

Sugeng Mashudi  
Ah. Yusuf  
Rika Subarniati Triyoga



MODUL

# FAMILY HEALTH

UNTUK MENINGKATKAN INTERAKSI KELUARGA  
DENGAN PENDEKITA SKIZOFRENIA





**Sugeng Mashudi  
Ah. Yusuf  
Rika Subarniati Triyoga**



**MODUL**

# **FAMILY HEALTH**

**UNTUK MENINGKATKAN INTERAKSI KELUARGA  
DENGAN PENDERITA SKIZOFRENIA**



Sugeng Mashudi  
Ah. Yusuf  
Rika Subarniati Triyoga

**Modul FAMILY HEALTH**  
untuk Meningkatkan Interaksi Keluarga  
dengan Penderita Skizofrenia

Penerbit : Unmuh Ponorogo Press



UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 28 TAHUN 2014  
TENTANG HAK CIPTA

PASAL 113

KETENTUAN PIDANA SANGSI PELANGGARAN

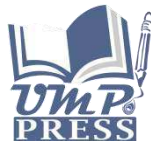
1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)
3. Setiap Orang yang tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah)
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah)

---

# Modul FAMILY HEALTH

Untuk Meningkatkan Interaksi Keluarga dengan Penderita Skizofrenia

---



**Modul FAMILY HEALTH**  
**Disusun BERDASARKAN RISET DISERTASI DOKTOR**

Penulis :  
Sugeng Mashudi  
Ah Yusuf  
Rika Subarniati Triyoga

Hak Cipta © 2019, Penulis  
Hak Terbit © 2019, Penerbit : Unmuh Ponorogo Press  
Jalan Budi Utomo Nomor 10 Ponorogo-63471  
Telp. (0352) 481124, 487662  
Faks. (0352) 461796  
E-mail : unmuhpress@umpo.ac.id  
Website : umpopress.umpo.ac.id

Desain Sampul : Tim Unmuh Ponorogo Press  
Sumber Gambar Sampul : [shorturl.at/Jklox](http://shorturl.at/Jklox)  
[shorturl.at/axIMV](http://shorturl.at/axIMV)

ISBN : 978-602-0791-40-1

Cetakan Pertama, September 2019

halaman, 15,5 x 23 cm

Dilarang keras mengutip, menjiplak, memfotocopi, atau memperbanyak dalam bentuk apa pun, baik sebagian maupun keseluruhan isi buku ini, serta memperjualbelikannya tanpa izin tertulis dari penerbit Unmuh Ponorogo Press.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, atas berkah, rahmat, hidayah dan inayah-Nya, sehingga Modul yang berjudul “*Family Health*”, yang disusun penulis berdasarkan riset disertasi doctor, dapat penulis selesaikan. terselesaikannya naskah modul ini, penulis tidak lepas dari dukungan berbagai pihak, maka pada kesempatan ini perkenankanlah penulis menghaturkan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes dan Prof. Dr. Rika Subarniati dr., S.KM., FISPH., FISCAM selaku Promotor dan Co Promotor yang dengan kesabaran, kearifan dalam memberikan bimbingan, arahan, koreksi, motivasi dari awal sampai saat ini.

Buku yang sedang Anda baca ini memiliki tiga pokok bahasan utama yaitu: 1) peran keluarga dalam menunjang kesehatan keluarga. Memiliki tiga sub pokok bahasan yaitu konsep persepsi skizofrenia, konsep stresor, dan peningkatan persepsi keluarga tentang skizofrenia dan penurunan stresor oleh perawat kesehatan jiwa; 2) peningkatan mekanisme coping dalam menunjang kesehatan keluarga. Memiliki tiga sub pokok bahasan, yaitu problem fokus coping, emosi fokus coping, dan peningkatan mekanisme coping oleh perawat kesehatan jiwa; 3) meningkatkan kesehatan keluarga dalam menunjang pola interaksi keluarga penderita skizofrenia. Memiliki tiga sub pokok bahasan yaitu konsep *family health*, konsep pola interaksi keluarga penderita skizofrenia, dan peningkatan *family health* dalam menunjang pola interaksi penderita Skizofrenia oleh perawat kesehatan jiwa. Beberapa lampiran, salah satu lampiran yang disajikan penulis adalah teori-teori yang relevan yang digunakan oleh penulis untuk mengembangkan model yang menghasilkan modul ini.

Besar harapan saya semoga modul dapat berguna untuk perawat dan tenaga kesehatan yang peduli dengan penderita Skizofrenia.

Surabaya, Mei 2018

Penulis



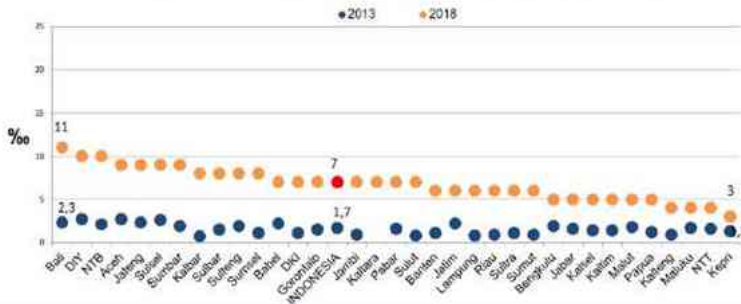
## PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU no.36 tahun 2009). *Family health* (Kesehatan keluarga) adalah kondisi kesejahteraan yang berubah secara dinamis, meliputi biologis, psikologis, spiritual, sosiologis, dan budaya anggota individu dan seluruh sistem keluarga (Hanson, 2005). Istilah kesehatan keluarga sering dipertukarkan dengan istilah keluarga sehat (*healty family*), atau *family well being*.

Kesehatan keluarga merupakan definisi teoritis sebagai potensi adaptif dan kemampuan fungsional dari keluarga dalam peran sosial (King, 1983). King (1981) konsisten mendefinisikan kesehatan sebagai tujuan dari praktik keperawatan. Pertama: "*a fungsional state in the life cycle* (King 1981)", secara umum King berfokus pada fungsi sebagai indikator dari kesehatan. Kedua: kesehatan adalah usaha mencapai "*useful, satisfying, productive, and happy live*", "bermanfaat, memuaskan, produktif, dan hidup bahagia". Berdasarkan dua pernyataan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa Kesehatan keluarga merupakan perilaku keluarga untuk berdaya guna, mencapai kepuasan dan bahagia dalam merawat penderita skizofrenia.

Data Riskesdas 2013 menunjukkan data persentase rumah tangga memiliki anggota rumah tangga (ART) dengan gangguan jiwa berat yang pernah dipasung di Indonesia sebesar 14,3 persen. Terdapat 1. 655 rumah tangga (RT) memiliki keluarga penderita gangguan jiwa berat. Berikut data presentase rumah tangga memiliki ART dengan gangguan jiwa berat pernah dipasung. Namun berdasarkan data terbaru Riskesdas 2018 menunjukkan sebagai berikut:

**PROPORSI RUMAH TANGGA DENGAN ART GANGGUAN JIWA SKIZOFRENIA/PSIKOSIS MENURUT PROVINSI (PER MIL), 2013-2018**



Data risekdas 2018 di Indonesia menunjukkan peningkatan proporsi rumah tangga ART gangguan Jiwa skizofrenia/psikosis sebesar 7 per mil yang sebelumnya hanya 1,7 permil, lebih khusus di daerah provinsi Jawa Timur menunjukkan data menurut risekdas 2013 hanya 2,2 permil, sekarang menurut data risekdas 2018 merangkak naik berada di kisaran 5 permil.

*Family Health Theory* (FHT) melibatkan penderita, keluarga, dan perawat profesional

sebagai faktor yang meramalkan *family health* dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa (Doornbos, 2007). Sebanyak lima variabel yang spesifik diturunkan berdasarkan tiga faktor tersebut. Kelima variabel spesifik tersebut, secara langsung dan tidak langsung meramalkan kesehatan keluarga dari keluarga dengan anggota yang mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan telaah penulis, perlu untuk mengembangkan model *family health*.

**Modul Family Health** yang sedang di baca Bapak/Ibu ini merupakan salah satu luaran hasil penelitian penulis berdasarkan penelitian pengembangan model *family health* terhadap pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia. Berdasarkan hasil penelitian penulis kunci *family health* adalah faktor keluarga dan mekanisme coping keluarga. Sehingga dengan meningkatkan faktor keluarga dan mekanisme coping keluarga maka *family health* keluarga akan meningkat, secara otomatis jika *family health* meningkat maka pola interaksi keluarga

akan meningkat.

Intervensi keperawatan dalam bentuk pelatihan kepada keluarga sangat diperlukan untuk membuka lebih luas wawasan dan informasi tentang peningkatan interaksi keluarga penderita Skizofrenia. Pemberian pendidikan yang tepat tentang kesehatan keluarga sebagai upaya menyiapkan keluarga dalam meningkatkan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia. Pelatihan yang diberikan keluarga dapat membantu mengidentifikasi kebutuhan keluarga dan strategi keterlibatan untuk mempertahankan keluarga berisiko tinggi dalam intervensi pencegahan masalah kesehatan (Brody, 2006). Sehingga keluarga sebagai garda utama dalam proses peningkatan interaksi keluarga penderita Skizofrenia, Oleh karena itu, “**Modul Family Health**” disusun untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga dalam meningkatkan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia.

Ponorogo, Mei 2019

Penulis

## **TUJUAN**

Tujuan diadakannya pelatihan ini adalah untuk meningkatkan pola interaksi keluarga dengan penderita Skizofrenia.

## **SASARAN PELATIHAN**

Program Pelatihan “**Family Health**” ini diperuntukkan bagi anggota keluarga yang merawat penderita Skizofrenia. Setiap anggota keluarga yang merawat penderita Skizofrenia memiliki peran dan fungsi dalam merawat penderita Skizofrenia sehingga peran tersebut dapat lebih maksimal dan terarah sesuai peran yang dimiliki dalam merawat penderita Skizofrenia.

## **WAKTU**

Program Pelatihan “ **Kesehatan Keluarga**” dibagi ke dalam 2 sesi dengan total waktu 245 menit (4 jam 5 menit). Sesi pertama dilakukan dalam waktu 120 menit. Sesi kedua dalam waktu 125 menit,

## **KRITERIA FASILITATOR**

Pelatihan ini melibatkan satu atau dua orang programmer jiwa puskesmas dengan kualifikasi sebagai berikut :

1. Fasilitator memiliki dasar kesehatan (perawat, Bidan, Kesehatan masyarakat) dan mempunyai pengalaman sebagai petugas programmer jiwa lebih dari 1 tahun.
2. Berpengalaman menangani kasus gangguan jiwa, seperti posyandu jiwa.
3. Berpengalaman menyampaikan program sehat jiwa dan pernah mengikuti pelatihan penanggulangan ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa).

