

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keluarga

2.1.1 Definisi Keluarga

Individu yang berkumpul dan saling berhubungan dapat disebut dengan keluarga. Menurut Friedman (2010) bahwa:” Keluarga ialah dua atau dengan jumlah lebih dari dua individu yang tergabung dan terjadi akibat adanya hubungan darah, adanya ikatan dari perkawinan atau pengangkatan anggota keluarga yang dilakukan dan telah saling membuat keputusan untuk dapat hidup secara bersama-sama serta memutuskan untuk tinggal dalam satu rumah tangga, mampu memiliki interaksi dengan yang lainnya serta didalam peran yang dimiliki oleh masing-masing, serta turut memiliki peran dalam upaya menciptakan serta mempertahankan kebudayaan yang telah ada”. Departemen Kesehatan RI (2014) memberikan batasan bahwa:”Unit atau bagian paling kecil yang terdapat pada masyarakat luas yang terdiri dari komposisi kepala keluarga serta diikuti oleh beberapa orang lainnya yang memiliki keputusan untuk terus tinggal di suatu tempat dalam satu rumah tangga secara bersama-sama serta memiliki tingkat ketergantungan pada masing-masing anggota keluarga hal tersebut dapat disebut dengan keluarga”.

Dapat ditarik kesimpulan berdasarkan apa yang telah ditulis pada paragraph diatas maka dapat dikatakan keluarga merupakan bagian dari unit terkecil yang terdapat pada masyarakat yang hidup dalam satu rumah dan telah terikat oleh ikatan perkawinan serta mempunyai ikatan pertalian darah,

saling berinteraksi antar anggotanya dan dapat menerapkan perannya dalam mempertahankan kebudayaannya.

2.1.2 Fungsi keluarga

Anggota pada setiap keluarga terdapat beberapa unsur dan akan berpengaruh terhadap fungsi keluarga yang harus dilakukan. Menurut Marilyn M. Friedman (2010) menyebutkan ternyata terdapat total 5 fungsi dalam keluarga, meliputi:” 1) Fungsi Afektif, artinya keluarga berfungsi dalam memberikan fasilitas terhadap stabilisasi kepribadian orang dewasa, dan dapat bertanggung jawab terhadap pemenuhan kebutuhan psikologis pada setiap anggota keluarga. 2) Fungsi Sosialisasi, fungsi keluarga dalam hal ini tepatnya mampu dalam memberikan fasilitas sosialisasi secara primer pada anak agar menjadikannya lebih produktif sebagai makhluk sosial dalam masyarakat sekitarnya serta mampu dalam memberikan status pada anggota keluarga. 3) Fungsi Reproduksi, artinya keluarga berfungsi untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat. 4) Fungsi Ekonomi, dimana keluarga berfungsi untuk menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan dialokasikan secara efektif. 5) Fungsi Perawatan Kesehatan, menyediakan segala kebutuhan yang dibutuhkan oleh keluarga baik secara fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan”.

2.1.3 Tugas keluarga dibidang Kesehatan

Tugas pada keluarga yang penting untuk dipahami dan dilakukan dibidang kesehatan, Menurut Friedman, (2010). Tugas keluarga meliputi:” 1) Tugas dalam mengetahui dengan pasti terkait masalah yang berkaitan

dengan masalah kesehatan keluarganya. 2) Tugas dalam upaya memutuskan tindakan kesehatan apa yang paling sesuai untuk diberikan pada setiap anggota keluarga. 3) Tugas dalam melakukan perawatan terhadap keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. 4) Tugas yang berkaitan dengan tindakan memodifikasi lingkungan sekitar keluarga dengan tujuan untuk terjaminnya kesehatan yang ada pada keluarga. 5) Tugas yang berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam upaya memanfaatkan sebaik mungkin fasilitas pelayanan kesehatan yang telah tersedia”.

Kebutuhan esensial keluarga merupakan kesehatan dan yang tidak dapat untuk diabaikan, karena dengan tidak terpantaunya kesehatan keluarga dengan cara yang baik maka dapat disimplkan bahwa segala sesuatu akan terpantau tidak ada artinya. Kesehatanlah yang dapat pula mempengaruhi dan memberikan kekuatan sumber daya dan kadang untuk menjadikan keluarga yang sehat bisa menghabiskan dana yang dimiliki oleh keluarga. Pemahaman orang tua perlu ditingkatkan sehingga dapat mengetahui dan memahami bahwa keadaan kesehatan serta segala perubahan yang terjadi tersebut dibidang kecil. Keluarga memiliki peran dalam upaya pengambilan keputusan atas tindakan kesehatan yang tepat dan sesuai dengan yang dibutuhkan oleh anggota keluarganya guna mendapatkan pertolongan yang sesuai dengan situasi dan kondisi keluarga. Keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya, serta berkaitan dengan sejauh mana kemampuan yang dimiliki oleh keluarga dalam upaya memanfaatkan fasilitas kesehatan yang telah disediakan dengan sebaik-baiknya, hal yang perlu untuk dikaji lebih lanjut serta mengkaji tentang apa saja manfaat yang

dapat diberikan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang dikunjungi, tingkatan kepercayaan pada keluarga terutama kepercayaan terhadap petugas dan fasilitas kesehatan yang didapatkan, serta pengalaman-pengalamannya yang baik selama proses pengobatan baik terhadap petugas kesehatan atau fasilitas kesehatan yang telah dikunjungi.

2.1.4 Tipe serta bentuk dalam keluarga

Tipe pada keluarga yang harus diketahui dan dipahami, hal ini sangat erat hubungannya antara situasi dan kondisi keluarga tersebut. Menurut Suprajitno (2012), bahwa terdapat beberapa tipe keluarga yaitu :” 1) *Nuclear Family*, 2) *Extended Family*, 3) *Reconstituted Nuclear*, 4) *Middle Age/ Aging Couple*, 5) *Dyadic Nuclear*, 6) *Single Parent*, 7) *Dual Career*, 8) *Commuter Married*, 9) *Single Adult*, 10) *Three Generation*, 11) *Institutional*, 12) *Comunal*, 13) *Group Marriage*, 14) *Unmarried parent and child*, 15) *Cohabiting Couple*”.

Berdasarkan tipe-tipe keluarga tersebut, maka dapat diuraikan sebagai berikut:

Tipe yang pertama yaitu Tipe *Nuclear Family*, pada tipe ini anggota keluarga yang tersusun dari beberapa komponen yaitu mulai dari ayah, ibu, dan anaknya dan memutuskan untuk tinggal dalam satu rumah tangga secara bersama-sama. Keluarga ini legal pada ikatan perkawinan, satu atau keduanya baik suami ataupun istri bisa bekerja diluar rumah.

Tipe yang kedua adalah tipe *Extended Family*, dimana kondisi anggota keluarga tersusun dari komposisi yang dimulai dari ayah, ibu dan anak serta ditambah dengan saudara yang ada, biasanya anggota keluarga

tambahanya terdiri dari kakek, nenek, keponakan, saudara sepupu, paman, bibi atau yang lainnya.

Tipe yang ketiga yaitu tipe keluarga *Reconstituted Nuclear*, dimana beranggotakan keluarga inti yaitu ayah, ibu dan anak, bedanya adalah keluarga ini dibentuk kembali melalui perkawinan kembali dari suami atau istri, dan memutuskan untuk bertempat tinggal dalam satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu anak dari perkawinan lama maupun perkawinan baru.

Tipe yang keempat yaitu tipe keluarga *Middle Age/ Aging Couple*, Pada tipe ini suami bertugas untuk mencari uang. Istri ada di rumah atau bisa juga suami dan istri bekerja bersama-sama di rumah, anak-anak sudah tidak tinggal di rumah bersama lagi, bisa juga karena anak-anak menuntut ilmu (sekolah) atau karena perkawinan atau meniti karier.

Tipe yang kelima adalah tipe keluarga *Dyadic Nuclear*, Pada tipe ini kondisi keluarga antara suami maupun istri yang sudah berusia lanjut dan tidak memiliki anak, suami maupun istri keduanya atau salah satu dari mereka baik suami atau istri bekerja dirumah.

Tipe yang keenam adalah tipe *Single Parent*, keberadaan keluarga ini hanya terdapat satu orangtua, hal ini akibat dari perceraian atau kematian pasangannya, anak-anaknya ada yang tinggal di rumah atau bisa juga tinggal diluar rumah.

Tipe yang ketujuh adalah tipe *Dual Carrier*, tipe keluarga ini merupakan tipe keluarga hanya beranggotakan terdiri dari suami dan istri saja, keduanya berkarier dan tanpa mempunyai anak.

Tipe yang ke delapan adalah *Commuter Married*, kondisi tipe keluarga ini baik antara suami dan istri, keduanya orang karier dan tinggal terpisah, keduanya saling mencari dan meluangkan pada waktu-waktu tertentu untuk berkumpul bersama.

Tipe ke Sembilan keluarga *Single Adult*, tipe keluarga yang anggota keluarganya hanya seorang wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak berkeinginan untuk menikah.

Tipe ke sepuluh adalah keluarga *Three Generation*, dimana keluarga ini beranggotakan terdiri dari tiga generasi atau lebih generasi yang tinggal dalam satu rumah.

Tipe ke sebelas adalah tipe *Institutional*, tipe keluarga ini merupakan keluarga yang anggotanya terdiri dari anak-anak atau sekumpulan orang-orang dewasa yang bertempat tinggal di panti-panti.

Tipe ke dua belas adalah tipe keluarga *Comunal*, yang tempat tinggalnya pada satu rumah yang anggota keluarganya terdiri dari dua atau lebih dari dua pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan untuk memenuhi kebutuhannya dalam penyediaan fasilitas yang telah disediakan bersama-sama.

Tipe ke tiga belas adalah tipe keluarga *Group Marriage*, tipe keluarga ini anggota keluarganya pada satu perumahan. Anggota keluarganya terdapat orang tua dan anak-anaknya yang tinggal di dalam satu kesatuan keluarga dan pada tiap individu menikah semuanya adalah orangtua dari anak-anak.

Tipe ke empat belas adalah tipe keluarga *Unmarried parent and child*,

keluarga ini terdiri dari Ibu dan anak dimana pada perkawinannya tidak dikehendaki, anaknya di adopsi.

Tipe ke lima belas adalah tipe *Cohibing Couple*, tipe keluarga ini terdiri dari dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa adanya pernikahan atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa adanya pernikahan.

2.1.5 Struktur keluarga

Struktur keluarga merupakan kondisi keberadaan anggota keluarga. Menurut Friedman (2010) Gambaran dari struktur pada keluarga adalah sebagai berikut:

a) Struktur komunikasi

Komunikasi yang dilakukan dalam keluarga dapat dikatakan berfungsi dengan optimal apabila dilakukan dengan jujur, secara terbuka, melibatkan perasaan emosi, konflik selesai dan hierarki kekuatan. Komunikasi yang dilakukan dalam keluarga sebagai pengirim berkeyakinan bahwa pesan yang disampaikan secara jelas dan berkualitas, yang nantinya ingin untuk menerima umpan balik. Penerima pesan yang telah diberikan tersebut dapat mendengarkan pesan, serta diharapkan akan dapat umpan balik. Komunikasi dalam keluarga ini dapat dikatakan tidak berfungsi apabila tidak ada keterbukaan satu sama lain, didapati isu atau berita tidak baik/negatif, tidak berfokus pada satu permasalahan, dan senantiasa mengulang isu dan pendapatnya sendiri. Komunikasi keluarga bagi pengirim tidak sesuai baik bersifat asumsi, ekspresi perasaan yang tidak jelas, begitu

juga pada judgemental ekspresi. Penerima pesan dapat mendengar dengan baik, terjadi diskualifikasi, bersifat negative/ofensif, miskomunikasi, dan kurang bahkan tidak valid.

