitu Ketua STIKES Muhammadiyah Lamongan. Ketua STIKES membuat surat izin yang dapat digunakan melakukan penelitian. Surat langsung dikirim ke tempat tujuan penelitian yaitu di UPTD puskesmas Sugihwaras kabupaten Bojonegoro untuk melakukan penelitian. Dengan demikian penelitian dapat dilanjutkan ke tahap berikutnya dengan melakukan pengumpulan data.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti datang ke rumah-rumah warga di Kecamatan Sugihwaras Kec, Sugihwaras Kab, Bojonegoro dan menetapkan masyarakat yang ingin diteliti. Peneliti akan menjelaskan kepada responden maksud dan tujuan penelitian serta meminta persetujuan dengan cara menandatangani lembar persetujuan atau *informed consent*.

### **3.7.2 Instrumen dan Alat Ukur**

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik

dalam arti cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini untuk pengumpulan data menggunakan lembar angket/ kuesioner yang mana jumlah pertanyaan untuk variabel independen terdiri dari 15 pertanyaan modifikasi dari kuesioner penelitian Asih Dwi H.P. (2012) dan variabel dependen terdiri dari 15 pertanyaan kuesioner dari hasil membuat sendiri

### **3.7.3 Pengolahan Data**

#### *3.7.3.1 Editing*

*Editing* merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir (Notoatmodjo, 2010).

Dalam penelitian ini proses *editing* dilakukan penyuntingan dan penyusunan data yang telah terkumpul. Selanjutnya akan dilakukan pemeriksaan mengenai kelengkapan dari pengisian jawaban lembar kuesioner.

#### *3.7.3.2 Coding*

Mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden ke dalam kategori-kategori. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban (Narbuko dan Achmadi, 2001).

#### *3.7.3.3 Scoring*

Menentukan skor atau nilai terhadap hasil pengamatan yang diperoleh.

##### 1) Variabel independen: pengetahuan keluarga tentang skizofrenia

Skor untuk menilai pengetahuan menggunakan kuesioner tertutup dengan 15 pertanyaan, jika jawaban benar kode 1 dan jika jawaban salah diberi kode 2 Adapun rumus prosentase yang digunakan menurut Aziz (2007), adalah sebagai berikut:



$$N = \frac{\sum Sp}{\sum Sm} \times 100\%$$

Keterangan :

N : prosentase

$\sum Sp$  : jumlah skor yang didapat

$\sum Sm$  : jumlah skor tertinggi

Dari hasil analisa data tersebut akan diinterpretasikan :

1. Pengetahuan kurang :  $\leq 56\%$ , kode 1
  2. Pengetahuan sedang : 56-75%, kode 2
  3. Pengetahuan baik : 76-100%, kode 3
- 2) Variabel dependen: dukungan keluarga pada pasien skizofrenia

Skor untuk menilai kesiapsiagaan menggunakan kuesioner tertutup dengan 35 pertanyaan dengan penilaian jawaban sangat setuju diberi skor 5, jawaban setuju diberi skor 4, jawaban kurang setuju diberi skor 3, jawaban tidak setuju diberi skor 2 dan jawaban sangat tidak setuju diberi skor 1. Adapun untuk mendeskripsikan pengetahuan dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$Indeks = \frac{\text{Total riil parameter}}{\text{Skor maksimum parameter}} \times 100\%$$

Keterangan :

Indeks : prosentase

Total riil parameter : jumlah skor yang didapat

Skor maksimum parameter : jumlah skor tertinggi

Dari hasil analisa data tersebut akan diketahui pengetahuan keluarga tentang skizofrenia:

1. Pengetahuan Sangat kurang : < 40%
2. Pengetahuan kurang : 40-54 %
3. Pengetahuan Sedang : 55-64 %
4. Pengetahuan Baik : 65-79 %
5. Pengetahuan sangat baik : 80-100%

Hasil prosentase kemudian diinterpretasikan dengan modifikasi kesimpulan menurut kriteria Suharsimi Arikunto (2006) sebagai berikut:

1. 100% : seluruhnya
2. 76% - 99% : hampir seluruhnya
3. 51% - 75% : sebagian besar
4. 50% : setengah atau sebagian
5. 26% - 49% : hampir setengahnya atau hampir sebagian
6. 1% - 25% : sebagian kecil
7. 0% : tidak satupun

#### 3.7.3.4 *Tabulating*

*Tabulating* yaitu pekerjaan membuat tabel jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori jawaban kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Setelah proses *editing*, *coding* dan *scoring* terselesaikan maka selanjutnya dibuat tabel sesuai urutan kuesioner dan jawaban responden serta dilakukan prosentase (Nursalam, 2008).