## **MATERI**

Program Pelatihan “**Kesehatan Keluarga** ini memiliki 3 sesi/topik dengan rincian materi sebagai berikut:

1. Peran keluarga dalam menunjang kesehatan keluarga.
2. Peningkatan mekanisme coping dalam menunjang kesehatan keluarga.
3. Meningkatkan kesehatan keluarga dalam menunjang pola interaksi keluarga penderita skizofrenia

# DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	v
PENDAHULUAN.....	vi
DAFTAR ISI .....	x
MATERI 1.....	1
PERAN KELUARGA DALAM MENUNJANG KESEHATAN KELUARGA.....	1
A. Deskripsi Singkat .....	2
B. Tujuan pembelajaran .....	2
1. Tujuan Umum .....	2
2. Tujuan Khusus.....	2
3. Pokok Bahasan.....	2
C. PERSEPSI SKIZOFRENIA.....	2
1. Gejala skizofrenia.....	3
2. Penyebab Skizofrenia .....	5
3. Pengobatan Skizofrenia .....	5
D. STRES KELUARGA.....	6
E. STIGMA KELUARGA.....	8
F. PENINGKATKAN PERSEPSI KELUARGA TENTANG PENYAKIT SKIZOFRENIA OLEH PERAWAT KESEHATAN JIWA	10
G. RANGKUMAN.....	12
H. EVALUASI.....	12
MATERI 2.....	13
PENINGKATAN MEKANISME KOPING DALAM MENUNJANG KESEHATAN KELUARGA.....	13
A. Deskripsi Singkat .....	14
B. Tujuan pembelajaran .....	14
1. Tujuan Umum .....	14
2. Tujuan Khusus.....	14
3. Pokok Bahasan.....	14
C. KOPING KELUARGA.....	14
D. PERAN PERAWAT MENINGKATKAN MEKANISME KOPING KELUARGA.....	18

E. RANGKUMAN.....	20
F. EVALUASI.....	20
MATERI 3.....	21
MENINGKATKAN KESEHATAN KELUARGA DALAM MENUNJANG POLA INTERAKSI KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA.....	21
A. Deskripsi singkat.....	22
B. Tujuan Pembelajaran .....	22
1. Tujuan Umum .....	22
2. Tujuan Khusus.....	22
3. Pokok bahasan .....	22
C. KONSEP FAMILY HEALTH.....	22
1. Useful (Berdaya Guna) .....	23
2. Satisfying (Kepuasan).....	24
3. Productive (Produktif) .....	25
4. Happy Live (Kebahagiaan).....	25
D. KONSEP POLA INTERAKSI KELUARGA PENDERITA GANGGUAN JIWA.....	26
E. PENINGKATAN FAMILY HEALTH DALAM MENUNJANG POLA INTERAKSI PENDERITA SKIZOFRENIA OLEH PERAWAT KESEHATAN JIWA .....	27
F. RANGKUMAN.....	30
G. EVALUASI.....	30
DAFTAR PUSTAKA .....	31



# MATERI 1

## PERAN KELUARGA DALAM MENUNJANG KESEHATAN KELUARGA





## **A. Deskripsi Singkat**

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal dalam satu atap dalam keadaan saling tergantung. Faktor keluarga berpengaruh secara tidak langsung terhadap kesehatan keluarga melalui mekanisme koping. Stresor keluarga berpengaruh secara langsung terhadap kesehatan keluarga.

## **B. Tujuan pembelajaran**

### **1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti materi satu, peserta mampu memahami faktor keluarga dalam menunjang kesehatan keluarga

### **2. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti materi, peserta mampu: memahami berbagai dimensi keluarga yang menunjang kesehatan keluarga

### **3. Pokok Bahasan**

- Konsep Persepsi Skizofrenia.
- Konsep Fungsi keluarga.
- Konsep Stresor.
- Peningkatan Persepsi keluarga tentang penyakit Skizofrenia oleh perawat kesehatan jiwa.

## **C. PERSEPSI SKIZOFRENIA**

Skizofrenia adalah suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis (deteriorating) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Kardis, 2003). Skizofrenia adalah kondisi kronis yang mengganggu proses berpikir, persepsi, dan perasaan yang bias sehingga mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan dan terkadang penderita perlu di rawat inap (Rodgers, L. 2014). Berdasarkan asal kata dari bahasa Yunani. Skizo berarti terpecah dan phrenos yang berarti otak atau jiwa, maka skizofrenia berarti jiwa yang terpecah. Menurut penulis skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang ditandai dengan perubahan tingkah laku yang aneh, adanya waham, dan mengalami halusinasi panca

indera.

Keterbatasan pengetahuan tentang masalah Skizofrenia sering kali menjadi kendala bagi tenaga kesehatan untuk mendorong partisipasi aktif keluarga dalam merawat penderita Skizofrenia. Tenaga kesehatan perlu melakukan pengkajian pengetahuan kepada keluarga tentang penurunan gejala gangguan jiwa, sumber dukungan dan ketrampilan keluarga, kebutuhan psikologis keluarga dan interaksinya dengan Skizofrenia, kesadaran tentang hubungan kepuasan anggota keluarga terhadap pola hubungan yang dikembangkan oleh keluarga serta pemilihan, implementasi dan evaluasi program terapi yang dijalani oleh penderita Skizofrenia. Keluarga seringkali menganggap bahwa ODGJ tidak mampu untuk belajar perilaku yang konstruktif akibat stigma masyarakat.

Peningkatan pengetahuan keluarga dapat dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang gangguan jiwa. Pendidikan kesehatan keluarga dilakukan sedini mungkin. Pendidikan kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan di puskesmas baik dokter maupun perawat. Materi wajib yang diberikan di antaranya adalah: 1) definisi gangguan jiwa; 2) tanda dan gejala gangguan jiwa; 3) kebingungan emosi yang dialami oleh keluarga (Stres keluarga); 4) dukungan yang seimbang bagi keluarga; 5) Mengajarkan strategi manajemen stress pada keluarga dan meningkatkan penerimaan perilaku yang terkait dengan gejala positif dan negatif Skizofrenia.

Skizofrenia pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta afek yang tidak wajar (inappropriate) atau tumpul (blunted). Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Kardi, 2003). Klasifikasi Skizofrenia diantaranya paranoid, hebefrenik, katatonik, skizofrenia tidak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, simplek, skizofrenia lainnya dan skizofrenia yang tidak tergolongkan.

### **1. Gejala skizofrenia**

Gejala skizofrenia diantaranya adalah 1) gejala positif; 2) gejala negatif; dan 3) gejala daya pikir (NIMH, 2017). Kata positif dan negatif

pada gejala positif dan gejala negatif bukanlah seperti kata positif dan negatif seperti pada Bahasa Indonesia umum. Gejala positif dapat diartikan sebagai “gejala yang berlebihan dari semestinya,” serta gejala negatif dapat diartikan sebagai “gejala yang kurang dari semestinya”.

Gejala positif adalah perilaku psikotik yang tidak terlihat pada orang yang sehat. Orang dengan gejala positif dapat “kehilangan kontak” dengan beberapa aspek dari realitas. Gejala positif diantaranya adalah: 1) halusinasi; 2) waham; 3) gangguan pikir; 4) gangguan gerak. Halusinasi merupakan salah satu gejala gangguan jiwa dimana penderita mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, pengelihatan, pengecapan, perabaan, atau penghindu. Penderita merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada. Misalnya seseorang berusia 20 tahun, mulai mendengar suara-suara dan selalu curiga terhadap orang lain dalam beberapa bulan setelah lulus SMA Waham merupakan suatu keyakinan yang salah yang diperahankan secara kuat/terus menerus namun tidak sesuai dengan kenyataan. Misalnya: seseorang sangat yakin bahwa badan intelijen telah memasukkan sebuah cip komputer di dalam tubuhnya.

Gejala negatif berkaitan dengan kurangnya kadar emosi dan perilaku jika dibandingkan dengan orang yang sehat. Gejala ini lebih sukar untuk dikenali sebagai bagian dari gangguan jiwa skizofrenia dan dapat salah-dikenali sebagai gejala-gejala depresi atau kondisi lainnya. Menurut NIMH (2017) gejala negatif diantaranya adalah: 1) perasaan yang datar” (ekspresi emosi dengan kadar yang kurang yang dapat diamati dari mimik wajah atau intonasi bicara); 2) berkurangnya merasakan kesenangan pada kehidupan sehari-hari; 4) kesulitan dalam memulai dan mempertahankan aktivitas. Penderita dengan gejala negatif cenderung malas untuk beraktifitas sehingga memerlukan bantuan dalam keseharian.

Gejala daya pikirnya penderita skizofrenia pada skala berat akan dirasakan penderita adanya perubahan dalam memori atau aspek pikir lainnya. Menurut NIMH (2017) gejala daya pikir diantaranya berikut ini: 1) kurangnya kemampuan untuk memahami informasi dan menggunakannya untuk membuat keputusan); 2) masalah dalam konsentrasi atau memperhatikan sesuatu; 3) masalah dengan “memori

kerja” (yaitu kemampuan dalam menggunakan informasi segera setelah dipelajari). Daya pikir yang kurang berkaitan dengan buruknya pekerjaan dan buruknya pergaulan sosial. Hal ini dapat menimbulkan tekanan terhadap orang dengan skizofrenia.

## **2. Penyebab Skizofrenia**

Tiga penyebab munculnya skizofrenia diantaranya ditentukan oleh Gen dan lingkungan, struktur dan kimia otak yang berbeda (NIMH, 2017) dan factor perkembangan. Secara umum skizofrenia disebabkan karena: 1) harapan yang terlalu tinggi; 2) ketidakseimbangan ekonomi; 3) gangguan interaksi sosial.

## **3. Pengobatan Skizofrenia**

Pengobatan skizofrenia sampai saat ini hanya berfokus menghilangkan gejala penyakit, dikarenakan penyebab pasti belum diketahui (NIMH, 2017). Secara medis melalui pengobatan antipsikotik dan terapi keperawatan psikososial digunakan secara bersama-sama maupun terpisah untuk menghilangkan gejala skizofrenia. Gabungan pengobatan antipsikotik dan psikososial diharapkan mengurangi gejala skizofrenia.

Pengobatan antipsikotik memberikan berbagai macam efek samping pada penderita skizofrenia (NIMH, 2017). Efek samping yang muncul dapat berlangsung singkat atau berlangsung lama. Secara umum berbagai macam efek samping antipsikotik diantaranya adalah rasa kantuk, pusing ketika berubah posisi, pandangan kabur, jantung berdebar-debar, sensitif terhadap sinar matahari, ruam (rash) pada kulit, dan masalah menstruasi pada wanita. Antipsikotik atipikal dapat memberikan efek samping penambahan berat badan dan gangguan metabolisme. Antipsikotik tipikal yang diberikan dalam jangka panjang akan memberikan efek samping tambahan berupa gangguan gerakan fisik, tardive dyskinesia (TD).

Terapi psikososial bermanfaat untuk penderita skizofrenia yang sudah stabil (NIMH, 2017). Terapi psikososial membantu penderita skizofrenia dalam masalah yang terkait interaksi sosial (kesulitan komunikasi, masalah pekerjaan, relasi sosial). Penderita yang mendapat terapi antipsikotik dan psikososial menunjukkan tingkat kekambuhan lebih rendah dibanding penderita yang hanya mendapat terapi

antipsikotik (NIMH, 2017). Kegiatan memasung atau mengurung penderita dalam ruangan kurang efektif dalam menunjang penyembuhan penderita skizofrenia.

Rehabilitasi, program rehabilitasi biasanya berupa terapi okupasional yang meliputi kegiatan pembuatan kerajinan tangan, melukis, menyanyi. Program rehabilitasi dapat dilakukan selama 3-6 bulan sebelum penderita dikembalikan ke masyarakat (hawari, 2011).

#### **D. STRES KELUARGA**

Stres merupakan ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan (Lazarus, 1976). Tuntutan adalah sesuatu yang jika tidak dipenuhi akan menimbulkan konsekuensi yang tidak menyenangkan bagi individu. Jadi Stres tidak hanya bergantung pada kondisi eksternal melainkan juga tergantung mekanisme pengolahan kognitif terhadap kondisi yang dihadapi individu bersangkutan. Stres keluarga merupakan ketidakseimbangan antara tuntutan dan kemampuan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia.

Lazarus (1976) membagi Stres ke dalam beberapa sumber, yaitu : 1) Frustrasi, yang akan muncul apabila usaha yang dilakukan individu untuk mencapai suatu tujuan mendapat hambatan atau kegagalan. Hambatan ini dapat bersumber dari lingkungan maupun dari dalam diri individu itu sendiri; 2) Konflik, Stres akan muncul apabila individu dihadapkan pada keharusan memilih satu di antara dua dorongan atau kebutuhan yang berlawanan atau yang terdapat pada saat yang bersamaan; 3) Tekanan, Stres juga akan muncul apabila individu mendapat tekanan atau paksaan untuk mencapai hasil tertentu dengan cara tertentu. Sumber tekanan dapat berasal dari lingkungan maupun dari dalam diri individu yang bersangkutan; 4) Ancaman, antisipasi individu terhadap hal-hal atau situasi yang merugikan atau tidak menyenangkan bagi dirinya juga merupakan suatu yang dapat memunculkan stress.

Penilaian stres keluarga diantaranya diukur berdasarkan penilaian atas indikator *threat*, *harm*, dan *challenge* (Lazarus dan Folkman, 1976). *Treath* berarti antisipasi keluarga sebelum dan setelah bahaya akibat skizofrenia, *Harm* berarti kerugian yang diakibatkan skizofrenia, *Challenge* berarti ancaman yang bisa diatasi (Carapentar, R., 2015).

Contoh Ancaman diantaranya: 1) keluarga khawatir jika penderita meninggalkan rumah; 2) Skizofrenia merusak kehidupan dan menjadi beban bagi keluarga. Contoh Tantangan diantaranya: 1) hidup dengan penderita skizofrenia bukanlah hal yang mudah, saya dapat tinggal serumah dengan penderita jika ada dukungan dari keluarga; 2) melakukan segalanya dengan benar dapat membuat skizofrenia terkendali.