Komunikasi dalam keluarga memiliki karakter masing-masing baik pemberi pesan atau pendengar. Adapun karakter tersebut menurut Friedman, (2010) dapat diuraikan sebagai berikut:” 1) Karakteristik yang dimiliki oleh pemberi pesan antara lain, a) Pengirim pesan akan yakin dalam mengemukakan suatu pendapat yang dimilikinya, b) Pesan apa yang ia miliki dapat disampaikan secara jelas dan berkualitas, c)

Pengirim akan selalu menerima dan akan mengharapkan timbal balik. 2) Karakteristik bagi pendengar adalah, a) Pendengar siap untuk mendengarkan. b) Pendengar mampu dalam memberikan umpan balik, c) Pendengar setelah menerima pesan melakukan validasi”.

b) Struktur peran

Serangkaian kegiatan atau tergolong dalam perilaku yang diharapkan dapat sesuai dengan posisi sosial. Struktur peran yang bisa juga bersifat formal atau informal. Posisi/status sosial dalam hal ini merupakan posisi/keberadaan individu yang terdapat dalam masyarakat misalkan dalam status istri/suami.

c) Struktur kekuatan

Kemampuan yang dimiliki sebagai individu yang mampu dalam mengontrol, mempengaruhi, atau mengubah perilaku pada orang lain. Struktur dari kekuatan menurut Friedman,(2010) antara lain:” Hak (*rightful authority power*), ditiru (*referent power*), keahlian

(*experpower*), hadiah (*reward power*), paksa (*coercive power*), dan efektif (*efektif power*)”.

d) Struktur nilai dan norma

Nilai dan norma dalam struktur keluarga saling terkait satu dengan yang lain. Menurut Friedman, (2010). “Nilai adalah sistem ide-ide, sikap keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu. Sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu, lingkungan keluarga, dan lingkungan masyarakat sekitar keluarga. Nilai, suatu sistem, sikap, kepercayaan yang secara sadar atau tidak, dapat mempersatukan anggota keluarga. Norma, pola perilaku yang baik menurut masyarakat berdasarkan sistem nilai dalam keluarga. Budaya, kumpulan dari pada perilaku yang dapat dipelajari, dibagi, dan ditularkan dengan tujuan untuk menyelesaikan masalah”.

e) Struktur dan peran dalam keluarga

Sekumpulan perilaku yang homogen dengan terdapat batasan secara normative yang diharapkan dari seseorang yang telah menduduki posisi sosial sesuai dengan yang diberikan. Peran memiliki dasar berupa penetapan peran yang memiliki batasan terkait apa yang dilakukan oleh individu pada segala situasi yang ada dengan tujuan agar memenuhi harapan dari diri sendiri atau harapan yang muncul dari orang lain terhadap mereka sesuai dengan posisinya masing-masing. Menurut Friedman (2010), peran keluarga dapat diklasifikasikan menjadi beberapa poin yaitu :”Peran formal dari keluarga, Peran informal

keluarga, Proses dan strategi koping keluarga”.

1). Peran keluarga secara formal

Peran eksplisit dalam struktur keluarga yang terdiri dari ayah, suami dan lainnya serta berhubungan dengan masing-masing dari kedudukan keluarga secara formal atau pada sekelompok perilaku lebih homogen, hal tersebut merupakan peran formal yang terdapat pada keluarga. Keluarga dapat melakukan pembagian peran terhadap masing-masing anggota keluarganya dengan cara yang sama sesuai dengan pembagian peran pada masyarakat. Beberapa peran yang diberikan nyatanya membutuhkan ketrampilan atau kemampuan khusus, terkadang bisa saja peran yang kurang kompleks diberikan kepada mereka yang kurang memiliki ketrampilan yang cukup atau jumlah penguasaan ketrampilannya paling sedikit.

2). Peran informal keluarga

Sifat yang implisit yang dimiliki dalam peran informal keluarga atau dengan kata lain tersirat, anggota keluarga yang memiliki peran diharapkan untuk dapat memenuhi kebutuhan emosional pada setiap anggota keluarga dan ikut serta dalam menjaga keseimbangan kondisi keluarga. Hal tersebut sangat penting untuk dapat memenuhi kebutuhan kelompok keluarga secara integrasi dan adaptasi.

3). Proses dan strategi koping keluarga

Proses dan strategi koping keluarga bertujuan dalam mekanisme terpenting yang dapat sekaligus bertujuan dapat memberikan fasilitasi fungsi dalam keluarga. Kurangnya koping

keluarga secara efektif, fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan maka nantinya berakibat pada tidak dapat dicapainya secara adekuat. Sehingga dengan hal tersebut disimpulkan bahwa koping keluarga dalam proses dan strategi mengandung proses yang menjadi dasar dalam keluarga untuk dapat mengukuhkan sebagai fungsi keluarga yang diperlukan.

2.1.6 Tahap dan perkembangan keluarga

Kelurga yang terdapat pada masyarakat di katagorikan dalam beberapa tahapan dan perkembangannya yang sesuai. Adapun tahapan dan perkembangan keluarga ialah :

a. Tahap yang pertama pada pasangan baru (*beginning family*)

Menurut Suprajitno, (2012) bahwa, "Tahap pertama dari pasangan baru atau keluarga baru, yaitu yang dimulai dari tiap individu, baik dari suami serta istrinya yang sepakat untuk membangun sebuah keluarga melalui ikatan pernikahan yang sah serta sepakat untuk mampu untuk meninggalkan keluarga sebelumnya dan mulai membentuk keluarga barunya". Dalam proses untuk dapat membentuk keluarga baru tersebut, maka pasangan suami istri yang baru menikah harus mampu dalam melakukan persiapan kehidupan barunya, pasangan baru tersebut juga butuh untuk melakukan penyesuaian terhadap peran dan fungsinya yang baru pada kehidupan setiap harinya. Adaptasi perlu untuk dilakukan sejak pertama kali pasangan baru tersebut menghadu perpisahannya dengan orangtuanya dan memiliki hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial dari pasangan masing-masing.

Tugas keluarga dalam proses perkembangannya menurut Suprajitno, (2012) pada tahap ini antara lain:” a) Mampu dalam membina hubungan yang dilakukan secara intim dan dapat memuaskan, b) Memiliki kemampuan dalam membina hubungan terhadap keluarga lainnya, teman dari masing-masing pasangan serta dengan kelompok social yang baru. c) Berdiskusi dengan pasangan tentang rencana dalam memiliki buah hati, d) Menetapkan tujuan keluarga secara bersama-sama, e) Merencanakan untuk program keluarga berencana dan f) Melakukan penyesuaian diri terhadap kehamilannya dan persiapan untuk menjadi orangtua”. Beberapa hal yang terkait pada pasangan baru atau keluarga baru (*beginning family*) antara lain:

- 1) Masalah kesehatan yang muncul antara lain penting untuk dilakukannya penyesuaian seksual dan peran pada pasangan suami istri tersebut dalam perkawinan, aspek luas tentang program Keluarga berencana (KB), Penyakit kelamin yang dapat terjadi baik sebelum atau sesudah menikah.
- 2) Konsep perkawinan tradisional, antara lain dapat berupa tradisi dijodohkan, atau karena hukum adat. Tugas Perawat dalam kasus tersebut adalah membantu pada setiap keluarga untuk agar saling memahami antara satu dengan yang lainnya.

b. Tahap perkembangan keluarga dengan kelahiran anak pertama (*child bearing family*)

Memiliki buah hati merupakan impian dan anugerah luar biasa yang dinantikan setiap keluarga baru, dalam menyikapi situasi dan

kondisi seperti ini perlu adanya persiapan mental yang baik. Menurut Suprajitno, (2012). “Kehamilan dan kelahiran bayi harus memiliki persiapan yang matang dari pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran buah hati untuk pertama kalinya dapat memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan baru tersebut harus mampu untuk beradaptasi dengan perannya yang baru untuk dapat memenuhi kebutuhan bayi. Masalah yang sering muncul dan terjadi dengan kelahiran bayi untuk pertama kalinya adalah pasangan baru tersebut merasakan perasaan diabaikan akibat dari perhatian kedua pasangan hanya tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap untuk berperan menjadi ayah atau sebaliknya ”.

Tugas perkembangan yang terdapat pada saat pasangan mulai kedatangan buah hati untuk pertama kalinya (*child bearing family*) ini menurut Suprajitno, (2012) antara lain:” a) Persiapan menjadi orangtua untuk pertama kali , b) Mampu dalam menyesuaikan peran dan tanggung jawab, serta membagi peran secara adil dalam menjadi orang tua dan pasangan, c) mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan untuk dapat ditempati oleh buah hati, d) mempersiapkan dana atau biaya yang tidak sedikit untuk *child bearing*, e) memfasilitasi anggota keluarga dengan pendidikan yang sesuai, f) memiliki tanggung jawab dalam mencukupi segala kebutuhan bayi sampai dengan balita, g) mengadakan kegiatan keagamaan yang dilakukan secara rutin”.

Masalah kesehatan keluarga dalam menyambut kelahiran anak pertama (*child bearing family*), menurut Suprajitno, (2012) bahwa:”

Pendidikan maternitas dapat berfokus pada keluarga, bagaimana perawatan terhadap bayinya, kegiatan imunisasi untuk buah hatinya, konseling perkembangan untuk anak, KB, serta penanganan masalah kesehatan fisik”.

c. Tahap keluarga ketiga dengan anak pra sekolah (*famillies with preschool*)

Tahap keluarga dengan anak yang mulai memasuki usia pra sekolah (*famillies with preschool*). Menurut Suprajitno, (2012), “Tahap ini dapat dimulai saat kelahiran anak mulai beranjak usia 2,5 tahun dan berakhir pada saat anak tersebut berusia 5 tahun. Pada tahap ini orangtua akan mulai untuk beradaptasi dengan segala kebutuhan-kebutuhan dan minat sang anak dalam meningkatkan dan menunjang pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini akan cenderung sibuk dan anak akan memiliki ketergantungan yang tinggi pada orangtua. Kedua orang tua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga segala kebutuhan yang ada dapat terpenuhi dengan baik. Orang tua berperan penting dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dengan cara menguatkan kerja sama antar suami istri. Orang tua akan menstimulasi perkembangan individual anak, khususnya kemandirian anak dengan tujuan agar tugas perkembangan anak pada fase ini dapat tercapai sesuai apa yang telah diharapkan”.

Selanjutnya menurut Suprajitno, (2012), tugas perkembangan keluarga

pada tahap ini yaitu :” 1) pemenuhan terhadap apa yang dibutuhkan oleh keluarga seperti rumah, kebutuhan privasi, dan terciptanya rasa nyaman dan aman, 2) mampu dalam melakukan bimbingan terhadap sang anak dalam kegiatan sosialisasi terhadap lingkungan sekitar tempat tinggal, 3) mampu dalam melakukan adaptasi baru terhadap anak yang baru dilahirkan, sementara kebutuhan anak yang lain tidak lupa untuk tetap dipenuhi, 4) hubungan yang sehat tetap dipertahankan, 5) mampu dalam pembagian waktu, 6) mampu dalam melakukan pembagian peran serta tanggung jawab terhadap masing-masing anggota keluarga, pembagian kegiatan serta waktu yang bertujuan untuk stimulasi tumbuh dan kembang buah hati, masalah terkait dengan kesehatan keluarga dan lain-lain”.

d. Tahap keempat keluarga dengan anak yang memasuki usia sekolah (*famillies with children*)

Menurut Suprajitno, (2012)” dimulai saat anak yang paling tua mulai untuk menyiapkan diri untuk memasuki sekolahnya dengan rentan usia sekitar 6 tahun sampai dengan usia 12 tahun. Keluarga sangat sibuk pada tahap ini karena keluarga mencapai jumlah anggota yang maksimal. Selain aktifitas yang dilakukan di sekolah, masing-masing anak dapat memilih dan memiliki aktifitas sesuai dengan minatnya sendiri. Sehingga dalam hal ini keluarga perlu bekerja sama dalam melengkapi tugas perkembangan keluarga sebaik mungkin. Keluarga juga diharapkan untuk mampu dalam memberikan kesempatannya terhadap sang buah hati dalam bersosialisasi, baik

dalam mengikuti kegiatan di sekolah maupun di luar sekolah”.