#### **3.7.4 Analisa Data**

Data yang telah dikumpulkan diolah menggunakan uji *Spearman*. Rumus koefisien korelasi untuk uji ini adalah:

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan:

$r_s$  : koefisien korelasi *Spearman*

d : beda ranking

n : jumlah sampel penelitian

Rumus yang digunakan untuk mencari nilai Student t dalam uji *Spearman* adalah:

$$t = r_s \sqrt{\frac{(n - 2)}{(1 - r_s^2)}}$$

Keterangan :

t : uji Student t

$r_s$  : koefisien korelasi *Spearman*

n : jumlah sampel penelitian

Dengan tingkat kemaknaan dalam penelitian ini adalah apabila  $-t$  tabel  $< t$  hitung  $< + t$  tabel, maka  $H_0$  diterima artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan dukungan Keluarga pada pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro.

### 3.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat ijin persetujuan dalam rangka melakukan penelitian di wilayah kerjanya. Koesioner di kirim ke subyek yang akan di teliti dan pengamatan akan di lakukan dengan menekankan pada masalah etik yang meliputi :

### **3.8.1 *Informed Consent* atau Lembar Persetujuan Menjadi Responden**

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian (Hidayat, A. Aziz Alimul, 2007).

### **3.8.2 *Confidentiality* (Kerahasiaan)**

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, A. Aziz Alimul, 2007).

### **3.8.3 *Anonimity* (Tanpa Nama)**

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, A. Aziz Alimul, 2007).

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil penelitian beserta Analisa hasil penelitian dari pengumpulan data yang sebelumnya telah dilakukan penyebaran kuesioner pada bulan Maret 2017 di Puskesmas Sugihwaras Bojonegoro. Pengumpulan data dilakukan secara langsung oleh peneliti setelah responden setuju dan menandatangani lembar persetujuan.

Hasil penelitian terdapat data umum dan data khusus. Data umum meliputi gambaran lokasi penelitian, karakteristik responden yang terdiri dari tingkat Pendidikan, pekerjaan, kedudukan keluarga dan umur. Sedangkan data khusus terdiri dari variabel independen pengetahuan keluarga dan variabel dependen dukungan keluarga. Kemudian data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan tabel silang yang selanjutnya akan dianalisis dengan uji spearman rho menggunakan program SPSS 16.0 *for windows* dengan tingkat signifikansi  $p < 0.05$ .

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Data Umum**

Lokasi yang digunakan untuk melakukan penelitian yaitu di Puskesmas, Peran puskesmas dan jaringannya sebagai institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan di jenjang pertama yang terlibat langsung dengan masyarakat menjadi sangat penting. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Dalam rangka menyediakan data

dasar puskesmas dan jaringannya, sejak tahun 2006 Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI diberi

tugas untuk menyelenggarakan pendataan data dasar puskesmas. Pendataan diselenggarakan dengan dua cara, yaitu (1) pengumpulan data

dasar melalui formulir rekapitulasi yang diisi oleh Dinas Kesehatan Provinsi dan (2) pengumpulan data dasar menggunakan aplikasi komunikasi

data yang diisi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

a. Berdasarkan tempat penelitian Di puskesmas sugihwaras kec sugihwaras kab bojonegoro, Puskesmas Sugihwaras dibangun pada tahun 2001 dengan luas bangunan 706,62 km<sup>2</sup>. Lokasi gedung puskesmas berada di Di tengah-tengah pusat kecamatan. Batas gedung sebagai berikut;

Utara ; Area Pemukiman warga

Selatan ; Pasar dan Sekolah

Timur ; Kecamatan Sugihwaras

Barat ; Balai Desa PAUD ds pagebangan

b. Berdasarkan Pelayanan di Puskesmas Sugihwaras yaitu terdiri dari ;