Perasaan cemas akan perilaku penderita Skizofrenia, kemampuan untuk mandiri dan masa depan penderita menjadikan bayang-bayang menakutkan bagi keluarga. Kontak secara bertahap dengan meningkatkan durasi lamanya kontak dengan penderita Skizofrenia memberikan perasaan menenangkan bagi keluarga. Prestasi penderita untuk mengontrol gejala, menunjukkan kemampuan hidup sehari-hari yang baik dan keberhasilan bekerja merupakan media untuk mengubah pikiran negatif keberadaan penderita Skizofrenia. Perasaan cemas yang berkembang menjadi gangguan fisik perlu diatasi dengan melakukan manajemen stres. Manajemen stres pada keluarga penderita Skizofrenia di antaranya:

<b>Dimensi</b>	<b>Elemen</b>	<b>Contoh aktivitas dalam keluarga</b>
Reduksi	Mengurangi situasi yang menimbulkan kecemasan	Menyediakan waktu bersama keluarga seperti dalam aktivitas makan bersama dengan menekankan pada komunikasi hangat seluruh anggota keluarga
	Menghindari perbedaan	Memberikan tanggung jawab kepada penderita sebuah tugas harian yang dapat dilakukan bersama-sama seperti gotong royong membersihkan rumah dengan target keberhasilan sesuai kemampuan
	Asertif	Kebiasaan dalam keluarga untuk meminta pertolongan atau menolak permintaan yang dianggap tidak wajar dengan disertai penjelasan yang rasional

Relaksasi	Pemenuhan nutrisi	Melakukan penyusunan pola diet yang sehat dengan dilengkapi nutrisi yang seimbang dalam memenuhi kebutuhan fisik
	Istirahat	Mengatur pola istirahat yang seimbang agar tercapai kebugaran tubuh
	Olah raga	Melibatkan penderita untuk aktivitas olah raga sesuai dengan minat dan bakat yang dimiliki
Dukungan sosial	Menciptakan sistem pendukung yang konstruktif	Melibatkan seluruh anggota keluarga dalam pertemuan kelompok penderita atau keluarga untuk berbagi pengalaman dalam merawat
	Meningkatkan harga diri	Membuat catatan harian tentang aspek positif sehingga dapat memfokuskan perhatian pada hal yang dapat dihargai orang lain

## E. STIGMA KELUARGA

Stigma keluarga merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah satu anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya (Hawari, 2009). Stigma keluarga adalah orang lain atau masyarakat memiliki persepsi negatif, sikap, emosi dan penghindaran dari masyarakat ke keluarga akibat ketidakhiasaan keluarga (memiliki anggota keluarga sakit) sehingga menimbulkan konsekuensi emosional, sosial, dan interpersonal yang dapat menurunkan kualitas hidup keluarga (Park dan Park, 2014). Stigma keluarga merupakan sebuah kasus stigma khusus yang dialami oleh individu sebagai konsekuensi akibat kaitannya dengan anggota keluarga yang mengalami stigma (Larson dan Corrigan, 2008). Stigma dirasakan oleh setiap anggota keluarga (Corrigan dan Watson, 2003). Stigma keluarga berarti label negatif atau cap buruk (Suwardi, L, 2009). Stigma adalah sikap dan keyakinan yang membawa orang untuk

menolak, menghindari atau takut terhadap mereka yang dianggap berbeda (UU no.54 tahun 2017). Secara ringkas stigma keluarga merupakan persepsi negatif oleh masyarakat atau orang lain yang mempengaruhi pandangan dan perilaku masyarakat terhadap keluarga tentang sikap, hubungan sosial, dan emosi sehingga menimbulkan penurunan kualitas hidup keluarga.

Stigma keluarga dengan gangguan jiwa memiliki dampak negatif pada anggota keluarga (Larson dan Carrigan, 2008). Stigma keluarga termasuk dalam tiga hal yaitu: 1) prasangka dan diskriminasi yang dialami individu dengan keluarga penderita gangguan jiwa; 2) keluarga mengambil peran utama dalam mendukung keluarga dengan gangguan jiwa; 3) keluarga memanfaatkan program terencana seperti program pendidikan berfokus pada dukungan keluarga, program pendidikan mengurangi stigma dalam keperawatan jiwa profesional, dan program siaran radio untuk mengurangi stigma masyarakat melalui forum testimoni interaktif. *Caregiver* yang mendapat stigma sangat berhubungan dengan dukungan sosial, ikatan keluarga, tingkat pendidikan penderita, dan faktor lingkup keluarga (Yin, et al, 2014). Kesimpulan uraian di atas bahwa stigma keluarga merupakan hal penting yang harus diperhatikan oleh perawat yang berpengaruh terhadap praktik keperawatan. Stigma keluarga memiliki pengaruh negatif pada kesehatan keluarga.

Stigma dari masyarakat adalah label negatif yang didasarkan pada prasangka dan diskriminasi yang diberikan kepada individu karena dianggap memiliki penyimpangan perilaku. Stigma dari masyarakat merupakan fenomena kelompok sosial yang luas tentang tindakan individu khususnya pada individu dengan masalah kesehatan jiwa. Strategi yang dapat dilakukan untuk membantu menurunkan stigma dari masyarakat yang dirasakan oleh keluarga di antaranya dengan cara.

- a) Protes Bentuk protes dapat dilakukan melalui media dengan memberikan pesan-pesan keras untuk menghentikan kekerasan pada penderita Skizofrenia dan tidak percaya pandangan negatif tentang gangguan jiwa. Protes adalah strategi reaktif yang mencoba untuk mengurangi sikap negatif terhadap gangguan jiwa tetapi gagal untuk mempromosikan sikap yang lebih positif yang didukung oleh



- fakta.
- b) Edukasi Edukasi adalah aktivitas memberikan informasi sehingga masyarakat dapat membuat keputusan yang lebih tepat terkait gangguan jiwa. Pemahaman yang benar tentang gangguan jiwa, membantu masyarakat untuk menempatkan penderita Skizofrenia dan keluarga dalam penilaian yang seimbang. Pendidikan kesehatan oleh perawat kesehatan jiwa tentang skizofrenia dan perawatan penderita Skizofrenia dapat mencegah atau mengurangi perilaku stigma di masyarakat (Rodgers, L. 2015).
  - c) Kontak dengan penderita Skizofrenia langsung yang telah memiliki kemampuan hidup di masyarakat akan mendorong keluarga untuk menurunkan stigma masyarakat. Kontak dapat dilakukan melalui berbagai kegiatan yang tersedia di masyarakat seperti pertemuan warga, pengajian, kerja bakti, dan aktivitas lain yang melibatkan seluruh unsur masyarakat.

#### **F. PENINGKATKAN PERSEPSI KELUARGA TENTANG PENYAKIT SKIZOFRENIA OLEH PERAWAT KESEHATAN JIWA**

Anggota keluarga memainkan peran penting sebagai pengasuh dalam kehidupan individu dengan skizofrenia (Desousa et al., 2012). Berbagai penelitian klinik menunjukkan bahwa keluarga membutuhkan pendidikan kesehatan oleh perawat selain bimbingan dan dukungan (Srinivasan, 2000). Psikoedukasi keluarga merupakan bagian integral dari program perawatan skizofrenia dalam meningkatkan persepsi keluarga. Pergeseran perawatan kesehatan penderita Skizofrenia terbaru dengan waktu rawat inap yang singkat dan penekanan pada kepedulian masyarakat memberikan peluang pentingnya program psikoedukasi keluarga (Desousa et al., 2012). Rancangan program psikoedukasi keluarga bertujuan untuk:

- a) meningkatkan kepatuhan dan efektivitas pengobatan dalam mengatasi stressor telah berhasil mengurangi risiko kekambuhan pada tahun pertama setelah keluar dari rumah sakit;
- b) memberikan informasi yang benar tentang penyakit, perawatan yang tersedia dan perjalanan jangka panjang dan prognosis penyakit.

Pendidikan dan pelatihan untuk profesi kesehatan mental khususnya perawat kesehatan jiwa merupakan sebuah prioritas. Perawat perlu membekali dirinya untuk mau dan mampu melaksanakan pendidikan kesehatan. Perawat dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga penderita gangguan jiwa perlu memahami filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan jiwa. Terdapat tujuh filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan jiwa (Michael Coffey, 2003). Filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan diantaranya adalah pembelajaran orang dewasa yang berpusat pada individu (*student center learning*), pengembangan kemampuan intelektual dan akademik, memperkenalkan pembelajaran seumur hidup (*long live learning*), mengembangkan keterampilan mengajar, prinsip keadilan untuk semua individu/keluarga, memfasilitasi berbagai pengalaman keluarga, dan aplikasi CMHN yang komperhensif.

Terdapat tiga belas area pengembangan keterampilan dan pengetahuan yang terkait dengan praktik profesional keperawatan kesehatan jiwa (Michael Coffey, 2003). Area tersebut diantaranya dengan mengembangkan keterampilan keperawatan klinis, mengembangkan pengetahuan dan teori keperawatan, melaksanakan dan mengoordinasi perawatan, mempromosikan kesehatan pada individu, keluarga dan masyarakat, praktek reflektif dan kesadaran diri, menilai kebutuhan pengguna layanan, menilai dan mengelola risiko, mengelola informasi, memberikan layanan yang berkualitas, mengembangkan nilai-nilai keperawatan, berfokus merawat penderita dengan masalah kesehatan mental yang parah, bekerja sebagai praktisi yang mandiri, memiliki keterampilan yang terkait dengan bimbingan, pengajaran dan supervisi klinis.

Psikoedukasi terbukti bermanfaat untuk keluarga penderita Skizofrenia. Melibatkan keluarga dalam penanganan Skizofrenia dalam bentuk psikoedukasi terbukti bermanfaat (Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007). Sebanyak 72% semua Rumah Sakit Jiwa di Jerman, Austria dan Swiss telah melakukan psikoedukasi untuk keluarga penderita skizofrenia (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml, & Kissling, 2006). Psikedukasi pada keluarga terbukti meningkatkan pengetahuan

dan mekanisme koping keluarga penderita Skizofrenia ( $p=0.01$ ); peningkatan pengetahuan memungkinkan keluarga pasien memiliki mekanisme koping yang lebih baik (Ercolie R. Bossema, Cynthia A. J. de Haar, Willemijn Westerhuis . F. Beenackers, MSc, Bernadette C. E. M. Blom, Melanie C. M. Appels, 2011). Setelah dilakukan psikoedukasi selama dua minggu, dibandingkan kelompok kontrol, kelompok perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan yang signifikan (Mak, Chan, & Yau, 2019). Psikoedukasi pada 139 keluarga penderita skizofrenia dan gangguan bipolar telah terbukti efektif meningkatkan mekanisme koping keluarga (Sampogna et al., 2018).

### **G. RANGKUMAN**

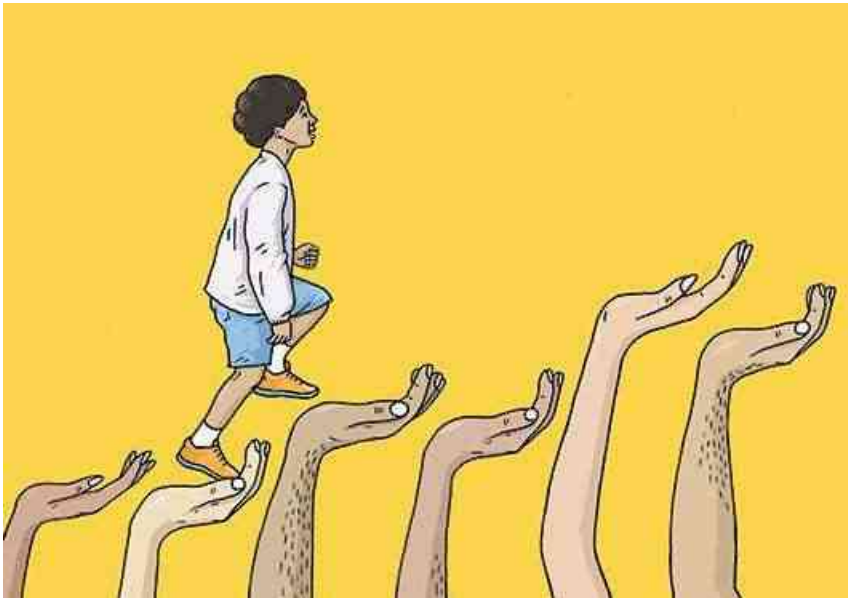
Kesehatan keluarga penderita Skizofrenia dipengaruhi oleh stresor dan mekanisme koping. Mekanisme koping dipengaruhi oleh faktor keluarga. Faktor keluarga yang memengaruhi mekanisme koping diantaranya persepsi keluarga tentang Skizofrenia dan fungsi keluarga.