Peran perawat yang dapat dilakukan pada tahap ini adalah: diskusi dengan keluarga tentang keselamatan anak dengan orangtua, melakukan screening atau pemeriksaan diri melalui riwayat kesehatan dan pemeriksaan diri”.

e. Tahap kelima keluarga dengan anak remaja (*familles with teenagers*)

Menurut Suprajitno, (2012), “Tahap ini dimulai dari saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, dengan anak yang mulai untuk meninggalkan rumah orang tuanya. Tujuannya keluarga pada saat melepas anak remaja dan mulai memberi tanggung jawab yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa”.

Tugas perkembangan pada tahap ini yaitu :” 1). Keluarga harus mampu dalam memberi kebebasan pada anak sesuai dengantanggung jawabnya. 2) Mampu dalam mempertahankan hubungan yang intim. 3) Mempertahankan komunikasi dua arah serta mempunyai terkebukaan untuk menghindari perdebatan yang mungkin dapat muncul 4) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga”.

Masalah-masalah kesehatan yang biasa terjadi pada tahap ini yaitu sebagai berikut: “Masalah kesehatan fisik keluarga ditemukan cukup baik, tapi sangat penting untuk melakukan kegiatan promosi akan kesehatan anggota keluarga. Konseling dan pendidikan menjadi sangat penting, konseling harus terpisah antara orangtua dengan anak.

f. Tahap keenam keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (*launching center families*)

Menurut Suprajitno, (2012), “Tahap tersebut dimulai saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini bergantung pada banyaknya anak pada keluarga. Tujuan utama pada tahap ini yaitu mengorganisasi keluarga untuk tetap berperan dalam melepaskan anaknya untuk dapat hidup sendiri dengan mandiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang paling tua untuk dapat membentuk keluarga sendiri dengan tetap berperan dalam membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Saat semua anak mulai meninggalkan rumah, pasangan suami istri tersebut perlu menata ulang dan membina hubungan suami istri seperti pada fase awal. Orang tua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kesepian karena masing-masing anak mulai meninggalkan mereka. Guna mengatasi permasalahan atau keadaan ini orangtua perlu melakukan aktifitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan, dan tetap memelihara hubungan dengan anak”.

Masalah kesehatan yang muncul: “Masalah komunikasi anak dengan orangtua, perawatan usia lanjut, masalah penyakit kronis, Hipertensi, Kolesterol, Obesitas, menopause, DM, dan lain-lain”.

g. Tahap ketujuh keluarga usia pertengahan (*middle age families*)

Menurut Suprajitno, (2012), “Tahapan ini dimulai saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah,

maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kekuatan dengan berbagai aktifitas”.

Tugas perkembangan tahap ini antara lain:” 1). Keluarga memiliki kemampuan dalam upaya mempertahankan kesehatan keluarganya. 2) Keluarga dapat memiliki waktu yang cukup banyak dan mempunyai kebebasan dan waktu santai. 3) Keluarga mampu dalam kegiatan pemulihan antara generasi muda dengan generasi tua. 4) Pasangan yang mampu dalam menjalin hubungan keakraban yang baik. 5) Mampu dalam pemeliharaan hubungan yang baik antara anak dan keluarga, dan 6) Persiapan masa tua atau pensiun.

Masalah kesehatan yang muncu : “Kebutuhan Promosi Kesehatan : istirahat cukup, kegiatan waktu luang dan tidur, nutrisi, olahraga teratur, berat badan ideal, smoking. Masalah hubungan perkawinan, komunikasi dengan anak-anak dan teman sebaya, masalah ketergantungan perawatan diri”.

h. Tahap kedelapan keluarga dengan usia lanjut

Menurut Suprajitno, (2012),”Tahap yang menjadi akhir dari perkembangan keluarga dapat dimulai saat salah satu pasangan suami istri memasuki masa pensiun, selanjutnya akan berlanjut yakni satu pasangan akan meninggal. Proses yang harus dijalani pada usia lanjut dan masa mulai pensiun ialah suatu kenyataan yang tidak dapat terhindarkan dan dapat menimbulkan sumber penyebab masalah yang baru. Stresor tersebut ialah pendapatan yang mulai berkurang, hubungan sosial yang mulai berkurang atau bahkan hilang, perasaan

menurunnya produktifitas dan fungsi yang berhubungan dengan tingkatan kesehatan. Usia lanjut mampu untuk beradaptasi tinggal dirumahnya sendiri daripada ikut serta bersama anaknya”.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah:” 1) Mempertahankan suasana rumah agar tetap menyenangkan, 2) Mulai beradaptasi baru dengan perubahan yang ada seperti kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik, dan pendapatan yang berkurang, 3) Mempertahankan keharmonisan atau keakraban suami istri untuk dapat saling merawat, 4) Mempertahankan hubungan anak dan sosial masyarakat, 5) Melakukan *life review* dan 6) Menerima kematian orang terdekat dan mulai untuk mempersiapkan kematiannya”. (Suprajitno, 2012).

Masalah kesehatan yang sering muncul menurut Suprajitno, (2012) yaitu :” fungsi dari kekuatan fisik individu yang mulai mengalami penurunan, pendapatan dalam hidupnya yang mulai berkurang dan cenderung tidak bisa mencukupi kebutuhan, adanya isolasi diri terhadap lingkungan sosial, perasaan kesepian dan rasa kehilangan yang dialami lansia wujud dari kerentanan psikologinya. Peran perawat yang bisa diterapkan dalam tahap ini ialah: memberikan fasilitas perawatan kesehatan yang menunjang bagi lansia”.

2.1.7 Peran perawat dalam perawatan kesehatan keluarga

a. Pendidikan kesehatan

Kegiatan penyuluhan serta dilakukannya pendidikan kesehatan kepada keluarga dapat menjadi salah satu pendekatan tindakan keperawatan utama. Menurut (Friedman,2010), ”Pendidikan merupakan

sesuatu hal yang memiliki kemampuan dalam mencakup segala bidang, isi dan fokus, termasuk kegiatan promosi kesehatan serta upaya dalam pencegahan suatu wabah atau penyakit, masalah kesakitan/kecacatan dan dampaknya, serta dinamika keluarga”.

Menurut Walson, (1985).”Menekankan bahwa pendidikan dapat memberikan informasi yang berfokus kepada klien, dengan demikian nantinya dapat membantu mereka dalam upaya mengatasi masalah yang dihadapi oleh klien dengan lebih efektif terhadap perubahan kehidupan yang terjadi dan permasalahan klien yang menimbulkan stress.. Hal ini juga memungkinkan mereka untuk mengartikan lebih jelas pilihan mereka dan lebih berhasil menyelesaikan masalah mereka”.

b. Konseling

Bank, 1992 (dalam Friedman 2010) “Konseling merupakan suatu proses bantuan interaktif antara konselor dan klien yang dapat ditandai oleh elemen inti penerimaan, empati, ketulusan, dan keselarasan. Hubungan tersebut terdiri dari serangkaian interaksi sepanjang waktu tanpa konselor yang melalui berbagai teknik aktif dan pasif, berfokus pada kebutuhan masalah atau perasaan klien yang telah memengaruhi perilaku adaptif klien”.

Menurut Friedman, (2010) Inti dari tahapan konseling tersebut ialah kemampuan dalam ikut terbawa perasaan dari apa yang dialami oleh orang lain; penerimaan diri yang positif terhadap klien; dan adanya sikap ketulusan; tidak adanya sikap atau perasaan yang pura-pura dan menerapkan kejujuran dalam hubungan interpersonal antara klien dan

perawat.

c. Membuat kontrak

Membuat kontrak merupakan suatu cara yang efektif bagi perawat yang berpusat pada keluarga agar dapat dengan realistis untuk membantu individu dan keluarga agar terjadi perubahan perilaku.

“Kontrak adalah perjuangan kerjasama yang dibuat antara dua pihak atau lebih, misalnya antara orangtua dan anak. Agar tepat waktu dan relevan, kontrak waktu dapat dinegoisasi secara terus menerus dan harus mencakup area sebagai berikut: tujuan, lama kontrak, tanggung jawab klien, langkah untuk mencapai tujuan, dan penghargaan terhadap pencapaian tujuan” (Sloan dan Schommer, 1975; Steiger dan Lisbon, 1985 dalam Friedman 2010). “Biasanya kontrak dibuat dalam bentuk tertulis, sederhana dan tanpa paksaan” (Goldnbergh & Goldenbergh, 2000 dalam Friedman 2010).

d. Manajemen kasus

Manajemen kasus merupakan hal penting dalam perawatan kesehatan seseorang. Menurut Cary 1996 (dalam Friedman 2010).”Manajemen kasus mempunyai perkembangan Riwayat dari peran perawat kesehatan masyarakat terakhir digunakan di tatanan layanan kesehatan yang bersifat akut”. Sedangkan menurut Jones, 1994; MacPhee & Hoffenbergh, 1996 (dalam Friedman 2010) “Pertumbuhan perawatan terkelola telah menjadi kekuatan utama munculnya manajemen kasus. Perawatan terkelola yang menekankan pada pengendalian biaya dan peningkatan efisiensi perawatan,

sementara memelihara kualitas perawatan dan kepuasan klien, benar-benar membentuk cara manajemen kasus berfungsi”.

e. Advokasi klien

“Komponen utama dari manajemen kasus adalah advokasi klien”. (Smith, 1993 dalam Friedman 2010). “Advokasi adalah seseorang yang berbicara atas nama orang atau kelompok lain. Peran sebagai advokat klien melibatkan pemberian informasi kepada klien dan kemudian mendukung mereka apapun keputusan yang mereka buat”. (Bramlett, Gueldener, dan Sowell, 1992; kohnke, 1982 dalam Friedman 2010).

Menurut Canino dan Spurlock, 1994 (dalam Friedman, 2010).”Peran atau tugas dari perawat keluarga dalam fungsi advokat klien ialah : 1) perawat harus mampu dalam membantu klien dalam upaya memperoleh layanan yang diperlukan serta yang sudah menjadi haknya, 2) perawat mampu dalam menyelenggarakan tindakan yang menciptakan sistem layanan kesehatan responsif terhadap kebutuhan, 3) perawat mampu dalam memberi advokasi untuk memasukan pelayanan yang terikat dalam sosial-budaya, dan 4) pemberian advokasi dapat dilakukan untuk kebijakan sosial yang lebih responsive”.

f. Koordinasi

“Salah satu peran advokasi klien yang diterima secara luas masalah koordinator. Karena ini dari manajemen kasus adalah juga koordinasi, pengertian advokasi dan koordinasi pada pokoknya saling tumpang tindih. Pada kenyataannya manajemen kasus sering kali diartikan sebagai koordinasi (khususnya dibidang kerja sosial), dan dirancang

untuk memberikan berbagai pelayanan kepada klien dengan kebutuhan yang kompleks di dalam suatu pengendali tunggal”. (Sletzer, Litchfield, Lowy & Levin, 1989 dalam Friedman 2010).