1. Rawat Inap ; terdiri dari 3 ruangan, setiap ruangan berisikan 3 bed/ tempat tidur

2. Poli Umum : beroperasi setiap hari buka mulai pukul 08.00- 14.00

3. Poli Gigi ; Beroperasi setiap hari pukul 08.00- 14.00

4. Poli Jiwa : Beroperasi setiap hari Senin dan Jum'at

5. Poli Anak : beroperasi setiap hari 08.00- 14.00

c. Tenaga Kesehatan

1. Dokter Spesialis
2. Dokter Umum
3. Dokter Gigi
4. Bidan
5. Perawat
6. Apoteker

d. Alat Transportasi di Puskesmas

1. Ambulans
2. Puskesmas Keliling
3. Sepedah motor

e. Fasilitas Di Puskesmas

1. PLN
2. Air

f. Puskesmas Terdiri dari

- a. Puskesmas Pembantu
- b. Polindes dan Poskesdes
- c. Poskestren
- d. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)
- e. Jumlah Pos Obat Desa (POD)
- f. Jumlah Pos Usaha Kesehatan Kerja (Pos UKK)
- g. Dana Sehat

#### 4.1.2 Data Karakteristik Responden

##### 1) Distribusi Pendidikan Responden

Tabel 4.1 Distribusi Pendidikan Responden di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro Bulan Maret 2017.

No.	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	SD	8	25.0
2.	SMP	8	25.0
3.	SMA	10	31.2
4.	Tidak Sekolah	6	18.8
Jumlah		32	100

Dari tabel 4.1 di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian responden berpendidikan SMA sebanyak 10 (31.2%) dan sebagian kecil tidak sekolah sebanyak 6 (18.8%).

##### 2) Distribusi Pekerjaan Responden

Tabel 4.2 Distribusi Pekerjaan Responden di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro Bulan Maret 2017.

No.	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Tidak Bekerja	8	25.0
2.	Swasta	11	34.4
3.	Wiraswata	6	18.8



4.	Pensiunan	7	21.9
Jumlah		32	100

Dari tabel 4.2 di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian pekerjaan responden adalah karyawan swata sebanyak 11 (34.4%) dan sebagian kecil adalah wiraswasta sebanyak 6 (18.8%).

### 3) Distribusi Kedudukan Responden sebagai Keluarga

Tabel 4.3 Distribusi Kedudukan Responden sebagai Keluarga Pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro BulanMaret 2017.

No.	Kedudukan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Ayah	8	25.0
2.	Suami	9	28.1
3.	Ibu	8	25.0
4.	Anak	6	18.8
5.	Sanak Saudara	1	3.1
Jumlah		32	100

Dari tabel 4.3 di atas menunjukkan bahwa kedudukan responden hampir sebagian adalah sebagai suami pasien sebanyak 9 (28.1%) dan sebagian kecil adalah sanak saudara sebanyak 1 (3.1%).

### 4) Distribusi Umur Responden

Tabel 4.4 Distribusi Umur Responden di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro Bulan Maret 2017.

No.	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1.	< 30 tahun	3	9.4
2.	31 – 40 tahun	17	53.1
3.	41 – 50 tahun	7	21.9
4.	> 50 tahun	5	15.6
Jumlah		32	100

Dari tabel 4.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian responden berumur 31 – 40 tahun sebanyak 17 (53.1 %) dan sebagian kecil berumur < 30 tahun sebanyak 3 (9.4 %).

#### 4.1.3 Data Khusus

##### 1) Pengetahuan Keluarga

Tabel 4.5 Distribusi Pengetahuan Keluarga Pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro Bulan Maret 2017.

No.	Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Kurang	9	28.1
2.	Sedang	12	37.5
3.	Baik	11	34.4
Jumlah		32	100

Dari tabel 4.5 di atas menunjukkan bahwa hampir sebagian pengetahuan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah sedang sebanyak 12 (37.5 %). Sedangkan pengetahuan keluarga yang kurang hampir sebagian sebanyak 9 (28.1 %)

## 2) Dukungan Keluarga

Tabel 4.6 Distribusi Dukungan Keluarga Pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro Bulan Maret 2017.

No.	Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Sangat Mendukung	18	56.2
2.	Tidak Mendukung	14	43.8
Jumlah		32	100

Dari tabel 4.6 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah sangat mendukung sebanyak 18 (56.2 %).