### **H. EVALUASI**

- a) Jelaskan persepsi keluarga tentang skizofrenia?
- b) Jelaskan tentang *stress* keluarga dengan penderita skizofrenia?
- c) Jelaskan mekanisme koping keluarga dengan penderita skizofrenia?
- d) Jelaskan tentang stigma keluarga penderita skizofrenia?

## MATERI 2

# PENINGKATAN MEKANISME KOPING DALAM MENUNJANG KESEHATAN KELUARGA



### **A. Deskripsi Singkat**

Mekanisme koping secara langsung dipengaruhi oleh faktor keluarga dan faktor pelayanan. Problem fokus koping (nilai 0,914) paling berperan dalam membentuk mekanisme koping keluarga.

### **B. Tujuan pembelajaran**

#### **1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti materi dua, peserta mampu memahami mekanisme koping keluarga dalam menunjang kesehatan keluarga penderita Skizofrenia

#### **2. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti materi, peserta mampu: memahami problem fokus koping dan emosi fokus koping

#### **3. Pokok Bahasan**

- Problem Fokus Koping
- Emosi Fokus Koping
- Peningkatan mekanisme koping oleh perawat kesehatan jiwa

### **C. KOPING KELUARGA**

Koping merupakan perubahan kognitif dan tingkah laku yang terus menerus sebagai suatu usaha individu untuk mengatasi tuntutan eksternal dan internal yang dianggap sebagai beban atau melampaui sumber daya yang dimilikinya dan membahayakan keberadaan atau kesejahteraannya (Lazarus, 1984). Koping merupakan kemampuan individu untuk mengatasi situasi stress atau tuntutan yang membebani secara emosional. Koping keluarga merupakan perubahan kognitif yang digunakan pengasuh untuk mengatasi situasi yang menimbulkan stres.

Koping adalah suatu proses untuk mengatasi *stressor* dengan cara menilai seberapa berat beban dan dampak yang mungkin terjadi dari *stressor* yang dialami. Koping merupakan tindakan refleksi, jalan, dimana individu berinteraksi terhadap *stressor* untuk berupaya mengendalikan pada kondisi normal dalam waktu singkat. Keadaan ini dapat berupa mengoreksi atau mengatasi masalah, termasuk upaya individu mengubah pola pikir tentang masalah dan belajar mengatasi masalah. Kemampuan koping keluarga dan fungsi keluarga ditingkatkan bila sesuai sosial sistem

pendukung ada, dan dukungan tersebut dapat melindungi keluarga dari gangguan emosi yang dialami saat merawat anggota keluarga dengan Skizofrenia (Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., & Mirnada-Castillo, C. 2009). Tujuan individu melakukan tindakan koping antara lain: 1) mengurangi kondisi lingkungan yang penuh dengan *stressor* dan memaksimalkan perbaikan yang dapat dilakukan; 2) mengaur atau berupaya mentoleransi kegiatan yang negatif; 3) memelihara gambaran diri positif; 4) menjaga keseimbangan dan kestabilan emosi; 5) melanjutkan kepuasan hubungan interpersonal dengan orang lain (Ogden, 2007).

Menurut stuart (2009) sumber koping terdiri atas sebagai berikut:

- a) Kemampuan personal dalam menghadapi masalah, mengidentifikasi masalah, mencari pemecahan masalah, menimbang dan memutuskan suatu pilihan.
- b) Dukungan sosial dapat memudahkan pemecahan masalah, memberikan control sosial terbesar dalam individu tersebut.
- c) Aset materi yang berupa uang dan harta benda dapat memengaruhi strategi koping
- d) Keyakinan positif yang meliputi keyakinan spiritual, pandangan positif seseorang dapat ditunjukan sebagai dasar dan harapan dan dapat meningkatkan upaya koping seseorang dalam menghadapi *stressor*.

Menurut Stuart (2009) mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi dua yaitu:

- a) Mekanisme koping adaptif  
Mekanisme koping yang cenderung mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar, dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang, dan aktivitas konstruktif.
- b) Mekanisme koping mal adaptif  
Mekanisme koping yang mendukung fungsi interaksi, pemecahan pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan.

Problem fokus koping merupakan upaya untuk meringankan stres dengan melakukan sesuatu kegiatan yang aktif, menangani masalah yang

menimbulkan stres (Baqutayan, 2015). Sedangkan emosi fokus koping merupakan upaya regulasi emosi sebagai konsekuensi dari kejadian yang menimbulkan stress ataupun kejadian yang berpotensi stres (Baqutayan, 2015).

**Tabel 3.1 Penggunaan mekanisme koping menurut Lazarus (1983)**

Problem Fokus Koping	Emosi Fokus Koping
1. <i>Confrontative coping</i>	1. Kontrol diri
2. Mencari dukungan sosial	2. Mencari dukungan sosial
3. Perencanaan pemecahan masalah	3. Pendanaan
	4. Penilaian positif
	5. Menerima tanggung jawab
	6. Pengabaian

Sumber: (Baqutayan, 2015).

**Tabel 3.2 Penggunaan mekanisme koping menurut Carver (1989)**

Problem Fokus Koping	Emosi Fokus Koping	Disfungsi Koping
1. Aktif	1. Mencari dukungan sosial untuk alasan emosional	1. Fokus dan ventilasi emosi
2. Terencana	2. Penguatan yang positif	2. Penghapusan perilaku
3. Supresi dengan kegiatan yang kompetitif	3. Respons Penerimaan	3. Penghapusan mental
4. Restraint coping	4. Religi	4. Penggunaan alcohol
5. Mencari dukungan sosial untuk alasan instrumental	5. Humor	5. Penyangkalan

Sumber: (Baqutayan, 2015).

**Tabel 3.3 Penggunaan mekanisme koping menurut Baqutayan (2015).**

Problem Fokus Koping	Emosi Fokus Koping
1. Kegiatan aktif	1. Mencari dukungan sosial untuk alasan emosi
2. Kegiatan terencana	2. Reinterpretasi positif dan
3. Supresi/ menekan dari	

kegiatan yang bersifat kompetitif	3. Penerimaan
4. <i>Restraint coping</i>	4. Penyangkalan
5. Mencari dukungan sosial untuk alasan instrumental	5. agama
6. Pelepasan tanggung jawab	6. Fokus regulasi emosi
	7. Penghapusan mental
	8. Humor
	9. Penggunaan alkohol-narkoba

Ahli psikologi membedakan antara PFC dan PFE. Problem fokus coping, kegiatan yang melibatkan mengambil langkah-langkah untuk mengubah sumber stres, sedangkan coping yang berfokus pada emosi melibatkan upaya untuk mengubah respons emosional seseorang terhadap pemicu stres (Batqutayan, 2015).

*Problem-Focused Coping* merupakan upaya pendekatan rasional dengan mengubah situasi dengan mengubah salah satu dari keduanya sesuatu di lingkungan atau bagaimana orang itu berinteraksi dengan lingkungan (Lazarus & folkman, 1987). Oleh karena itu, jenis coping problem fokus coping bertujuan untuk mengurangi tuntutan situasi atau memperluas sumber daya menghadapinya.

Problem-focused coping (strategi *take-charge* yang menangani masalah yang dihadapi atau menghilangkan stressor melalui pemecahan masalah) sering meningkatkan perasaan kontrol dan mengurangi stres dan konsekuensi yang merugikan, dengan asumsi bahwa situasinya dapat diubah. Oleh karena itu, Peneliti mencoba menuliskan sub tipe dari problem fokus coping sebagai berikut:

**Tabel 3.3 Mekanisme coping keluarga penderita Skizofrenia (Mashudi, S, 2019)**

No	Caring
1	Memberikan perhatian lebih serta menjaga penderita dengan hati-hati
2	Memberi perhatian lebih serta menjaga penderita dengan hati-hati
	<b>Social Support</b>



3	Berbagi masalah tentang keadaan penderita dengan saudara/teman
4	Mendapatkan bantuan dari orang sekitar

**Tabel 3.4 Penggunaan mekanisme koping menurut Sugeng Mashudi (2019)**

No	EMOSI FOKUS KOPING
1	Merencanakan keluar dari rumah sementara waktu seketika penderita ngamuk
2	Membayangkan membiarkan penderita ketika kambuh
3	Memperbanyak berdoa/ibadah agar kondisi penderita lebih baik

#### **D. PERAN PERAWAT MENUNGGATKAN MEKANISME KOPING KELUARGA**

Anggota keluarga memainkan peran penting sebagai pengasuh dalam kehidupan individu dengan skizofrenia (Desousa et al., 2012). Berbagai penelitian klinik menunjukkan bahwa keluarga membutuhkan pendidikan kesehatan oleh perawat selain bimbingan dan dukungan (Srinivasan, 2000). Psikoedukasi keluarga merupakan bagian integral dari program perawatan skizofrenia dalam meningkatkan persepsi keluarga. Pergeseran perawatan kesehatan penderita Skizofrenia terbaru dengan waktu rawat inap yang singkat dan penekanan pada kepedulian masyarakat memberikan peluang pentingnya program psikoedukasi keluarga (Desousa et al., 2012). Rancangan program psikoedukasi keluarga bertujuan untuk:

- a) meningkatkan kepatuhan dan efektivitas pengobatan dalam mengatasi stressor telah berhasil mengurangi risiko kekambuhan pada tahun pertama setelah keluar dari rumah sakit;
- b) memberikan informasi yang benar tentang penyakit, perawatan yang tersedia dan perjalanan jangka panjang dan prognosis penyakit.

Pendidikan dan pelatihan untuk profesi kesehatan mental khususnya perawat kesehatan jiwa merupakan sebuah prioritas. Perawat perlu membekali dirinya untuk mau dan mampu melaksanakan pendidikan kesehatan. Perawat dalam memberikan pendidikan

kesehatan kepada keluarga penderita gangguan jiwa perlu memahami filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan jiwa. Terdapat tujuh filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan jiwa (Michael Coffey, 2003). Filosofi dan tujuan pendidikan kesehatan diantaranya adalah pembelajaran orang dewasa yang berpusat pada individu (student center learning), pengembangan kemampuan intelektual dan akademik, memperkenalkan pembelajaran seumur hidup (long live learning), mengembangkan keterampilan mengajar, prinsip keadilan untuk semua individu/keluarga, memfasilitasi berbagai pengalaman keluarga, dan aplikasi CMHN yang komprehensif.

Terdapat tiga belas area pengembangan keterampilan dan pengetahuan yang terkait dengan praktik profesional keperawatan kesehatan jiwa (Michael Coffey, 2003). Area tersebut diantaranya dengan mengembangkan keterampilan keperawatan klinis, mengembangkan pengetahuan dan teori keperawatan, melaksanakan dan mengkoordinasi perawatan, mempromosikan kesehatan pada individu, keluarga dan masyarakat, praktek reflektif dan kesadaran diri, menilai kebutuhan pengguna layanan, menilai dan mengelola risiko, mengelola informasi, memberikan layanan yang berkualitas, mengembangkan nilai-nilai keperawatan, berfokus merawat penderita dengan masalah kesehatan mental yang parah, bekerja sebagai praktisi yang mandiri, memiliki keterampilan yang terkait dengan bimbingan, pengajaran dan supervisi klinis.

Psikoedukasi terbukti bermanfaat untuk keluarga penderita Skizofrenia. Melibatkan keluarga dalam penanganan Skizofrenia dalam bentuk psikoedukasi terbukti bermanfaat (Lincoln et al., 2007). Sebanyak 72% semua Rumah Sakit Jiwa di Jerman, Austria dan Swiss telah melakukan psikoedukasi untuk keluarga penderita skizofrenia (Rummel-Kluge et al., 2006). Psikedukasi pada keluarga terbukti meningkatkan mekanisme koping keluarga penderita Skizofrenia ( $p=0.01$ ); peningkatan pengetahuan memungkinkan keluarga pasien memiliki mekanisme koping yang lebih baik (Ercolie R. Bossema, Cynthia A. J. de Haar, Willemijn Westerhuis . F. Beenackers, MSc, Bernadette C. E. M. Blom, Melanie C. M. Appels, 2011). Psikoedukasi pada 139 keluarga penderita skizofrenia dan gangguan bipolar telah

terbukti efektif meningkatkan mekanisme coping keluarga (Sampogna et al., 2018).