Pada perawatan berkelanjutan, koordinator sangat diperlukan hal ini dikarenakan agar pelayanan yang dilakukan secara komprehensif dapat tercapai dengan baik. Mengatur program kegiatan atau terapi dari berbagai disiplin ilmu diperlukan koordinasi yang baik dan ini sangat diperlukan untuk agar tidak terjadi tumpang tindih atau pengulangan dalam program tersebut.

g. Kolaborasi

Lamb and Napadano (1984) (dalam Friedman, 2012) mengatakan bahwa ” kolaborasi ialah suatu hal yang berproses dari kegiatan yang telah terencana serta tindakan yang dilakukan secara berkelanjutan sesuai dengan tanggung jawab secara bersama terhadap hasil yang akan didapatkan dan kemampuan bekerjasama dengan menggunakan teknik penyelesaian masalah”. Kolaborasi tidak hanya berfokus untuk dapat dilakukan sebagai perawat di rumah sakit saja akan tetapi juga dapat dilakukan didalam keluarga dan komunitas.

h. Konsultasi

Konsultasi merupakan sarana yang sangat diperlukan dalam perawatan pasien. Sebagaimana menurut Friedman, (2010) “Konsultasi termasuk sebagai intervensi keperawatan keluarga karena perawat keluarga sering berperan sebagai konsultan bagi perawat, tenaga profesional, dan para profesional lainnya ketika informasi klien dan

keluarga serta bantuan diperlukan”. Perawat dapat berperan sebagai narasumber bagi keluarga dengan tujuan untuk dapat mengatasi masalah kesehatan yang terjadi dalam keluarga tersebut, keluarga dapat meminta nasehat dari perawat untuk mencari jalan keluar dari masalah yang sedang dihadapinya. Hubungan perawat dan keluarga harus dibina dengan baik, perawat harus bersikap terbuka dan dapat dipercaya. Maka dengan demikian, harus ada Bina Hubungan Saling Percaya (BHSP) antara perawat dan keluarga sehingga kesehatan keluarga dapat tercipta dengan baik.

2.2 Konsep Dasar *Skizofrenia*

2.2.1 Pengertian *Skizofrenia*

“*Skizofrenia* adalah suatu bentuk psikosa fungsional dengan gangguan utama pada proses fikir serta disharmoni (keretakan, perpecahan) antara proses pikir, emosi, kemauan dan psikomotor disertai distorsi kenyataan, terutama karena waham dan halusinasi, asosiasi terbagi bagi sehingga timbul inkoheransi”. (Herman, 2011).

“*Skizofrenia* ialah terjemahan yang berasal dari Bahasa Yunani yang memiliki arti yakni “Schizein” yang diterjemahkan menjadi retak atau pecah (split), dan “phren” yaitu pikiran, yang dapat berhubungan dengan fungsi dari emosi. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa orang yang mengalami gangguan *skizofrenia* ialah seseorang yang mengalami keretakan dalam jiwa, kepribadian serta emosi yang ada pada dirinya sendiri”. (Sianturi, 2014). Menurut Yosep (2011) “*skizofrenia* adalah penyakit neurologis yang mempengaruhi persepsi klien, cara berfikir,

bahasa, emosi, dan perilaku sosialnya”.

2.2.2 Etiologi

Menurut Prabowo, (2014). “Penyebab munculnya *skizofrenia* terbagi menjadi beberapa pendekatan seperti pendekatan biologis, teori psikogenik, dan pendekatan gabungan”. Menurut Hawari (2012) factor yang menjadi penyebab dari masalah *skizofrenia* ialah sebagai berikut:

a. Faktor Biologis

Faktor biologis sangatlah berpengaruh dalam kesehatan. Menurut Hawari, (2012). “Berdasarkan penelitian, peran genetik pada *skizofrenia* diperoleh gambaran bahwa studi terhadap keluarga menyebutkan pada orang tua 5,6%, saudara kandung 10,1%, anak-anak 12,8%, dan penduduk secara keseluruhan 0,9%. Sedangkan studi terhadap orang kembar menyebutkan, pada kembar identik 59,2%, sedangkan pada kembar non identik adalah 15,2%. Penelitian lain menyebutkan gangguan pada perkembangan otak janin mempunyai peran untuk timbulnya *skizofrenia*”.

b. Faktor Psikososial

Menurut Hawari (2012),”Faktor dari psikososial tersebut merupakan sekumpulan dari faktot yang dapat berhubungan dengan beberapa gangguan contohnya adalah berkaitan dengan gangguan pikiran, keyakinan, opini yang salah, ketidakmampuan membina dan mempertahankan hubungan sosial, adanya delusi dan halusinasi dan gangguan afektif”. Faktor psikososial memiliki hubungan yang erat dengan kondisi kesehatan yang dialami seseorang.

c. Faktor Sosial dan Lingkungan

Faktor sosial dan lingkungan, bagian dari kesehatan seseorang sebagaimana yang disampaikan Mila, (2009) “Banyak hal yang telah dicoba untuk dikaitkan dengan masalah gangguan jiwa seperti *skizofrenia* dan salah satunya adalah masalah status sosial., status sosial ekonomi mengacu pada pendapatan, pendidikan dan pekerjaan individu, status sosial ekonomi yang rendah lebih banyak menimbulkan resiko mengalami *skizofrenia* dibanding tingkat sosio ekonomi tinggi”.

2.2.3 Klasifikasi

Pembagian yang ada pada *skizofrenia* yang telah dikutip dari Maramis (dalam Prabowo, 2014) ialah sebagai berikut:

1. *Skizofrenia Simplex*

“Sering timbul untuk pertama kali pada masa pubertas. Gejalanya seperti kadangkala emosi dan gangguan proses berpikir, waham dan halusinasi masih jarang terjadi”.

2. *Skizofrenia Hebefrenik*

“Biasanya timbul pada masa remaja antara umur 15 - 25 tahun. Gejala yang sering terlihat yaitu gangguan proses berfikir dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada *skizofrenia hebefrenik*. Waham dan halusinasi sering terjadi”.

3. *Skizofrenia Katatonia*

“Timbul pada umur 15-30 tahun dan kadang kala bersifat akut serta sering di dahului oleh stress emosional”.

4. *Skizofrenia Paranoid*

“Gejala yang paling terlihat yaitu waham primer, disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak-agak congkak dan kurang percaya pada orang lain”.

5. *Skizofrenia Akut*

“Gejalanya muncul tiba-tiba dan pasien seperti dalam keadaan sedang bermimpi. Kesadarannya mungkin samar-samar, keadaan ini muncul perasaan seakan-akan dunia luar serta dirinya sendiri berubah, semuanya seakan-akan mempunyai suatu arti yang khusus baginya”.

6. *Skizofrenia Residual*

“Gejala primernya *bleuler*, tetapi tidak jelas adanya gejala-gejala sekunder. Keadaan ini timbul sesudah beberapa kali mengalami *skizofrenia*”.

7. *Skizofrenia Skizo Afektif*

“Gejala yang paling terlihat secara bersamaan gejala depresi (*skizo depresif*) atau gejala mania (*psiko-mania*). Jenis ini cenderung untuk menjadi sembuh tanpa efek, tetapi mungkin juga timbul serangan lagi”.

2.2.4 Gejala Klinis *Skizofrenia*

Menurut Muhyi, (2011), “mengklasifikasikan dari gejala secara klinis yang dimiliki oleh *skizofrenia* ialah gejala positifnya serta diikuti dengan gejala yang negatif. Gejala positif yang dimiliki berupa terjadinya delusi, waham, pasien mulai berhalusinasi, alam pikiran mulai kacau,

muncul kegelisahan, tidak dapat diam, , agresif, bicara dengan semangat dan berlebihan dalam ekspresi kegembiraannya. Gejala negatif ialah adanya perasaan “tumpul” dan “mendatar”, menarik diri dari lingkungan sekitarnya maupun dari keluarganya (*with drawn*) serta tidak ingin terlibat atau memiliki kontak dengan orang lain, lebih suka untuk melamun (*day dreaming*), kontak emosional amat miskin, bicara sangat susah dan sering diam, pola pikir menjadi stereotip”. Sedangkan menurut Iskandar, 2012), Kumpulan dari gejala yang dapat dialami antara lain:

1. Penampilan dan perilaku umum

“Pasien dengan *skizofrenia* terutama dengan kasus berat cenderung menelantarkan penampilannya. Kerapian dan hygiene pribadi juga terabaikan. Dan biasanya juga menarik diri dari lingkungan sekitar secara social”.

2. Gangguan pembicaraan

“Pada *skizofrenia* inti gangguan memang terdapat pada proses pikiran. Yang terganggu terutama asosiasi. Asosiasi longgar berarti tidak adanya hubungan ide, kalimat-kalimat tidak saling berhubungan”.

3. Gangguan perilaku

“Salah satu gangguan aktivitas motorik pada *skizofrenia* adalah gejala katatonik, yang dapat berupa stupor atau gaduh gelisah. Pasien dengan *stupor* tidak bergerak, tidak berbicara dan tidak berespon. Meskipun sepenuhnya sadar. Sedangkan pasien dengan katatonik gaduh gelisah menunjukkan aktifitas motorik yang tidak terkendali. Keduanya kadang terjadi bergantian. Gangguan perilaku lain adalah *stereotipi* dan

mannerism”i.

4. Gangguan afek

“Gangguan afek yang sering ada yaitu kedangkalan respon emosi, parathimi, dan paramini, emosi yang berlebihan sensitif emosi”.

5. Gangguan persepsi

“Gangguan persepsi yang terjadi yaitu halusinasi. Pada *skizofrenia* halusinasi timbul tanpa penurunan kesadaran dan hal ini merupakan sesuatu gejala yang hampir tidak dijumpai pada keadaan lain”.

6. Gangguan pikiran

“Gangguan pikiran yang terjadi yaitu waham. Pada *skizofrenia* waham sering tidak logis sama sekali, penderita tidak menginsyafi hal ini dan baginya wahamnya merupakan fakta yang tidak dapat diubah siapapun”.

2.2.5 Fase *Skizofrenia*

Menurut Muhyi (2011), “terdapat tiga fase yang ada dalam masalah *Skizofrenia*, ialah fase psikotiknya. Sebelum fase tersebut dapat muncul, akan muncul fase premorbid dan fase prodromal terlebih dahulu. Pada fase premorbid tersebut, fungsi tubuh masih dalam rentang yang normative dan fase prodromal mulailah akan muncul gejala dari non spesifik yang waktu bulan atau tahun sebelum klien didiagnosis *skizofrenia*”. Selanjutnya Muhyi, (2011) menyampaikan, “bahwa terdapat beberapa gejala, salah satu contoh dari gejala non spesifik yang terjadi dapat berupa gangguan tidur yang akan dialami oleh klien, ansietas atau cemas yang berlebihan, iritabilitas, depresi, sulit untuk berfikir dan memulai konsentrasi, mudah

sekali lelah, dan terjadinya perbuhanan dari perilaku klien seperti mulai terjadi kemunduran fungsi peran dan klien mulai menarik diri dari kegiatan sosial.

Gejala positif dari klien akan mulai berkembang terlebih lagi klien akan merasakan kecemasan yang berlebih. Fase prodromal yang akhir dan berarti sudah mendekati fase psikotik. Masuk pada fase akut psikotik, gejala positif akan semakin terlihat jelas dengan diikuti oleh perubahan terhadap tingkah laku, waham, perasaan halusinasi disertai dengan gangguan afek yang dialami oleh klien. Fase stabilisasi akan muncul setelah dilakukannya terapi dan pada fase stabil terlihat gejala negatif dan residual“.