## 3) Hubungan Pengetahuan dengan Dukungan Keluarga

Dari data 32 responden apabila ditinjau berdasarkan pengetahuan dengan dukungan keluarga disajikan

Tabel 4.7 Tabel Silang Hubungan Pengetahuan dengan Dukungan Keluarga pada Pasien Skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro Bulan Maret 2017.

Pengetahuan	Dukungan				Total	
	Sangat Mendukung		Tidak Mendukung		Σ	%
	Σ	%	Σ	%		
Kurang	3	33.3	6	66.7	9	100
Sedang	5	41.7	7	58.3	12	100
Baik	10	90.9	1	9.1	11	100
Total	18	56.2	14	43.8	32	100
rs = 0.483 dan p = 0.004						

Berdasarkan tabel 4.7 didapatkan bahwa hampir sebagian keluarga dengan pengetahuan kurang sangat mendukung (33.3 %) pasien skizofrenia dan sebagian besar keluarga dengan pengetahuan kurang (66.7 %) tidak mendukung pasien skizofrenia.

Hasil uji statistik menggunakan *SPSS for Windows versi 16.0* dengan uji spearman didapatkan nilai rs sebesar 0.483 yang berarti hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga memiliki tingkat hubungan sedang dengan korelasi positif. Dikatakan korelasi positif karena salah satu nilai variabel tidak diikutivariabel lain dengan arah yang berbeda. Jika nilai variabel hubungan pengetahuan mengalami kenaikan maka variabel dukungan keluarga juga mengalami kenaikan. Jika nilai variabel pengetahuan mengalami penurunan, maka variabel dukungan keluarga akan ikut mengalami penurunan. Dan nilai signifikansi (p) sebesar 0.004. Dengan demikian nilai  $p < 0.05$ , hal ini berarti  $H_0$  ditolak yaitu terdapat

hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Pengetahuan Keluarga**

Dari tabel 4.5 dapat disimpulkan bahwa hampir sebagian pengetahuan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah cukup sebanyak 12 (37.5 %). Sedangkan pengetahuan keluarga yang kurang hampir sebagian sebanyak 9 (28.1 %). Pengetahuan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah cukup mungkin dikarenakan keluarga hampir sebagian besar berusia 31 – 40 tahun, sehingga mereka mampu menjadi cermin bagi pasien yang mengalami skizofrenia.

Faktor yang berhubungan dengan pengetahuan adalah pengalaman. Pengalaman seseorang akan sejalan dengan umur, semakin tua seseorang maka pengalamannya akan relative semakin banyak. Dari data yang didapat menunjukkan bahwa responden sebagian besar berumur antara 31 – 40 tahun. Pada keadaan tersebut terlihat bahwa, semakin tua usia keluarga, maka tingkat pengetahuan yang dimilikinya akan semakin baik. Hal tersebut sesuai dengan teori Irmayanti (2007) yang menyatakan bahwa usia mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang. Dengan usia lebih tua, maka pengalaman yang dimiliki juga akan semakin banyak dan beragam. Pengalaman dapat dijadikan cara untuk menambah pengetahuan seseorang tentang suatu hal. Selain itu usia juga akan mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah

usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya akan semakin baik.

Sedangkan menurut Iqbal Mubarak, Wahid dkk (2007) bahwa dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan pertama perubahan ukuran, kedua perubahan proporsi, ketiga hilangnya ciri-ciri lama, keempat timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berpikir seseorang semakin matang dan dewasa.

Seseorang yang bekerja pengetahuannya akan lebih luas daripada seorang yang tidak bekerja, karena dengan bekerja seseorang akan mempunyai banyak informasi yang didapatkan dari hubungan sosial, hubungan dengan orang lain, teman sejawat maupun berhubungan dengan atasan. Orang yang bekerja seperti swasta, wiraswasta kebanyakan sangat mendukung pasien skizofrenia dikarenakan dengan pekerjaan tersebut orang itu mendapatkan informasi tentang penyaki gangguan jiwa

#### **4.2.2 Dukungan Keluarga**

Dari tabel 4.6 dapat disimpulkan bahwa sebagian besar dukungan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah sangat mendukung sebanyak 18 (56.2 %). Dalam penelitian ini keluarga sangat mendukung anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa yaitu skizofrenia, keluarga sangat berperilaku positif pada hal pengobatan dan selalu memberikan dukungan pemeliharaan emosional untuk mencapai kesembuhan dan kesejahteraan anggota

keluarga dan kembali mendadaokan kebutuhan psikologi. Hal ini dikarenakan pendidikan keluarga sebagian besar SMA. Karena salah satu faktor yang mempengaruhi dukungan adalah pendidikan (Potter dan perry, 2012).