#### **E. RANGKUMAN**

Mekanisme coping keluarga terdiri atas problem fokus coping dan emosi fokus coping. keluarga cenderung menggunakan mekanisme coping, problem fokus coping dalam merawat penderita skizofrenia.

#### **F. EVALUASI**

- a) Jelaskan tentang mekanisme coping?
- b) Jelaskan makna problem fokus coping?
- c) Jelaskan makna emosi fokus coping?

# MATERI 3

## MENINGKATKAN KESEHATAN KELUARGA DALAM MENUNJANG POLA INTERAKSI KELUARGA PENDERITA SKIZOFRENIA



### **A. Deskripsi singkat**

Penelitian pengembangan model family health terhadap pola interaksi keluarga penderita skizofrenia melibatkan tujuh variabel. Ketujuh variabel tersebut diantaranya adalah faktor keluarga, faktor pelayanan, stresor keluarga, stres keluarga, mekanisme koping, family health dan pola interaksi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa, pola interaksi keluarga penderita skizofrenia hanya dipengaruhi oleh kesehatan keluarga (family health). Nilai R<sup>2</sup> variabel pola interaksi adalah 0,528, artinya variabel pola interaksi dipengaruhi oleh variabel family health sebesar 52,8%, selebihnya pola interaksi dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak ada dalam model. Meningkatnya kesehatan keluarga akan berdampak langsung terhadap pola interaksi keluarga penderita skizofrenia.

### **B. Tujuan Pembelajaran**

#### **1. Tujuan Umum**

Setelah mengikuti pelatihan peserta mampu memahami cara meningkatkan family health dalam menunjang pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia

#### **2. Tujuan Khusus**

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu:

- a) Konsep family health
- b) Konsep pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia
- c) Peningkatan family health dalam menunjang pola interaksi k penderita Skizofrenia oleh perawat kesehatan jiwa

#### **3. Pokok bahasan**

- a) Konsep family health
- b) Konsep pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia
- c) Peningkatan family health dalam menunjang pola interaksi penderita Skizofrenia oleh perawat kesehatan jiwa

### **C. KONSEP FAMILY HEALTH**

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU no.36 tahun 2009). Kesehatan keluarga

adalah kondisi kesejahteraan yang berubah secara dinamis, meliputi biologis, psikologis, spiritual, sosiologis, dan budaya anggota individu dan seluruh sistem keluarga (Hanson, 2005). Istilah kesehatan keluarga sering dipertukarkan dengan istilah keluarga sehat (healty family), atau family well being.

Kesehatan keluarga merupakan definisi teoritis sebagai potensi adaptif dan kemampuan fungsional dari keluarga dalam peran sosial (King, 1983). King (1981) konsisten mendefinisikan kesehatan sebagai tujuan dari praktik keperawatan. Pertama: “a fungtional state in the life cycle (King 1981)”, secara umum King berfokus pada fungsi sebagai indikator dari kesehatan. Kedua: kesehatan adalah usaha mencapai “useful, satisfying, productive, and happy live”, “bermanfaat, memuaskan, produktif, dan hidup bahagia”. Berdasarkan dua pernyataan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa definisi kesehatan pada Family Health berfokus pada “useful, satisfying, productive, and happy live”.

#### **1. Useful (Berdaya Guna)**

Berdaya guna berarti keluarga mampu menjalankan perannya. Peran merupakan perangkat tingkah yang diharapkan dimiliki oleh orang yang berkedudukan dalam masyarakat (KBBI). Peran keluarga direfleksikan oleh fungsi keluarga. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (the health care function) adalah usaha mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan bagi keluarga dalam rangka memampukan keluarga untuk melaksanakan tugas kesehatan keluarga yakni: 1) mengenal masalah kesehatan anggota keluarga; 2) mengambil keputusan yang tepat dalam merawat anggota keluarga yang memerlukan pertolongan; 3) merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa; 4) menciptakan lingkungan yang kondusif di keluarga dan lingkungan; 5) menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat membantu pemulihan dan pemeliharaan kesehatan jiwa.

Menurut Friedman (1998), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

a) Fungsi afektif (The Affective Function) adalah fungsi keluarga yang

utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

- b) Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c) Fungsi reproduksi (The Reproduction Function) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d) Fungsi ekonomi (The Economic Function) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e) Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (The Health Care Function) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

## 2. **Satisfying (Kepuasan)**

Kepuasan merupakan merasa senang (lega, gembira, kenyang, dan sebagainya karena sudah terpenuhi hasrat hatinya) (KBBI). Family APGAR (Adaptation, Partnership, Growth, Affection, Resolve) merupakan alat ukur fungsi keluarga secara fisiologis yang paling simpel dan mudah digunakan. Family APGAR banyak digunakan untuk penelitian tentang fungsi keluarga dan masalah kesehatan di keluarga. Family APGAR diperkenalkan pertama kali oleh Smilkstein pada tahun 1967 untuk mengetahui fungsi keluarga secara cepat. Alat ukur ini merupakan instrumen screening untuk disfungsi keluarga dan mempunyai reliabilitas dan validitas yang adekuat untuk mengukur tingkat kepuasan mengenai hubungan keluarga secara individual, juga

beratnya disfungsi keluarga.

Adaptasi membahas cara sumber daya digunakan untuk memecahkan masalah dalam keluarga, sementara kerjasama mengacu pada tanggung jawab pengambilan keputusan dan pemeliharaan yang dimiliki oleh anggota keluarga. Dimensi perkembangan mengacu pada pematangan fisik dan emosional serta pemenuhan diri yang dicapai oleh anggota keluarga melalui saling mendukung. Kasih sayang adalah adanya hubungan cinta dan kepedulian antar anggota keluarga, sementara penyelesaian berarti komitmen anggota keluarga untuk mencurahkan waktu satu sama lain (Casanova-rodas, Rascón-gasca, Alcántara-chabelas, & Soriano-rodríguez, 2014). Kepuasan mengasuh penderita skizofrenia digambarkan dalam dimensi adaptasi, kerjasama, pertumbuhan dan perkembangan, kasih sayang dan penyelesaian.

### **3. Productive (Produktif)**

Produktif merupakan kemampuan menghasilkan sesuatu, daya produksi, keproduktifan (KBBI). Penilaian produktivitas melibatkan: 1) ketidakhadiran (persentase waktu kerja yang hilang karena masalah kesehatan); 2) kehadiran (persentase kehadiran saat bekerja karena masalah kesehatan); 3) Kerugian produktivitas kerja secara keseluruhan (persentase keseluruhan gangguan pekerjaan karena masalah kesehatan); 4) penurunan aktivitas (persentase gangguan aktivitas karena masalah kesehatan) (Sruamsiri, Mori, & Mahlich, 2018). Produktivitas pengasuh berarti kemampuan pengasuh penderita skizofrenia untuk tetap beraktivitas mengerjakan pekerjaan utama pengasuh dan gangguan kesehatan yang ditimbulkan dikarenakan mengasuh penderita skizofrenia.

### **4. Happy Live (Kebahagiaan)**

Kebahagiaan adalah tujuan setiap manusia dan bisa juga menjadi ukuran kemajuan sosial (The Sustainable Development Solutions Network, 2013). Kata kunci untuk mengetahui kondisi kebahagiaan melibatkan kata "kebahagiaan". Kebahagiaan dapat digunakan dalam dua cara: a) secara emosi dengan pertanyaan "apakah anda kemarin bahagia?"; b) sebagai evaluasi (Apakah Anda bahagia dengan hidup Anda secara keseluruhan). Setiap orang lebih bahagia ketika mereka menginterpretasi keadaan kehidupan mereka dalam 'gelas setengah



penyakit' kebiasaan yang optimis ... dan ini benar terlepas dari seberapa 'ideal' keadaan mereka sebenarnya (Lyubomirsky and Dickerhoof , 2010).

Pengukuran nilai kebahagiaan salah satunya dengan menggunakan Kuesioner Subjektive Happiness Scale (SHS). SHS merupakan skala pengukuran kebahagiaan dengan menggunakan 4 item pertanyaan diantaranya: 1) Secara umum, saya menganggap diri saya bahagia; 2) Dibandingkan dengan sebagian besar rekan-rekan saya, saya menganggap diri saya bahagia; 3) Sebagian orang umumnya sangat bahagia. Mereka menikmati hidup terlepas dari apa yang sedang terjadi, mendapatkan hasil maksimal dari segalanya. Sampai sejauh mana karakterisasi ini menggambarkan Anda?; d) Sebagian orang umumnya tidak bahagia. Meskipun mereka tidak depresi, mereka tidak pernah merasa bahagia. Sampai sejauh mana karakterisasi ini menggambarkan Anda?.

#### **D. KONSEP POLA INTERAKSI KELUARGA PENDERITA GANGGUAN JIWA**

*Activities of Daily Living* (ADL) adalah rangkaian kegiatan dasar yang dilakukan oleh individu setiap hari untuk hidup mandiri di rumah atau masyarakat (The American Elder Care Research Organization, 2016).

Terdapat berbagai variasi definisi ADL, namun secara umum dikategorikan dalam lima kategori dasar diantaranya: 1) Kebersihan pribadi (mandi, berhias, sikat gigi); 2) berpakaian (kemampuan untuk memilih pakaian yang sesuai); 3) Makan (kemampuan makan sendiri meski belum tentu menyiapkan makanan); 4) Menjaga kontinuitas (kemampuan mental maupun fisik untuk menggunakan kamar kecil); 5) transportasi (kemampuan untuk berpindah tempat). Penelitian dengan judul pengukuran ADL, self care, dan kemandirian pada penderita skizofrenia menjelaskan bahwa ADL terdiri dari lima tindakan dasar kebersihan diri, berpakaian, berpindah, dan makan (Mlinac & Feng, 2016).

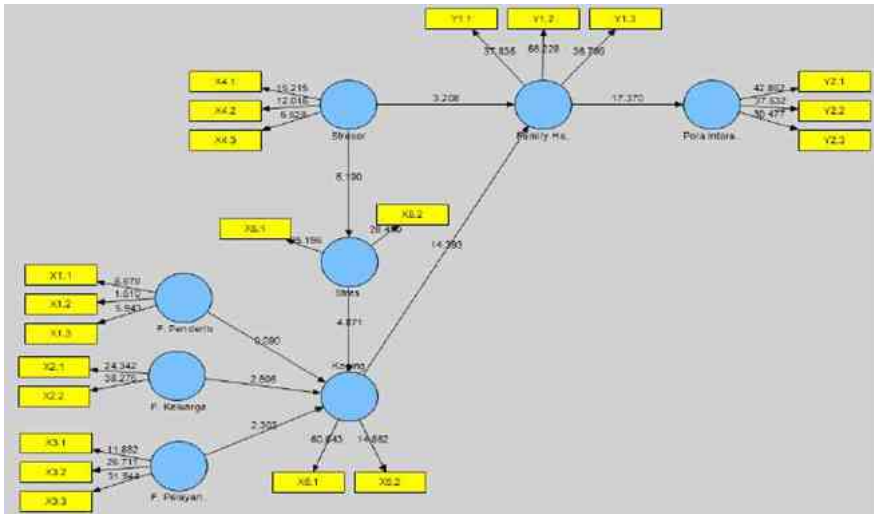
Alat ukur ADLs diantaranya mengkaji tentang tujuh kemampuan dasar individu (The American Elder Care Research Organization, 2016). Ketujuh kemampuan tersebut diantaranya adalah: 1) keterampilan komunikasi dasar seperti menggunakan alat komunikasi, email atau

Internet; 2) Transportasi, mengemudi sendiri, menggunakan transportasi umum; 3) Persiapan makan (perencanaan makan, persiapan, penyimpanan dan kemampuan untuk menggunakan peralatan dapur dengan aman); 4) Belanja (kemampuan untuk membuat keputusan pembelian makanan dan pakaian yang sesuai); 5) Pekerjaan rumah tangga (mencuci pakaian, membersihkan piring dan merawat tempat tinggal yang higienis); 6) Mengelola obat; 7) Mengelola keuangan pribadi.