2.2.6 Patofisiologi

Menurut Sadock (2015) bahwa ”Patofisiologi atau perjalanan *skizofrenia* adalah diawali dari terjadinya ketidakseimbangan pada otak yakni neurotransmitter, terutama pada bagian norepinefrinnya, serotonin, dan dopamine otak. Patofisiologi dari *skizofrenia* belum dapat diketahui secara jelas. Penelitian secara umum telah membuktikan bahwa *skizofrenia* berhubungan dengan terjadinya masalah pada otak yakni terjadinya penurunan volume, terutama bagian temporal, bagian otak frontal, termasuk substansia alba dan grisea”.

2.2.7 Penatalaksanaan *Skizofrenia*

Fase pengobatan dan pemulihan *skizofrenia* (Ikawati, 2011):

1. Terapi fase akut

“Pada fase ini pasien menunjukkan gejala psikotik yang intensif.

Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Terapi utamanya adalah dengan menggunakan obat dan biasanya dibutuhkan rawat inap. Pemilihan antipsikotik yang benar dan dosis yang tepat dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu”.

2. Terapi fase stabilisasi

“Pada fase ini pasien masih mengalami gejala psikotik dengan intensitas yang lebih ringan. Pada fase ini pasien masih memiliki kemungkinan yang besar untuk kambuh sehingga butuh pengobatan yang rutin untuk menuju ke tahap pemulihan yang lebih stabil”.

3. Terapi fase pemeliharaan

“Pada fase ini dilakukan terapi jangka panjang dengan harapan dapat mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala, mengurangi risiko kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan keterampilan untuk hidup mandiri. Terapinya meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan dan sosial”. Ada terapi farmakologi dan non farmakologi yang dapat dilakukan :

a. Terapi Non Farmakologi

“Ada beberapa pendekatan psikososial yang dapat digunakan untuk pengobatan *skizofrenia*. Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang komprehensif dan dapat meningkatkan

kesembuhan jika diintegrasikan dengan terapi farmakologis. Intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien. Pilihan pendekatan dan intervensi psikososial didasarkan kebutuhan khusus pasien sesuai dengan keparahan penyakitnya”.

1) *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*

PACT adalah program yang bertujuan untuk rehabilitasi atau berperan dalam proses kesembuhan klien yang terdiri dari manajemen kasus dan pelaksanaan intervensi secara aktif yang dilakukan oleh satu tim yang berfokus dengan pendekatan yang terintegrasi tinggi. Program tersebut diciptakan khusus bagi pasien yang memiliki fungsi sosial buruk dan memiliki tujuan dalam mencegah kekambuhan dan memaksimalkan fungsi sosial dan pekerjaan. Unsur-unsur yang menjadi kunci dalam PACT yaitu berfokus dalam kekuatan pasien untuk dapat beradaptasi dengan kehidupan masyarakat, penyediaan dukungan dan layanan konsultasi untuk pasien, memastikan bahwa pasien tetap dalam program perawatan dengan kesimpulan akhir bahwa PACT efektif dalam perbaikan gejala, mengurangi lama perawatan di rumah sakit dan memperbaiki kondisi kehidupan secara umum.

2) *Intrervensi keluarga*

Pada prosesnya yang menjadi prinsip utama adalah perlu adanya keterlibatan dari keluarga pasien dalam proses penyembuhan. Anggota keluarga harus ikut berkontribusi penuh

dalam perawatan pasien dan memerlukan pendidikan, bimbingan dan dukungan serta pelatihan yang cukup yang bertujuan untuk membantu mereka agar mampu mengoptimalkan peran secara efektif.

3) Terapi perilaku kognitif

Koreksi atau modifikasi pada terapi perilaku kognitif terhadap suatu keyakinan atau disebut dengan delusi, berfokus pada halusinasi pendengaran dan menormalkan pengalaman psikotik pasien. Beberapa penelitian yang telah dilakukan membuktikan bahwa secara efektif terapi perilaku dapat mengurangi frekuensi dan tingkat dari keparahan gejala positif klien yang dialami oleh penderita. Namun masih terdapat adanya hambatan berupa adanya risiko penolakan akibat dari adanya pertemuan yang dilakukan setiap minggu yang dapat menjadikan beban baru pada pasien-pasien *skizofrenia* dengan gejala negatif dengan tingkatan yang berat.

4) Terapi pelatihan keterampilan sosial

Teknik perilaku yang digunakan pada terapi keterampilan sosial yang memungkinkan pasien untuk dapat memenuhi tuntutan interpersonal, perawatan pada diri sendiri dan menghadapi tuntutan yang ada padamasyarakat. Tujuan utama yang diharapkan dalam pemanfaatan terapi ini ialah untuk melakukan perbaikan pada kekurangan tertentu dalam fungsi sosial pasien.

5) Terapi *Elektrokonvulsif (ECT)*

“Dalam sebuah kajian sistematik menyatakan bahwa penggunaan ECT dan kombinasi dengan obat-obat antipsikotik dapat dipertimbangkan sebagai pilihan bagi penderita *skizofrenia* terutama jika menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala yang cepat”. (American Psychiatric Assosiated, 2013).

b. Terapi Farmakologi

“Secara umum, terapi penderita *skizofrenia* dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, terapi stabilisasi dan terapi pemeliharaan. Terapi akut dilakukan pada tujuh hari pertama dengan tujuan mengurangi agitasi, agresi, ansietas, dll. Benzodiazepin biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan benzodiazepin akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi dimulai pada minggu kedua atau ketiga. Terapi stabilisasi bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dosis akut. Klozapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila pasien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain”. (Crismon dkk., 2008).

2.3 Konsep Dasar Pengetahuan dan Masalah Keperawatan Defisit Pengetahuan pada pasien *Skizofrenia Paranoid*

2.3.1 Definisi Pengetahuan

Dalam kamus besar Bahasa Indonesia (2011), “pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses pembelajaran ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam, seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia sert keadaan sosial budaya”.

2.3.2 Tingkatan pengetahuan

Menurut Kholid dan Notoatmodjo (2012), ada 6 tingkatan pengetahuan, yaitu :” 1)Tahu (*Know*),Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu. 2) Memahami (*Comprehension*), Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan di interpretasikan secara benar. 3) Aplikasi (*Application*), Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekan materi yang sudah dipelajari pada kondisi real (sebenarnya). 4) Analisis (*Analysis*), Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih didalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya. 5) Sintesis (*Synthesis*), Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. 6) Evaluasi (*Evaluation*), Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek”.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013), faktor yang dapat berpengaruh terhadap pengetahuan:

1. Pendidikan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013), “Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi”. (Sriningsih, 2011).

2. Informasi

Informasi atau media masa merupakan suatu teknik dalam mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis serta dalam menyebarkan informasi yang ada dengan tujuan yang telah ditentukan. Informasi dapat diperoleh dari pendidikan formal ataupun nonformal sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan selaras dengan berkembangnya teknologi sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi yang diterima akan dapat mempengaruhi pengetahuan serta akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

3. Sosial, Budaya, dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan

tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuan akan menjadi kurang baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

4. Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan dapat berpengaruh dengan tingkat pengetahuan karena lingkungan individu yang baik maka pengetahuan yang di dapatkan akan baik dan sebaliknya.

5. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh sesuai apa yang telah dialami baik dari cerita orang lain maupun hal yang dialami oleh diri sendiri sehingga pengalaman merupakan guru yang terbaik dalam upaya meningkatkan pengetahuan bagi seseorang.

6. Usia

Semakin bertambahnya usia pada seseorang maka berpengaruh juga terhadap perkembangan dari pola pikir pada dirinya dan daya tangkap terhadap pola pikir sehingga untuk pengetahuan yang telah diterima dan

didapatkan akan semakin bertambah dan membaik.

2.3.4 Cara Memperoleh Pengetahuan

1. Cara tradisional

Terbagi menjadi empat cara untuk cara tradisional sebagai berikut :

a. *Trial and Error*

Cara ini digunakan sebelum terdapatnya kebudayaan atau sebelum ditemukannya peradaban. Pada saat itu ketika seseorang mulai mendapatkan masalah, maka usaha yang mereka lakukan hanya dengan percobaan saja dengan menggunakan kemungkinan yang mereka percayai dengan tujuan untuk dapat memecahkan masalah sampai berhasil yakni dengan menggunakan metode *Trial and Error*.

b. Kekuasaan atau otoritas

Kebiasaan ini hanya dapat terjadi pada lingkungan masyarakat yang modern dan seolah-olah sumbernya dapat diterima menjadi kebenaran yang mutlak. Sumber pengetahuan yang didapatkan adalah berasal dari pemimpin-pemimpin yang ada pada lingkungan masyarakat baik secara formal maupun informal, ahli agama dan pemegang kekuasaan pada pemerintahan.

c. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Guru terbaik adalah pengalaman yang telah didapatkan oleh setiap individu dan hal itu sesuai dengan pepatah yang memiliki arti bahwa pengalaman dapat menjadi sumber pengetahuan atau pengalaman tersebut merupakan suatu cara yang dapat ditempuh

untuk dapat memperoleh kebenaran tentang suatu pengetahuan yang baru.

d. Jalan Pikir

Perkembangan kebudayaan sejalan dengan cara berpikir manusia yang beriringan dan ikut berkembang serta mulai mampu dalam menggunakan nalarnya dalam berpikir untuk dapat mendapatkan pengetahuan dengan menggunakan jalan pikirnya melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung yang diciptakan melalui pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan.

2. Cara Modern atau Cara Ilmiah

Menurut Notoatmodjo (2012), “bahwa cara baru memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah yang disebut sebagai metode ilmiah. Kemudian metode-metode berfikir induktif bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, membuat catatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati”

2.3.5 Pengukuran Tingkat Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) pengetahuan seseorang dapat di tetapkan melalui beberapa hal berikut :” 1) Bobot I : Pada bobot 1 berisi tahap tahu dan tahap mulai pemahaman, 2) Bobot II : Tahap mulai tahu. pemahaman, dan serta tahap analisis, 3) Bobot III : Tahap tahu, pemahaman, analisis sintesis dan melakukan evaluasi”.

Pengukuran pengetahuan dilakukan melalui wawancara baik secara

langsung maupu tidak langsung (kuesioner) yang inti pertanyaan seputar tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden.

Menurut Arikunto (2010), “tingkat pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu : 1) Baik : Jawaban terhadap kuesioner 76-100% benar, 2) Cukup : Jawaban terhadap kuesioner 56-75% benar, dan 3) Kurang : Jawaban terhadap kuesioner < 56% benar”.

2.3.6 Pengertian Defisit Pengetahuan

Pengertian defisit pengetahuan sebagaimana dalam SDKI (2018),”bahwa kurangnya informasi kognitif yang didapatkan atau ketiadaan sumber informasi yang ada dan berkaitan dengan topik tertentu”. Selanjutnya menurut PPNI (2016),“Defisit pengetahuan merupakan kondisi tidak adanya informasi atau kurang terpaparnya informasi kognitif pada seorang individu yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak adanya respons dari individu tersebut serta tidak ditemukannya perubahan, atau disfungsi pola individu, tetapi lebih sebagai etiologi maupun factor penunjang yang menambah variasi respons”.. Kondisi klinis terkait dengan masalah keperawatan defisit pengetahuan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017),” adalah tentang kondisi klinis yang baru atau sedang dihadapi oleh klien, penyakit akut, dan penyakit kronis”. Berdasarkan beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa defisit pengetahuan disertai dengan kondisi klinis yang terjadi dan dapat menjadikan penyebab atau akar permasalahan dari masalah keperawatan yang muncul.

2.3.7 Penyebab Defisit Pengetahuan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP (2017), penyebab dari defisit pengetahuan adalah sebagai berikut:” 1) Keterbatasan kognitif, 2) Gangguan fungsi kognitif, 3) Kekeliruan mengikuti anjuran, 4) Kurang terpapar informasi, 5) Kurang minat dalam belajar, 6) Kurang mampu mengingat, dan 7) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi”.