Penelitian ini sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2007) bahwa informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (immediate impact) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massayang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan. Jadi semakin banyak informasi yang didapatkan keluarga tentang skizofrenia, maka akan meningkat pula pemahaman tentang skizofrenia.

#### **4.2.3 Hubungan Pengetahuan dengan Dukungan Keluarga**

Hasil analisa korelasi *spearman* atas koefisien (r), nilai p, danjumlah subyek di UPTD Puskesmas Sugihwaeas pada bulan Maret 2017. Dari tabel 4.7 menunjukkan bahwa hasil analisis uji *rank spearman* (rs) 0.483 yang berarti hubungan pengetahuan dengan dukungan keluarga memiliki tingkat hubungan sedang dengan korelasi positif. Dikatakan korelasi positif karena salah satu nilai

variabel tidak di ikuti variabel lain dengan arah yang berbeda. Jika nilai variabel hubungan pengetahuan mengalami kenaikan maka variabel dukungan keluarga juga mengalami kenaikan. Jika nilai variabel pengetahuan mengalami penurunan, maka variabel dukungan keluarga akan ikut mengalami penurunan. Dengan tingkat signifikan  $p=0.004$  dimana  $p<0.004$ , sehingga  $H_0$  ditolak  $H_1$  diterima artinya terdapat hubungan yang sedang antara pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwarastahun 2017.

Dukungan keluarga pada pasien skizofrenia berkaitan erat dengan pengetahuan keluarga. Dalam hal ini apa bila keluarga terus memantau dan memperhatikan kebutuhan pasien skizofrenia akan memberikan efek yang baik terhadap pasien skizofrenia sehingga pasien akan menjadi lebih kooperatif dan menuruti apa yang diperintahkan oleh keluarga.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmojo yang dikutip oleh Nursalam (2008) bahwa pengetahuan dapat mempengaruhi seseorang termasuk perilakunya, semakin tinggi pengetahuan seseorang semakin mudah menerima informasi, melalui pengetahuan pula terjadi suatu perubahan pada diri seseorang untuk mendapatkan pengetahuan lebih banyak yaitu: lebih pandai, lebih mampu, lebih dewasa, dan lebih matang dalam pengambilan suatu keputusan.



## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di UPTD Puskesmas Sugihwaras pada bulan Maret 2017 dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Hampir sebagian pengetahuan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah cukup
2. Sebagian besar dukungan keluarga pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras adalah sangat mendukung
3. Ada hubungan antara pengetahuan dengan dukungan keluarga pada pasien skizofrenia di UPTD Puskesmas Sugihwaras Kecamatan Sugihwaras Kabupaten Bojonegoro.

#### **5.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian di atas maka penulis dapat memberikan saran-saran sebagai berikut:

##### **5.2.1 Bagi Akademis**

Bagi mahasiswa STIKES Muhammadiyah Lamongan diharapkan penelitian ini bisa sebagai bahan bacaan guna menambah wawasan dalam menyikapi masalah pada pasien skizofrenia.

## **5.2.2 Bagi Praktis, penelitian ini akan bermanfaat bagi:**

### **1) Puskesmas**

Agar puskesmas dapat membuat suatu perencanaan untuk meningkatkan dan memberikan motivasi untuk keluarga klien dan peran serta dukungan keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien.

### **2) Bagi Ilmu Keperawatan**

Sebagai masukan bagi ilmu keperawatan serta meningkatkan wawasan pengetahuan serta sikap dalam pengelolaan klien gangguan jiwa dengan melibatkan anggota keluarga dalam dukungan serta perawatan agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal dan berkesinambungan secara praktis penelitian ini diharapkan dapat membantu psikoterapi dan social skill training dalam dunia kedokteran. Karena selama ini dunia kedokteran belum bisa memahami secara utuh dan menyeluruh pola berbahasa dan komunikasi penderita skizofrenia. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan acuan dalam penelitian selanjutnya.

### **3) Peneliti**

Bagi peneliti sendiri dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah didapat selama perkuliahan.