Pola interaksi adalah bentuk hubungan interpersonal antara penderita dengan seluruh anggota keluarga (K Glanz, 2008). Pola interaksi dapat diukur berdasarkan: 1) kebiasaan keluarga melibatkan penderita dalam kegiatan rutin harian di rumah; 2) kebiasaan keluarga melibatkan penderita dalam mengembangkan hubungan sosial; 3) kebiasaan keluarga melibatkan penderita dalam pengelolaan lingkungan sekitar penderita.

#### **E. PENINGKATAN FAMILY HEALTH DALAM MENUNJANG POLA INTERAKSI PENDERITA SKIZOFRENIA OLEH PERAWAT KESEHATAN JIWA**

Perawat kesehatan jiwa perlu memahami konsep yang sudah terbangun, cara efektif meningkatkan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia. Berdasarkan hasil penelitian tentang pengembangan model family health dalam meningkatkan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia sejumlah variabel/faktor berperan dalam meningkatkan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia (PIKPS). Terdapat faktor langsung dan tidak langsung yang mempengaruhi PIKPS. Secara langsung PIKPS dipengaruhi oleh family health. Perawat perlu memahami bahwa dalam model yang disusun oleh peneliti cara efektif untuk meningkatkan PIKPS adalah melalui peningkatan family health (FH). Secara langsung FH dipengaruhi oleh mekanisme koping dan stressor.. Sedangkan secara tidak langsung FH dipengaruhi oleh faktor keluarga dan faktor pelayanan (gambar 1).



Gambar 1 Diagram Jalur nilai T-statistik pada Model Struktural (inner model) Penelitian pengembangan model family health terhadap interaksi keluarga dengan penderita Skizofrenia

Sebagai perawat kesehatan jiwa, perlu memahami bahwa berdasarkan temuan penelitian cara meningkatkan FH bisa melalui dua jalur yaitu: 1) secara langsung atau jalur langsung; 2) secara tidak langsung atau jalur tidak langsung. Secara langsung, intervensi terhadap stresor yang dialami oleh keluarga penderita Skizofrenia. Stresor keluarga penderita Skizofrenia berdasarkan model yang disusun diantaranya berasal dari ekonomi, perilaku kekerasan, dan stigma. Stresor berbanding terbalik dengan FH, semakin besar stresor maka semakin kecil nilai FH. Berdasarkan nilai statistik didapatkan hasil bahwa nilai X3.3 (Stigma) memiliki nilai paling kecil yang mempengaruhi FH. Hasil analisis peneliti dengan diperkuat oleh Focus Group Discussion (FGD), menunjukkan bahwa penurunan stigma memegang peranan penting dalam meningkatkan FH. Intervensi perawat kesehatan jiwa berupa Self Help Group akan menurunkan stigma keluarga, sehingga FH akan meningkat.

Secara tidak langsung, intervensi pada faktor keluarga dan atau faktor pelayanan akan mempengaruhi mekanisme coping keluarga sehingga akan berdampak pada FH. Peningkatan faktor keluarga dan faktor pelayanan akan mempengaruhi mekanisme coping keluarga sehingga akan berpengaruh pada peningkatan FH. Berdasarkan nilai jalur dari faktor keluarga → mekanisme coping keluarga → FH, memiliki nilai paling besar (0,139). Perawat dapat mempertimbangkan dengan melakukan intervensi terhadap faktor keluarga akan mempengaruhi FH melalui mekanisme coping keluarga. Faktor keluarga pada model ini disusun berdasarkan persepsi keluarga tentang skizofrenia (X1.1) dan fungsi keluarga (X1.2). Meskipun secara statistik yang berkontribusi paling besar yang mempengaruhi faktor keluarga adalah fungsi keluarga, namun peneliti lebih tertarik untuk melakukan peningkatan persepsi keluarga tentang Skizofrenia melalui Psikoedukasi keluarga. Pemilihan psikoedukasi sebagai pilihan utama dalam meningkatkan faktor keluarga berdasarkan pertimbangan berbagai riset sebelumnya yang menunjukkan bahwa psikoedukasi terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan keluarga penderita Skizofrenia.

Psikoedukasi terbukti bermanfaat untuk keluarga penderita Skizofrenia. Melibatkan keluarga dalam penanganan Skizofrenia dalam

bentuk psikoedukasi terbukti bermanfaat (Lincoln et al., 2007). Sebanyak 72% semua Rumah Sakit Jiwa di Jerman, Austria dan Swiss telah melakukan psikoedukasi untuk keluarga penderita skizofrenia (Rummel-Kluge et al., 2006). Psikedukasi pada keluarga terbukti meningkatkan pengetahuan dan mekanisme koping keluarga penderita Skizofrenia ( $p=0.01$ ); peningkatan pengetahuan memungkinkan keluarga pasien memiliki mekanisme koping yang lebih baik (Ercolie R. Bossema, Cynthia A. J. de Haar, Willemijn Westerhuis . F. Beenackers, MSc, Bernadette C. E. M. Blom, Melanie C. M. Appels, 2011). Setelah dilakukan psikoedukasi selama dua minggu, dibandingkan kelompok control, kelompok perlakuan mengalami peningkatan pengetahuan yang signifikan (Mak et al., 2019). Psikoedukasi pada 139 keluarga penderita skizofrenia dan gangguan bipolar telah terbukti efektif meningkatkan mekanisme koping keluarga (Sampogna et al., 2018).

## F. RANGKUMAN

Interaksi dipengaruhi oleh *family health*. Peningkatan *family health* dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik langsung dan tidak langsung. Secara langsung *family health* dipengaruhi oleh *stressor* dan koping keluarga. Secara tidak langsung faktor pelayanan dan keluarga menjadi faktor tidak langsung yang mempengaruhi *family health* melalui mekanisme koping.

## G. EVALUASI

- a) Apakah yang dimaksud *family health*?
- b) Apakah yang dimaksud pola interaksi keluarga penderita skizofrenia?

## DAFTAR PUSTAKA

- Baqtayan, S. M. S. (2015). Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, (August). <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
- Casanova-rodas, L., Rascón-gasca, M. L., Alcántara-chabelas, H., & Soriano-rodríguez, A. (2014). Social support and family functionality in people with mental disorder, *37(5)*, 415–420.
- Desousa, A., Kurvey, A., Sonavane, S., Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., ... Engel, R. R. (2012). Family Psychoeducation for Schizophrenia: A Clinical Review. *Schizophrenia Bulletin*, *21(1)*, 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- Ercolie R. Bossema, Cynthia A. J. de Haar, Willemijn Westerhuis . F. Beenackers, MSc, Bernadette C. E. M. Blom, Melanie C. M. Appels, C. J. van O. (2011). Psychoeducation for Patients With a Psychotic Disorder: Effects on Knowledge and Coping. *Prim Care Companion CNS Disord*, *13(4)*. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m01116>
- Kardi. (2003). *Buku Ajar Psikiatry*. Jember: FK Jember.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *96(1-3)*, 232–245. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022>
- Mak, W. W. S., Chan, R. C. H., & Yau, S. S. W. (2019). Brief Psychoeducation Program to Enhance Recovery Knowledge and Attitudes of Mental Health Service Providers and Users: Randomized Controlled Trials. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *46(2)*, 200–208. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0905-7>
- Michael Coffey, B. H. (2003). EDUCATION AND TRAINING FOR COMMUNITY MENTAL HEALTH NURSES. In *The Handbook of Community Mental Health Nursing* (1st ed., pp. 360–369). New York: Routledge.
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of Activities of Daily

- Living , Self-Care , and Independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(March), 506-516.  
<https://doi.org/10.1093/arclin/acw049>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia - Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765-775.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl006>
- Sampogna, Luciano, Vecchio, D., Malangone, Rosa, D., V., G., ... A., F. (2018). The effects of psychoeducational family intervention on coping strategies of relatives of patients with bipolar i disorder: Results from a controlled, real-world, multicentric study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 977-989.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S159277>
- Srinivasan. (2000). Families as partners in care : perspectives from AMEND. *Indian J Soc Work*, 61, 352-365.
- Sruamsiri, R., Mori, Y., & Mahlich, J. (2018). Productivity loss of caregivers of schizophrenia patients : a cross-sectional survey in Japan Productivity loss of caregivers of schizophrenia patients : a cross-sectional survey in Japan, 8237.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466048>
- The American Elder Care Research Organization. (2016). Activities & Instrumental Activities of Daily Living - Definitions, Importance and Assessments.
- The Sustainable Development Solutions Network. (2013). *WORLD HAPPINESS REPORT 2013*. (R. Layard & J. Sachs, Eds.) (2013th ed.). New York: UN Sustainable Development Solutions Network.

**Lampiran 1.**

**BIMBINGAN PENINGKATAN POLA INTERAKSI KELUARGA  
PENDERITA SKIZOFRENIA**

**1. Tujuan Bimbingan**

- 1) Mengembangkan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan merawat penderita skizofrenia
- 2) Memastikan pelaksanaan bimbingan sudah sesuai dengan panduan pengembangan model *family health*.
- 3) Memotivasi keluarga untuk menerapkan peningkatan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia

**2. Prosedur Bimbingan**

- 1) Peneliti dibantu oleh Perawat Programmer Jiwa membuat daftar keluarga yang akan dibimbing
- 2) Bimbingan diberikan dengan mensosialisasikan lebih dahulu panduan pengembangan Mengembangkan model kesehatan keluarga
- 3) Melakukan pengarahan pada keluarga tentang penerapan peningkatan pola interaksi keluarga penderita Skizofrenia
- 4) Bimbingan dilanjutkan dengan praktik langsung pada keluarga penderita Skizofrenia
- 5) Bimbingan dilakukan 2 kali dalam seminggu selama 2 minggu

**3. Panduan Pola Interaksi**

- 1) Perilaku pemenuhan kebutuhan sehari-hari
- 2) Perilaku pemenuhan kebutuhan lingkungan sosial
- 3) Perilaku pemenuhan kebutuhan pemeliharaan lingkungan



Lampiran 2.

Check List Pola interaksi keluarga penderita skizofrenia

NO	INDIKATOR	YA	TIDAK
	<b>AKTIVITAS HARIAN</b>		
1	Penderita boleh mengambil dan memilih makanannya sendiri		
2	Penderita mencuci piring, bekas makanannya sendiri		
3	Penderita dapat mandi sendiri setiap hari		
4	Penderita dapat menjalankan ibadah setiap hari di rumah		
5	Penderita diberi kesempatan membantu memasak		
	<b>LINGKUNGAN SOSIAL</b>		
1	<b>Lingkungan keluarga</b>		
a	Penderita memulai pembicaraan saat bersama anggota keluarga		
b	Penderita dapat diajak bicara dengan baik oleh anggota keluarga		
c	Penderita dapat membantu pekerjaan rumah sesuai Kemampuannya		
2	<b>Lingkungan sekitar</b>		
a	Tetangga masih mau mengajak berbicara dengan penderita		
3	<b>Pengembangan hubungan dengan orang lain</b>		
a	Penderita diajak ke pasar		
b	Penderita diajak kondangan		
c	Penderita diajak ke tempat hiburan		
	<b>PENGELOLAAN LINGKUNGAN</b>		
1	Penderita diberi kesempatan membantu kegiatan pengajian / tahlilan / kegiatan RT an		

Lampiran 3

A. Kegiatan Pembelajaran 1

No	Tahap/waktu	Kegiatan Pengajaran	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan / 5 Menit	a. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan pelatihan d. Menyebutkan materi yang akan diberikan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan c. Mendengarkan
2	Penngembangan / 50 Menit	a. Menjelaskan Konsep Persepsi Skizofrenia b. Menjelaskan konsep Fungsi keluarga c. Menjelaskan Konsep Stresor, stres d. Peningkatan persepsi oleh perawat	Mendengarkan, memperhatikan, bertanya
3	Penutup/ 5 menit	a. Merangkum materi dan kegiatan bersama keluarga sasaran b. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang sudah disampaikan c. Mengakhiri (memberi salam)	a. Mendengarkan dan menjawab b. Menjawab c. Menjawab salam

Lampiran 4.