2.3.8 Gejala dan Tanda Defisit Pengetahuan

Gejala dan tanda dari masalah keperawatan defisit pengetahuan sesuai dengan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), adalah berikut:

a. Mayor

1) Subjektif

Pola pola subjektif berkaitan dengan menanyakan masalah yang sedang dihadapi oleh klien tersebut seperti misalnya : menanyakan tentang bagaimana keadaan ataupun kondisi terkait *skizofrenia*

2) Objektif

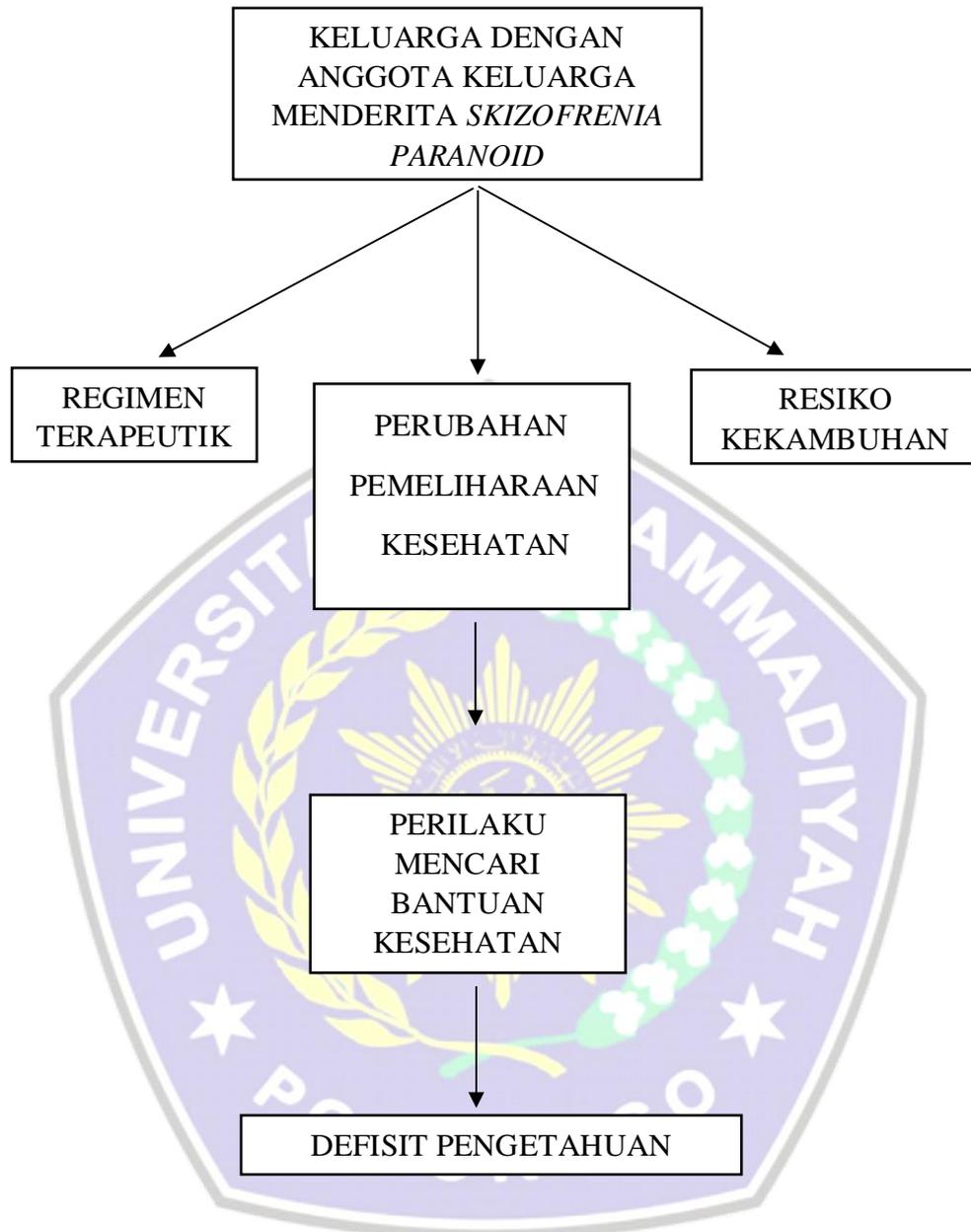
Memperlihatkan perilaku yang tidak sesuai dengan napa yang telah dianjurkan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya saat proses pengobatan dan menunjukkan persepsi atau pandangan tentang suatu hal yang keliru terkait masalah yang dihadapi

b. Minor

1) Objektif

Menjalani terkait pemeriksaan yang tidak sesuai serta memperlihatkan perilaku yang terlalu berlebihan Misalnya : apatis, perilaku bermusuhan, sikap agitasi, dan histeria berlebihan.

2.3.9 Pohon Masalah



Gambar 2.1 Pohon masalah

Sumber : <https://www.scribd.com/doc/308502342/POHON-MASALAH>

2.4 Konsep Pola Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Masalah *Skizofrenia paranoid*

2.4.1 Pengkajian

Hal-hal yang menjadi sangat penting untuk dikajinya pada keluarga meliputi beberapa poin yaitu :

a. Data Secara Umum

Pengkajian yang dilakukan terhadap data umum meliputi :

- a) Nama kepala keluarga
- b) Alamat dan nomor yang bisa dihubungi
- c) Pekerjaan dari kepala keluarga
- d) Pendidikan terakhir yang ditamatkan kepala keluarga
- e) Komposisi keluarga dan genogram
- f) Tipe keluarganya
- g) Suku bangsanya
- h) Agama yang dianut keluarga
- i) Ekonomi serta status social dari keluarganya
- j) Rekreasi keluarga

b. Riwayat perkembangan keluarga :

- a) Tahap yang menjadi landasan dalam perkembangan yang terdapat keluarga ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.
- b) Tahapan dari keluarganya yang belum dapat terpenuhi
- c) Riwayat dari keluarganya secara inti yang meliputi :
 - riwayat kesehatan pada keluarga intinya
 - riwayat dari penyakit keturunannya

- riwayat dari kesehatan setiap keluarganya
- upaya pencegahan yang dilakukan oleh keluarga
- sumber pelayanan kesehatan keluarganya
- pengalaman-pengalaman keluarga selama berobat.

d) Riwayat keluarga sebelumnya dari pihak suami dan istrinya.

c. Pengkajian Lingkungan

- 1) Karakteristik yang ada pada rumahnya
- 2) Karakteristik dari tetangga sekitar maupun komunitas yang berada pada tempat tinggal
- 3) Perkumpulan atau jenis interaksi social yang dilakukan oleh keluarga dengan masyarakat
- 4) Sistem pendukung yang sering digunakan oleh keluarga

d. Struktur keluarga

- 1) Pola keluarga terkait komunikasi yang berfokus tentang cara komunikasi yang diterapkan oleh masing-masing anggota keluarga.
- 2) Struktur kekuatan keluarga terkait dengan kemampuan anggota keluarganya dalam mengendalikan atau dalam hal mempengaruhi orang lain sehingga dapat merubah perilakunya.
- 3) Struktur peran dari masing-masing anggota keluarganya yang dilakukan baik secara formal maupun informal.
- 4) Nilai atau norma keluarga yang dianut yaitu berkaitan dengan nilai dan norma yang dianut dan dipercayai oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatannya.

5) Fungsi keluarga :

- a) Fungsi afèktif, berkaitan dengan gambaran diri dari setiap anggota, rasa memiliki serta dimiliki dalam keluarganya, dukungan dari keluarga yang berhubungan dengan anggota keluarga yang lainnya, kehangatan keluarga bagaimana dapat tercipta pada setiap anggota keluarga dan cara mengembangkan sikap saling menghargai yang diajarkan pada keluarga tersebut.
- b) Fungsi sosialisai, yaitu perlu dilakukan pengkajian adalah terkait interaksi atau hubungan dalam keluarga baik dengan cara disiplin, mematuhi norma yang ada, budaya dan perilaku.
- c) Fungsi perawatan kesehatan, yang perlu dilakukan pengkajian adalah sejauh mana keluarga tersebut mampu dalam menyediakan kebutuhan keluarga saat sakit serta bagaimana pengetahuan keluarga yang dimiliki dalam mengenal sehat sakit serta peran keluarga dalam perawatan kesehatan yang dapat ditunjukkan dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, seperti mampu mengenal masalah kesehatan, pengambilan keputusan, perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang efektif dan keluarga mampu dalam upaya memanfaatkan fasilitas kesehatan setempat.
- d) Pemenuhan tugas keluarga, sejauh mana kemampuan keluarga dalam mengetahui, mengambil keputusan dalam tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit.

6) Stres dan koping keluarga

a) Stressor jaangka pendek dan panjang

- 1) Stressor jangka pendek keluarga yang memerlukan penyelesaian masalah dalam waktu kurang dari 5 bulan.
- 2) Stressorr jangka panjang yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

b) Kemampuan keluarga dalam memberi respon terhadap stressor yang muncul

c) Strategi koping dalam mengatasi permasalahan.

d) Strategi adaptasi fungsional

e) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap semua anggota keluarga dengan metode pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

2.4.2 Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Setelah melakukan pengkajian keluarga maka memungkinkan muncul diagnosa keperawatan keluarga antara lain :

- 1) Manajemen keluarga tidak efektif, terkait dengan pola penanganan masalah kesehatan dalam keluarga yang dilakukan namun tidak bisa memuaskan untuk memulihkan kondisi kesehatan pada anggota keluarga.
- 2) Manajemen kesehatan tidak efektif, ialah penanganan terkait masalah kesehatan yang masih belum mencapai target yang memuaskan untuk dapat mencapai tingkatan kesehatan sesuai dengan yang diinginkan.

- 3) Pemeliharaan kesehatan tidak efektif, ialah berkaitan dengan keluarga yang tidak mampu dalam melakukan identifikasi, mengelola secara baik dan atau menemukan bantuan guna mempertahankan kesehatan.
- 4) Kesiapan peningkatan coping keluarga
- 5) Penurunan coping keluarga
- 6) Ketidakberdayaan.
- 7) Ketidakmampuan coping keluarga, ialah perilaku orang terdekat dalam melakukan pembatasan terhadap kemampuan dirinya dan klien untuk mampu beradaptasi dengan masalah kesehatan yang sedang dihadapi klien.