**B. Kegiatan Pembelajaran 2**

No	Tahap/waktu	Kegiatan Pengajaran	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan / 5 Menit	a. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan pelatihan d. Menyebutkan materi yang akan diberikan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan c. Mendengarkan d. Mendengarkan
2	Penngembangan / 50 Menit	a. Menjelaskan koping b. Peran perawat meningkatkan mekanisme koping	Mendengarkan, memperhatikan, bertanya
3	Penutup/ 5 menit	a. Merangkum materi dan kegiatan bersama keluarga sasaran b. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang sudah disampaikan c. Mengakhiri (memberi salam)	a. Mendengarkan dan menjawab b. Menjawab c. Menjawab salam

Lampiran 5

C. Kegiatan Pembelajaran 3

No	Tahap/waktu	Kegiatan Pengajaran	Kegiatan Peserta
1	Pembukaan / 5 Menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam</li> <li>b. Memperkenalkan diri</li> <li>c. Menjelaskan tujuan pelatihan</li> <li>d. Menyebutkan materi yang akan diberikan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjawab salam</li> <li>b. Mendengarkan</li> <li>c. Mendengarkan</li> <li>d. Mendengarkan</li> </ul>
2	Penngembangan / 50 Menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menjelaskan <i>family health</i></li> <li>b. Konsep interaksi</li> <li>c. Menjelaskan peningkatan <i>family health</i></li> </ul>	Mendengarkan, memperhatikan, bertanya
3	Penutup/ 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Merangkum materi dan kegiatan bersama keluarga sasaran</li> <li>b. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang sudah disampaikan</li> <li>c. Mengakhiri (memberi salam)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mendengarkan dan menjawab</li> <li>b. Menjawab</li> <li>c. Menjawab salam</li> </ul>

Kosong

SUPPORTED BY:



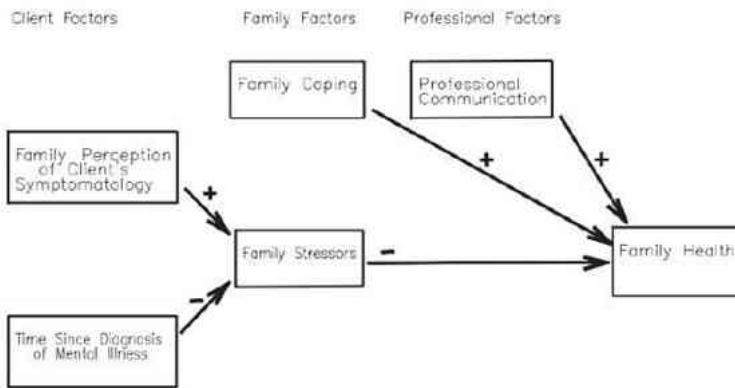
DINAS KESEHATAN

Lampiran 7

TEORI YANG RELEVAN

**FAMILY HEALTH THEORY**

Family Health Theory melibatkan faktor klien, keluarga, dan perawat profesional sebagai faktor yang meramalkan *family health* dengan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Sebanyak lima variabel yang spesifik diturunkan berdasarkan tiga faktor tersebut. Kelima variabel spesifik tersebut, secara langsung dan tidak langsung meramalkan kesehatan keluarga dari keluarga dengan anggota yang mengalami gangguan jiwa.



Gambar 1 *Family health theory in the families of adult with persistent mental illness* (Sumber: Doornbos, 2007)

Terdapat tiga variabel yang berpengaruh secara langsung terhadap *family health* yaitu: 1) variabel coping; 2) variabel komunikasi perawat; 3) stresor keluarga. Secara tidak langsung terdapat dua variabel yang mempengaruhi *family health* melalui variabel stresor keluarga yaitu: 1) variabel persepsi gejala dari penderita gangguan jiwa (*family perception of client's symptomatology*); 2) variabel waktu sejak didiagnosis gangguan jiwa (*time since diagnosis of mental illness*) (Gambar 2.1).

Concept	Definition
Family perception of client symptomatology	The family's sense of the frequency of client behaviors associated with the severe mental illness
Time since diagnosis of mental illness	The duration of the mental illness from the time of diagnosis to the present
Family coping	"The constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources" of the family (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141)
Family stressors	Persons, objects, or events that have the potential to cause stress (King, 1981) for the family unit
Professional communication	The instrumental and affective support that is communicated by mental health care professionals to family caregivers
Family health	Perceived satisfaction with the functioning of the family

Tabel 2.1 *Concept dan definition variabel Health Family Theory*

Sumber: Doornbos, 2007

***Family Health***

"The goal of nursing is to help individuals and groups attain, maintain, and restore health (King, 1971, p. 84)". "Tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu dan kelompok mencapai, memelihara, dan memulihkan kesehatan". King konsisten mendefinisikan kesehatan sebagai tujuan dari praktik keperawatan. Pertama: "a functional state in the life cycle (King 1981, p. 5)", secara umum King berfokus pada fungsi sebagai indikator dari kesehatan. Kedua: kesehatan adalah usaha mencapai "useful, satisfying, productive, and happy live", "bermanfaat, memuaskan, produktif, dan hidup bahagia". Berdasarkan dua pernyataan tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa definisi kesehatan pada *Family Health Theory* berfokus pada kepuasan yang dirasakan keluarga dalam menjalankan fungsinya.

Menurut peneliti, selama ini penelitian tentang keluarga dengan anggota mengalami gangguan jiwa hanya berfokus pada kemampuan adaptasi keluarga. Penelitian tentang keluarga dengan anggota mengalami gangguan jiwa yang berfokus pada *outcome* dari kesehatan masih sangat jarang. Menurut (Saunders, 2003) perlu adanya pergeseran paradigma dari respons stres ke perilaku kesehatan.

***Family Perception of Client Symptomatology***

Persepsi merupakan sesuatu yang bersifat subjektif, individu, dan



pilihan (King, 1981). Seseorang yang berada pada situasi tertentu belum tentu memiliki persepsi yang sama. Gangguan jiwa ditandai dengan gejala positif (gangguan fungsi normal) dan gejala negatif (kehilangan fungsi normal). Penelitian Saunders (1999) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara gejala penderita dengan fungsi keluarga.

#### ***Time Since Diagnosis of Mental Illness***

Menurut King (1983) waktu mempengaruhi perilaku dalam situasi di keluarga. Beban pengasuhan oleh keluarga di sisi akan meningkat seiring dengan bertambahnya waktu, sedangkan di sisi lain dapat juga menurun dengan bertambahnya waktu. Beban subjektif keluarga selama periode 12 bulan pertama bisa konstan tinggi, meningkat, menurun, berubah menjadi konstant rendah. Waktu memerankan peran yang sentral sebelum dan setelah penderita didiagnosis gangguan jiwa, namun menjadi variabel yang kurang cukup dimengerti pada keluarga dengan anggota mengalami gangguan jiwa.

#### ***Family Coping***

Menurut King (1983) ketika keluarga tidak mampu mengatasi masalah kesehatan, mereka akan mencari bantuan kepada tenaga kesehatan profesional. Menurut Saunders (2003) fungsi keluarga pada keluarga dengan anggota mengalami gangguan jiwa dipengaruhi oleh berbagai macam faktor psikososial.

#### ***Family Stressor***

King (1981) menyatakan bahwa stresor adalah sesuatu yang harus disesuaikan untuk mengatur kesehatan. “*too many stressors in the family environment...may precipitate a crisis*” (King, 1981). “terlalu banyak stresor dalam lingkungan keluarga...dapat menimbulkan krisis”. Tipe stresor keluarga diantaranya bisa berasal dari intrakeluarga, pernikahan, finansial, pekerjaan, berduka dan kehilangan, terkait dengan sakit, masa peralihan, masalah hukum, dan stresor dari sistem kesehatan mental (Saunders&Byrne, 2002).

#### ***Professional Communication***

Komunikasi merupakan konsep vital dalam keperawatan profesional (King, 1981). Komunikasi antara perawat dengan individu, serta perawat dengan keluarga merupakan hal yang penting untuk perawatan yang efektif sehingga tujuan terkait kesehatan tercapai.

Intervensi keperawatan pada keluarga dapat menurunkan beban pengasuhan, meningkatkan fungsi keluarga, meningkatkan coping, dan meningkatkan kesehatan pengasuh (Biegel, Robinson, & Kennedy, 2000).

### **Kekuatan dan Kelemahan Teori**

*Family Health Theory* memiliki sejumlah kekuatan dan kelemahan. FHT memiliki satu kekuatan dan dua kelemahan. Kelebihan FHT, teori yang unik, spesifik bertujuan untuk mengetahui kesehatan populasi keluarga yang merawat penderita gangguan jiwa. Sedangkan kelemahan FTH diantaranya 1) belum memasukkan variabel jenis kelamin, status sosial ekonomi, dan keragaman budaya dari pengasuh; 2) diperlukan pengembangan secara koperhensif dari APGAR *Family Health*; 3) Belum melibatkan faktor sosial.

Berdasarkan kelemahan dari FTH penulis akan mempertimbangkan dua hal: 1) memasukkan status sosial ekonomi untuk meramalkan *family health*; 2) dan melibatkan faktor sosial.

### **TEORI INTERPERSONAL**

Teori Hubungan Interpersonal di publikasikan oleh Peplau pada tahun 1952, dan tahun 1968, teknik interpersonal menjadi inti dari keperawatan psikiatri. Teori Hubungan Interpersonal peplau adalah *middle range theory*. Teori Hubungan Interpersonal Peplau disusun berdasarkan teori Henry Stack Sullivan, Percival Symonds, Abraham Maslow, dan Neal Elger Miller.

Teori Hildegard Peplau (1952) berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif. Hasilnya adalah hubungan perawat-klien. Klien sebagai individu dengan kebutuhannya, sedangkan perawat sebagai interpersonal dengan proses terapis. Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarganya serta membantu klien mencapai kematangan perkembangan personal (Chinn dan Kramer, 2004).

Dalam mengembangkan hubungan perawat-klien, perawat dapat berlaku sebagai sumber daya manusia, konsultan, dan wakil bagi klien. Sebagai contoh, ketika klien mencari pertolongan, langkah pertama perawat dan klien membahas pokok masalah kemudian perawat menjelaskan fasilitas yang tersedia. Guna mengembangkan hubungan perawat-klien, perawat dan klien dapat mengidentifikasi masalah dan solusinya. Berdasarkan hubungan ini, klien mendapatkan kebutuhannya

dengan menggunakan fasilitas yang ada, sedangkan perawat membantu klien mengurangi kecemasan yang berkaitan dengan masalah pelayanan kesehatan.

Teori Hubungan Interpersonal adalah kolaborasi hubungan perawat-klien dalam menghasilkan sebuah “dorongan pertumbuhan” melalui keefektifan hubungan interpersonal untuk mendapatkan kebutuhan klien. Ketika kebutuhan primer klien telah terpenuhi, kebutuhan baru akan muncul. Menurut Peplau, keperawatan adalah *therapeutic* yang mempunyai seni penyembuhan dalam membantu orang yang sakit atau orang yang membutuhkan perawatan kesehatan. Keperawatan dapat dianggap proses interpersonal sebab melibatkan interaksi antara 2 atau lebih individu dengan tujuan tertentu.

Berdasarkan konsep derajat ansietas (Sullivan, 1953), peplau mengembangkan empat tingkat ansietas (ringan, sedang, berat, panik) sebagai standart pengkajian perawat. Peplau percaya bahwa perawat berperan penting dalam membantu klien meringankan ansietas melalui hubungan interpersonal. Menurut papeleu perawat berinteraksi dengan klien secara respek, empati, dan *acceptance*.

Defisi operasional strategi komunikasi keluarga dengan anggota mengalami gangguan jiwa adalah pertukaran informasi melalui tiga tahap yaitu: fase orientasi; 2) fase Kerja; dan 3) fase terminasi.

### **Model Teori Peplau**

Kontribusi Peplau dalam bidang keperawatan, khususnya keperawatan psikiatri sangat banyak. Tahun 1952, ia meluncurkan bukunya yang berjudul *Interpersonal Relations in Nursing*. Peplau membuat model keperawatan dengan istilah keperawatan psikodinamik. Peplau mendefinisikan model keperawatan psikodinamiknya (*psychodynamic nursing*), sebagai berikut:

*“psychodynamic nursing is being able to understand one’s own behavior to help other identify felt difficulties, and to apply principles of human relations to the problems that arise at all levels of experience”*

“keperawatan psikodinamik merupakan kemampuan seseorang (perawat) untuk memahami tingkah lakunya guna membantu orang lain, mengidentifikasi kesulitan yang dirasakannya, dan untuk menerapkan

prinsip hubungan manusia pada permasalahan yang timbul di semua level pengalaman”.