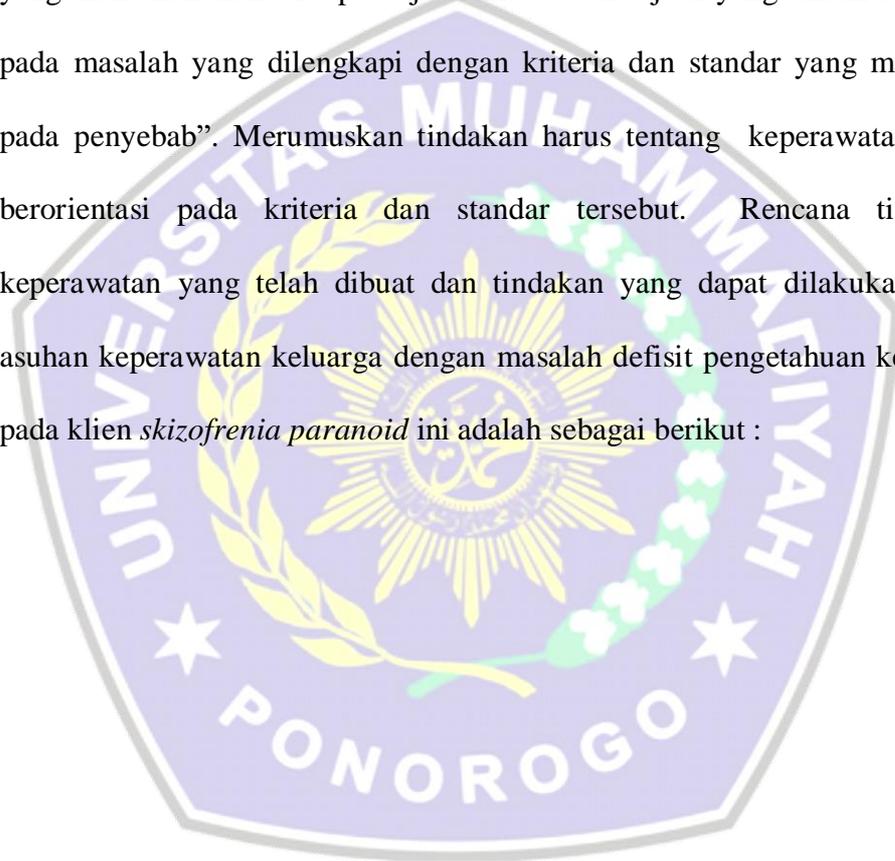
Etiologi atau penyebab dari masalah keperawatan yang muncul merupakan hasil dari pengkajian tentang tugas kesehatan keluarga yang meliputi 5 unsur sebagai berikut :

- 1) Ketidakmampuan yang dialami oleh keluarga yang berkaitan dengan mengenal masalah *skizofrenia* yang terjadi pada anggota keluarganya.
- 1) Ketidakmampuan yang dialami oleh keluarga yang berkaitan dengan pengambilan keputusan yang tepat.
- 2) Ketidakmampuan keluarga dalam upaya memberikan perawatan yang sesuai terhadap anggota keluarga dengan *skizofrenia*
- 3) Ketidakmampuan keluarga dalam upaya memodifikasi dan melakukan pemeliharaan lingkungan yang dapat mempengaruhi penyakit *skizofrenia*
- 4) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan guna perawatan dan pengobatan *skizofrenia*

Sesuai dari 5 unsur etiologi atau penyebab dari masalah keperawatan yang muncul diatas dapat disimpulkan bahwa defisit pengetahuan muncul dari keluarga yang tidak cukup mampu dalam mengenal masalah *skizofrenia* yang diderita oleh keluarganya.

2.4.3 Membuat Perencanaan

Menurut Suprajitno (2012),”Perencanaan pada tindakan keperawatan yang akan dilakukan terdapat tujuan khusus dan tujuan yang umum berdasar pada masalah yang dilengkapi dengan kriteria dan standar yang mengacu pada penyebab”. Merumuskan tindakan harus tentang keperawatan yang berorientasi pada kriteria dan standar tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan tindakan yang dapat dilakukan pada asuhan keperawatan keluarga dengan masalah defisit pengetahuan keluarga pada klien *skizofrenia paranoid* ini adalah sebagai berikut :



2.4.4 RENCANA TINDAKAN ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA
DENGAN ANGGOTA KELUARGA MENDERITA *SKIZOFRENIA*
PARANOID

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Standara Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>D.0111 defisit pengetahuan b.d kurang terpaparnya informasi</p> <p>Definisi : Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu</p> <p>Penyebab kondisi defisit pengetahuan dapat ditimbulkan oleh beberapa situasi seperti dibawah ini;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 	<p>L.12111 Tingkat pengetahuan</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prilaku sesuai anjuran meningkat 2. Verbarlisasi minat dalam belajar meningkat 3. Kemampuan tentang menjelaskan suatu topik meningkat 4. Kemampuan 	<p>I.12383 Edukasi Kesehatan</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sediakan materi dan media pendidikan

	<p>5. Kurangnya minat dalam belajar</p> <p>6. Kurangnya kemampuan dalam mengingat</p> <p>7. Ketidaktahuan dalam menemukan sumber informasi yang bisa didapatkan</p>	<p>menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</p> <p>5. Prilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p> <p>6. “Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun”</p> <p>7. “Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun”</p>	<p>kesehatan</p> <p>b. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>c. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>a. “Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan”</p> <p>b. “Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat”</p> <p>c. “Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat”</p>
--	---	--	---

Sumber : Tim Pokja DPP PPNI, 2018

2.4.5 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.2 Analisa jurnal ilmiah

Judul	Metode	Hasil Penelitian
<p>“Gambaran Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang <i>Skizofrenia</i> dan Dukungan Keluarga Pada Klien <i>Skizofrenia</i> di Rumah Sakit Jiwa Daerah DR Amino Gondohutomo Semarang”</p> <p>Penulis : Muntiaroh, Eny Hidayati, Wulandari Meikawati</p> <p>Tahun : 2013</p> <p>Jurnal : Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah 2013; Hal 193-196</p>	<p>Desain</p> <p>“Desain penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan rancangan <i>Cross-Ceksional</i>. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien yang berobat di Rumah Sakit Jiwa Daerah DR Amino Gondohutomo Semarang selama 01-18 Juli 2012”.</p> <p>Sampel : “Keluarga klien <i>skizofrenia</i> yang ditetapkan secara <i>cross sectional</i>”.</p> <p>Variabel:</p> <p>“Variabel Independennya Tingkat pengetahuan dan dukungan keluarga Variabel dependennya</p>	<p>“Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga mempunyai pengetahuan yang cukup tentang <i>skizofrenia</i>, walaupun hanya sebatas pengetahuan <i>skizofrenia</i> dalam bahasa keluarga dan penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar anggota keluarga mendukung klien <i>skizofrenia</i> dalam melakukan pengobatan di rumah sakit jiwa”.</p>

	<p>mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga”.</p> <p>Instrumen : “Daftar kuesioner tentang gambaran tingkat pengetahuan keluarga tentang <i>skizofrenia</i> dan dukungan keluarga pada klien <i>skizofrenia</i> yang diisi oleh keluarga klien <i>skizofrenia</i> di Rumah sakit Jiwa Daerah Amino Gondohutomo Semarang”.</p> <p>Analisis : “Analisis data dalam penelitian ini adalah analisis univariat”.</p>	
--	---	--

<p>“Pengaruh Paket Informasi Terhadap Pengetahuan Keluarga Dengan Skizofrenia”</p> <p>Penulis : Herna Alifiani, Suryani, Titin Sutini</p> <p>Tahun : 2018</p> <p>Jurnal : <i>Faletehan Health Journal</i> Volume 05 No 01 2018</p>	<p>Desain : “Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimental, dengan desain penelitian pre and post test with control group”</p> <p>Sampel : “Sejumlah 60 orang responden dilibatkan dalam penelitian ini, yang dibagi kedalam dua kelompok yaitu 30 responden pada kelompok intervensi dan 30 responden pada kelompok kontrol”</p> <p>Variabel: “Penelitian ini terdiri dari variabel dependent dan independent”</p> <p>Instrumen : “Data penelitian ini diukur dengan menggunakan <i>The Knowledge About Schizophrenia Test</i></p>	<p>Hasil : “Kesimpulan hasil dari penelitian ini adalah intervensi pemberian paket informasi sangat efektif untuk meningkatkan pengetahuan keluarga ODS. Pemberian paket informasi tentang <i>skizofrenia</i> dan perawatannya dapat berpengaruh signifikan terhadap perubahan pengetahuan keluarga ODS dimana paket informasi dapat memberikan stimulus eksternal yang dapat membantu perubahan yang lebih baik pada pengetahuan keluarga ODS”.</p>
---	---	---

	<p>(KAST). Kuesioner ini terdiri dari 18 item terdiri dari pertanyaan tentang penyebab skizofrenia, gejala skizofrenia, diagnosis skizofrenia dan pengobatan skizofrenia. Penelitian dilakukan selama dua bulan, dari bulan juni sampai dengan Agustus 2017 di poliklinik jiwa RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang”</p> <p>Analisis : “Data dianalisis dengan menggunakan dependen sample T-test untuk mengetahui perbedaan rerata skor pengetahuan sebelum dengan sesudah intervensi, sedangkan</p>	
--	---	--

	<p>independent sample T-test digunakan untuk mengetahui perbedaan skor pengetahuan setelah diberikan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi”</p>	
<p>“Pengaruh Intervensi Strategi Pelaksanaan Keluarga Terhadap Pengetahuan Dan Kemampuan Keluargaa Dalam Merawat Klien Skizofrenia Dengan Halusinasi”.</p> <p>Penulis : Susilawati, Larra Fredrika</p> <p>Tahun : 2019</p> <p>Jurnal : Jurnal Keperawatan Silampari Volume 3 No 2 Desember 2019; Hal 405-415</p>	<p>Desain : “Penelitian ini menggunakan metode <i>quasi-eksperimental</i> dengan desain <i>one-group pre test and post test</i>”</p> <p>Sampel : “Sampel Penelitian ini adalah seluruh keluarga yang mendampingi anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa halusinasi tahun 2019 dari bulan AprilAgustus yang berjumlah 15 orang”</p> <p>Variabel :</p>	<p>Hasil : “Frekuensi distribusi kemampuan dari keluarga terhadap klien dengan masalah <i>skizofrenia</i> halusinasi, setelah dilakukan pemberian terkait tindakan keperawatan strategi pelaksanaan keluarga menunjukkan dari total sebanyak 15 orang keluarga yang menjadi responden, didapatkan hasil yakni semua kemampuan keluarga dengan kategori tidak mampu. Kemudian distribusi frekuensi dari kemampuan keluarga dengan klien masalah <i>Skizofrenia</i> dengan halusinasi sebelum</p>

	<p>“Variabel independen dan variabel dependen, yaitu distribusi frekuensi pengetahuan dan kemampuan keluarga yang merawat klien <i>skizofrenia</i> dengan halusinasi sebelum dan sesudah diberikan intervensi strategi pelaksanaan keluarga”.</p> <p>Instrumen :</p> <p>“Instrumen penelitian digunakan adalah kuesioner, terdiri dari kuisisioner tentang pengetahuan keluarga dan kemampuan keluarga.</p> <p>Pengumpulan data dilakukan dalam dua periode yaitu: melakukan <i>pre test</i> pada responden dan intervensi untuk</p>	<p>diberikan intervensi strategi pelaksanaan terhadap keluarga menunjukkan hasil bahwa dari total sebanyak 15 orang keluarga yang dipilih untuk menjadi responden didapatkan sebagian besar kemampuan keluarga dengan kategori mampu. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada pengaruh yang cukup signifikan terkait dengan intervensi strategi pelaksanaan keluarga terhadap pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien <i>Skizofrenia</i> dengan halusinasi”.</p>
--	---	---

	<p>menilai pengetahuan dan kemampuan keluarga, setelah itu diukur kembali pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat klien <i>skizofrenia</i> dengan halusinasi dengan menggunakan <i>post test</i>".</p> <p>Analisis :</p> <p>"Analisis data dilakukan menggunakan 2 uji yaitu univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi pengetahuan dan kemampuan keluarga sebelum dan sesudah intervensi dan uji bivariat menggunakan analisis <i>paired t-test</i>".</p>	
<p>"Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan <i>Skizofrenia</i></p>	<p>Desain :</p> <p>"Penelitian menggunakan</p>	<p>Hasil:</p> <p>Berdasarkan penelitian</p>

<p>dengan Perilaku Kekerasan”</p> <p>Penulis: Rita Zahara, Hizir, Hermansyah</p> <p>Tahun: 2015</p> <p>Jurnal : Jurnal Ilmu Keperawatan</p>	<p>metode desain <i>Quast-Experiment</i> berupa <i>Pretest-Posttest Desaign.</i>”</p> <p>Sampel : “Sampel diambil dengan menggunakan teknik <i>nonprobability sampling</i> dengan metode <i>purpose sampling</i> dengan jumlah sampel 42 orang dengan masing-masing grup berisi 21 keluarga yang merawat pasien skizofrenia”</p> <p>Variabel : “Pada penelitian ada dua kelompok yaity untuk kelompok eksperimen yang diberikan pretest, pendidikan kesehatan serta dilakukan posttest dan kelompok kontrol yang tidak diberikan</p>	<p>diketahui Terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata pretest dan posttest pada kelompok intervensi ($p = 0.000$). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai rata-rata pretest dan posttest pada kelompok kontrol ($p = 0.373$). serta didapatkan bahwa terdapat pengaruh pendidikan kesehatan terhadap peningkatan pengetahuan keluarga dalam merawat pasien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di UPIP RSUD dr. Fauziah Kabupaten Bireuen ($p = 0.000$). Peneliti berasumsi bahwa pengetahuan keluarga terkait dengan pengertian</p>
--	--	---

	<p>pendidikan kesehatan namun hanya diberikan pretest dan posttest”</p> <p>Instrumen :</p> <p><i>Quasi eksperiment</i> dengan rancangan peneliti <i>Non Equivalent Control Group</i> yang cocok digunakan untuk mengevaluasi program pendidikan kesehatan dan pelatihan-pelatihan kesehatan</p> <p>Analisis :</p> <p><i>Quasi-Experimental</i> berupa <i>Pretest-Posttest Design</i>.</p>	<p>serta berkaitan dengan tanda gejala dari perilaku kekerasan yang dapat diberikan melalui diadakannya pendidikan kesehatan akan dapat membantu keluarga dalam mengenali masalah yang berkaitan dengan ciri-ciri yang ditampilkan atau mulai tampak ketika pasien mulai memperlihatkan gejala kekambuhan atau kemarahan. Sedangkan informasi yang berisi tentang penyebab perilaku kekerasan tersebut akan dapat membantu keluarga dalam melakukan pencegahan awal atas terjadinya perilaku kekerasan pada pasien.</p>
--	---	---

<p>“Efektifitas Pemberian <i>Family Psychoeducation</i> (FPE) Terhadap Kepatuhan Minum Obat Penderita <i>Skizofrenia</i> Di Kota Kediri”</p> <p>Penulis : Dhita Kurnia Sari, Lingga Kusuma Wardani</p> <p>Tahun : 2017</p> <p>Jurnal : STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan Volume 01 Nomer 01 Oktober 2017; Hal 48-52</p>	<p>Desain :</p> <p>“Penelitian yang digunakan adalah eksperimen dengan menggunakan metode pra eksperimen. Jenis yang digunakan adalah <i>pre-test and post-test group</i>”.</p> <p>Sampel :</p> <p>“Keluarga yang merawat pasien <i>skizofrenia</i> di Kota Kediri dengan jumlah penderita <i>skizofrenia</i> yaitu 103 orang. Sedangkan jumlah sampel dalam penelitian ini</p>	<p>Hasil :</p> <p>“Keluarga pengetahuan dan kemampuan untuk mengatasi stres saat merawat anggota keluarga dengan <i>skizofrenia</i> dapat menciptakan lingkungan yang nyaman dan kondusif yang membantu memulihkan kondisi dan mengurangi dan mencegah ketidakpatuhan dengan obat <i>skizofrenia</i>”.</p>
---	---	---

	<p>sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi adalah 20 responden”.</p> <p>Variabel :</p> <p>“Variabel independen : penyediaan terapi <i>psikoeducation</i> keluarga Variabel dependen : kepatuhan untuk mengambil obat pasien <i>skizofrenia</i>”.</p> <p>Instrumen :</p> <p>“Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>Standart Operating Procedure of Family Psychoeducatin</i></p>	
--	---	--

	<p><i>Therapy</i> dan lembar observasi kekambuhan pasien <i>skizofrenia</i>".</p> <p>Analisis :</p> <p>"Pengaruh family <i>psychoeducation therapy</i> (FPE) terhadap kekambuhan pasien <i>skizofrenia</i> di Kota Kediri".</p>	
--	--	--

2.4.6 Implementasi

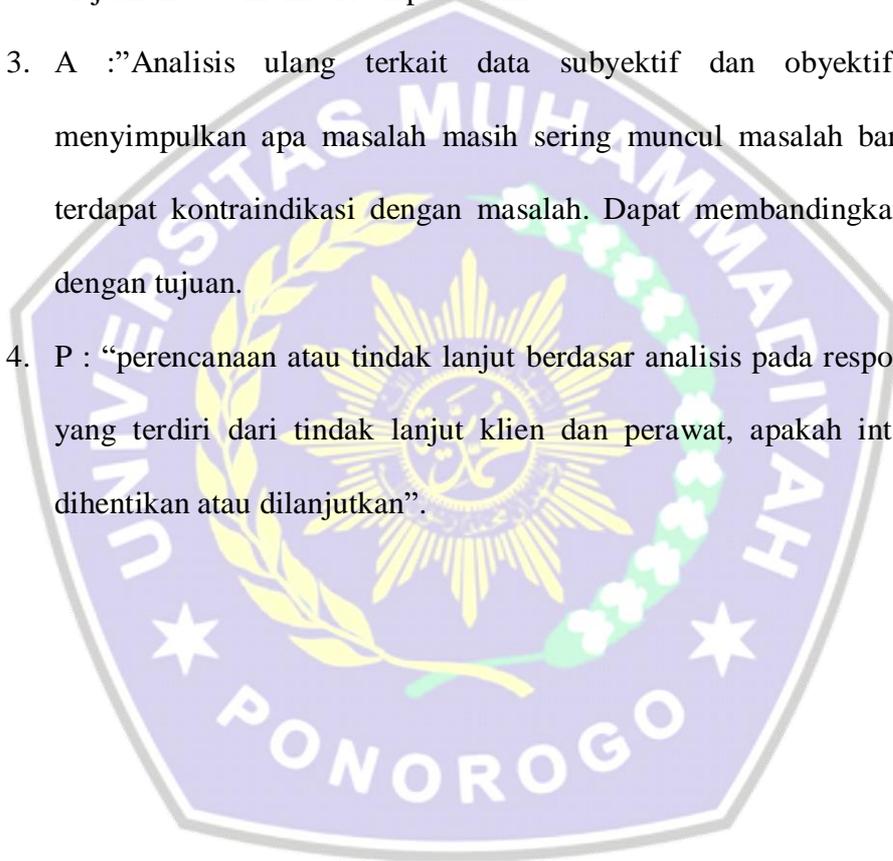
Menurut Potter & Perry (2016) bahwa, "Pelaksanaan atau implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung terhadap klien".

2.4.7 Evaluasi Keperawatan

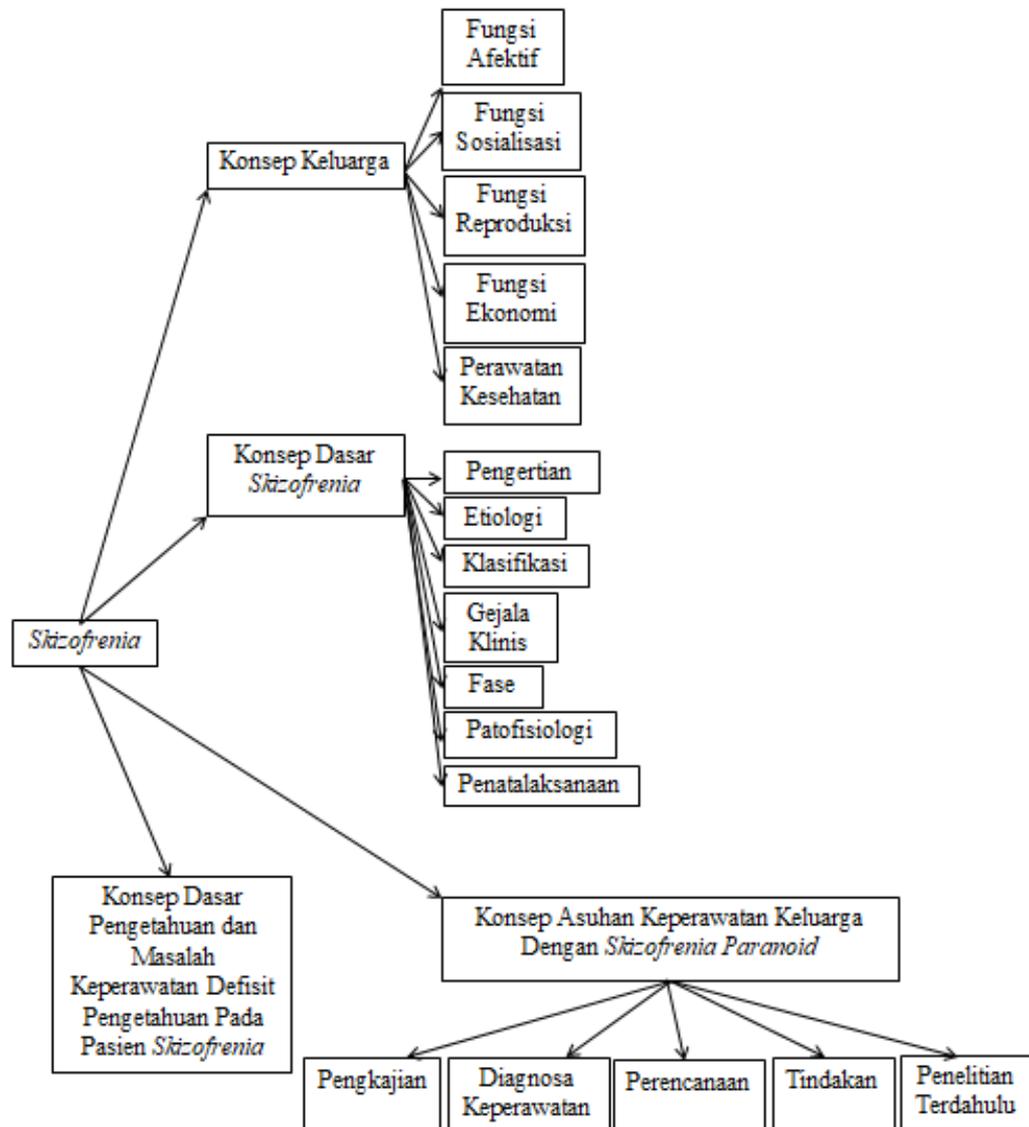
Potter & Perry (2016), mengemukakan pendapatnya bahwa "Evaluasi merupakan langkah proses keperawatan yang memungkinkan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil meningkatkan kondisi klien". Evaluasi perkembangan kesehatan yang dilakukan oleh perawat dalam tindakan keperawatan dengan focus tujuan sesuai rencana

yang sudah ditentukan serta melakukan revisi data utama dan perencanaan Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, seperti :

1. S : “respon subyektif dari klien terhadap tindakan keperawatan. Bisa ditanyakan “Bagaimana perasaan bapak/ibu setelah latihan?”
2. O : “respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan. Dengan mengobservasi perilaku klien dan menanyakan kembali apa yang telah diajarkan atau memberi umpan balik”.
3. A :”Analisis ulang terkait data subyektif dan obyektif guna menyimpulkan apa masalah masih sering muncul masalah baru atau terdapat kontraindikasi dengan masalah. Dapat membandingkan hasil dengan tujuan.
4. P : “perencanaan atau tindak lanjut berdasar analisis pada respon klien yang terdiri dari tindak lanjut klien dan perawat, apakah intervensi dihentikan atau dilanjutkan”.



2.5 Hubungan Antar Konsep



Gambar 2.2 Hubungan antar konsep

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Denisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1, PPNI 2016.