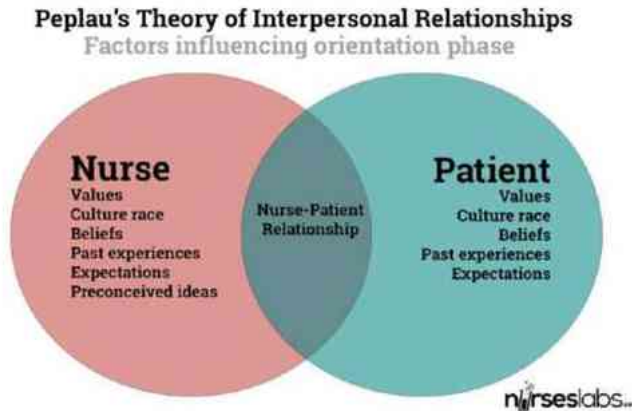
Peplau mengembangkan model dengan memerinci konsep struktural dari proses antar-personal, disinilah letak fase hubungan perawat-klien (*nurse-patient relationship*). Peplau menjelaskan tentang empat fase hubungan perawat-klien, yaitu fase orientasi, identifikasi, eksploitasi, dan resolusi. Keempat fase tersebut saling berkaitan. Setiap fase diperlukan peran yang berbeda sesuai dengan kebutuhan klien.

Menurut Peplau (1952/1991), keperawatan adalah proses yang "serial dan mengarahkan-tujuan (*serial and goal-directed*) dan memiliki "langkah-langkah tertib (*orderly steps*)" yang diperlukan untuk kesuksesan (hal.5). Gambar 2.2 menggambarkan teori Peplau (1952/1991), dengan perawat di sebelah kiri dan pasien di sebelah kanan. Bagian tengah adalah aktivitas dasar keperawatan, hubungan interpersonal dengan pasien. Pada bagian bawah keperawatan adalah item yang diberi label "A. Keperawatan". Item ini mencakup hubungan perawat-pasien, menurut peplau (1952/1991) untuk mencapai keberhasilan interaksi harus melewati tiga tahap: (a) orientasi, (b) kerja, dan (c) terminasi. Ketiga fase tersebut berkorelasi dan berkelanjutan, namun setiap fase memiliki karakteristik yang berbeda.

**Tabel 1. Struktur konsep, teori dan empirical**

Peplau's Concepts	Working Phase	Working Phase	Working Phase	Working Phase	Working Phase	Termination Phase	Integration
<b>Theoretical Linkages</b>	Nurse Communication	Responsiveness	Physical Environment	Pain Control	Medicine Communication	Discharge Information	Global ratings
<b>Empirical Indicators</b>	HCAHPS items: 1. Courtesy and respect 2. Listen carefully 3. Explain things	HCAHPS items: 4. Help soon 11. Help to bathroom	HCAHPS items: 8. Room clean 9. Quiet at night	HCAHPS items: 13. Pain well-controlled 14. Everything to help with pain	HCAHPS items: 16. Told what medicine was for 17. Medicine side effects	HCAHPS items: 19. Help you needed 20. Symptoms to look for 23. My preferences 24. Managing my health 25. Purpose medications	HCAHPS items: 21. 0-10 rating to friends and family

Sumber: (Goldstein, Farquhar, Crofton, Darby, & Garfinkel, 2005); (Thomas Arthur Hagerty, 2015).



*Gambar 2 Peplau's theory of Interpersonal Relation: Factors influencing orientation phase*

Sumber:(Wayne, 2012)

### **Fase Orientasi**

Pada fase ini, perawat dan klien bertindak sebagai dua individu yang saling mengenal. Selama fase orientasi, klien merupakan seseorang yang memerlukan bantuan profesionalisme dan perawat berperan membantu klien mengenali dan memahami masalahnya serta menentukan apa yang klien perlukan saat itu. Jadi, fase orientasi ini merupakan fase untuk menentukan adanya masalah.

Fase orientasi dipengaruhi langsung oleh sikap perawat dan klien dalam memberi atau menerima pertolongan. Selain itu, fase ini juga dipengaruhi oleh ras, budaya, agama, pengalaman, latar belakang, dan harapan klien maupun perawat. Akhir dari fase ini adalah perawat dan klien bersama-sama mengidentifikasi adanya masalah serta menumbuhkan rasa saling percaya sehingga keduanya siap untuk melangkah ke fase berikutnya.

Fase orientasi secara konseptual merupakan tahap awal dari hubungan pasien dan perawat bertemu dan menjadi berorientasi pada hubungan mereka dan parameternya (Peplau, 1952/1991; (Evans, Deutsch, Drake, & Bullock, 2017)). Definisi operasional fase orientasi adalah pertukaran informasi perawat-keluarga saat datang di puskesmas dengan parameter pertanyaan HCAHPS nomor 1 dan 2.

### **Fase Kerja**

Fase kerja merupakan fase dimana perawat memberi layanan keperawatan berdasarkan kebutuhan klien. Fase yang kedua, masing-masing pihak mulai merasa menjadi bagian integral dari proses interpersonal. Selama fase Kerja, klien mengambil secara penuh nilai yang ditawarkan kepadanya melalui sebuah hubungan.

Prinsip tindakan fase ini adalah eksplorasi/menggali, memahami keadaan klien, dan mencegah meluasnya masalah. Perawat mendorong klien untuk menggali dan mengungkapkan perasaan, emosi, pikiran, serta sikapnya tanpa paksaan dan mempertahankan suasana terapeutik. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa fase kerja merupakan fase pemberian bantuan kepada klien sebagai langkah pemecahan masalah. Jika fase ini berhasil, proses interpersonal akan berlanjut ke fase akhir, yaitu tahap terminasi.

Fase kerja secara konseptual didefinisikan sebagai identifikasi klien terhadap perawat sebagai penentu asuhan keperawatan dan sumber daya (Peplau, 1952/1991; (Evans et al., 2017)). Komponen teoritis dari fase ini meliputi persepsi pasien tentang komunikasi perawat, responsif, manajemen fisik lingkungan, serta pengendalian nyeri dan komunikasi tentang pengobatan. parameter fase kerja berdasarkan item HCAHPS nomor 3-11.

### **Fase Terminasi**

Pada fase terminasi disebut juga dengan fase resolusi, tujuan bersama antara perawat dan klien sudah sampai pada tahap akhir dan keduanya siap mengakhiri hubungan terapeutik yang selama ini terjalin. Fase terminasi terkadang menjadi fase yang sulit bagi kedua belah pihak sebab pada fase terminasi dapat terjadi peningkatan kecemasan dan ketegangan jika ada berbagai hal yang belum terselesaikan pada masing-masing fase. Indikator keberhasilan untuk fase terminasi adalah jika klien sudah mampu mandiri dan lepas dari bantuan perawat. Selanjutnya, baik perawat maupun klien akan menjadi individu yang matang dan lebih berpengalaman.

Fase terminasi secara konseptual didefinisikan sebagai perencanaan pulang dan pengajaran (Peplau, 1991; ; (Evans et al., 2017)). Komponen teoritis fase ini adalah persepsi pasien tentang perawat sebagai

penyediaan informasi. Dalam penelitian ini, parameter fase terminasi berdasarkan item HCAHPS nomor 12-16.

### **Peran Perawat Kesehatan Jiwa**

Dalam hubungan perawat-klien, ada enam peran perawat yang harus dilaksanakan. Peran tersebut berbeda pada setiap fasenya. Keenam peran tersebut adalah peran sebagai orang asing (*role of the stranger*), peran sebagai narasumber (*role of resource person*), peran sebagai pengajar (*teaching role*), peran sebagai kepemimpinan (*leadership role*), peran sebagai wali (*surrogate role*), dan peran sebagai penasihat (*counseling role*).

*Role of the stranger* merupakan peran awal dalam hubungan perawat-klien. Perawat-klien merupakan orang asing bagi pihak lainnya. Sebagai orang asing, perawat harus memperlakukan klien secara sopan, tidak boleh memberi penilaian sepihak, menerima klien apa adanya, serta memperlakukan klien dengan penuh perasaan.

*Role of resource person* merupakan peran perawat memberi jawaban yang spesifik dari setiap pertanyaan klien, terutama mengenai informasi kesehatan. Selain itu, perawat juga menginterpretasikan kepada klien rencana perawatan dan rencana medis.

*Teaching role* merupakan kombinasi dari seluruh peran dalam menggunakan informasi. *Teaching role*, menurut Peplau, terbagi atas dua kategori, yaitu instruksional dan eksperimental. *Teaching role* instruksional adalah pemberian informasi secara luas dan merupakan bentuk yang dipakai dalam literatur pendidikan. *Teaching role* eksperimental adalah penyuluhan dengan menggunakan pengalaman sebagai pijakan dalam pengembangan pengajaran.

*Leadership role* merupakan peran yang berkaitan dengan kepemimpinan, terutama mengenai proses demokratis dalam asuhan keperawatan. Perawat membantu klien dalam mengerjakan tugas-tugasnya melalui hubungan yang sifatnya kooperatif dan melibatkan partisipasi aktif klien.

*Surrogate role*, klien menganggap perawat sebagai walinya. Oleh sebab itu, sikap perawat dan perilakunya harus menciptakan perasaan tertentu dalam diri klien yang bersifat reaktif yang muncul dari hubungan sebelumnya. Fungsi perawat di sini adalah membimbing klien

mengenalinya sendiri sehingga klien akan mampu membedakan perawat dengan dirinya.

*Counseling role* merupakan peranan yang besar dalam keperawatan psikiatri. Tujuan *counseling role* berdasarkan hubungan antar-personal adalah membantu klien mengingat dan memahami sepenuhnya peristiwa yang terjadi pada dirinya. Dengan demikian, satu pengalaman dapat diintegrasikan dengan pengalaman lainnya dalam hidup klien, bukannya justru dipisahkan.

Terdapat empat kelebihan teori Peplau diantaranya sebagai berikut: 1) meningkatkan kejiwaan klien agar lebih baik; 2) menurunkan kecemasan klien; 3) mendorong kemandirian klien; 4) memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang lebih baik.

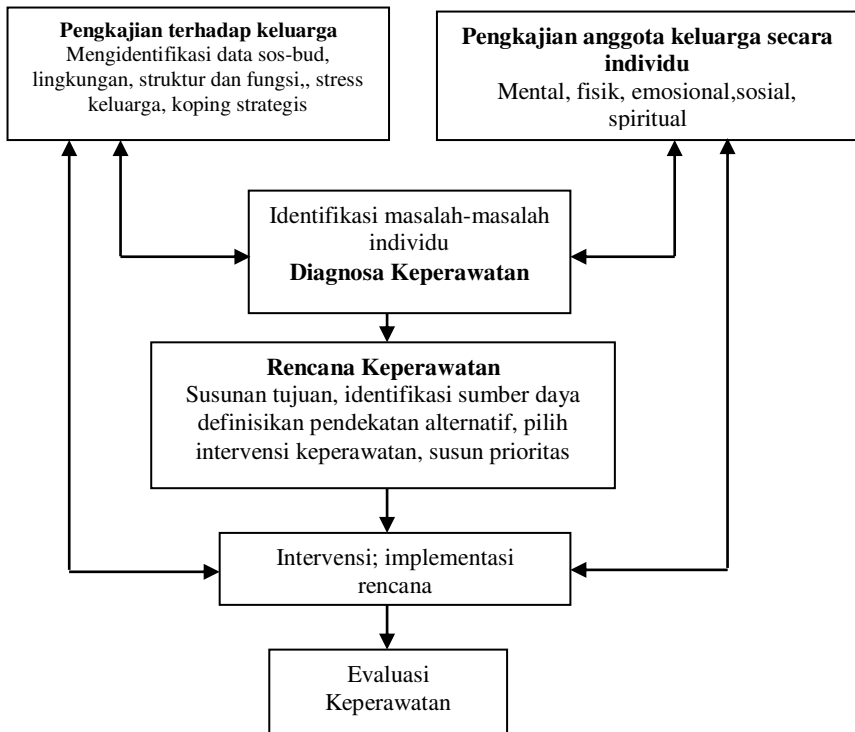
*Belief* adalah Penerimaan emosi atas proposisi atau doktrin tentang apa yang dianggap cukup memadai (Das & Phookun, 2013).

Terdapat tiga keterbatasan teori Peplau diantaranya adalah: 1) hanya berfokus pada penyembuhan kejiwan; 2) kurangnya penekanan pada promosi dan perawatan kesehatan; bahwa dinamika intra-keluarga, pertimbangan ruang pribadi, dan sumber daya layanan sosial masyarakat kurang dipertimbangkan; 3) teori ini tidak dapat digunakan pada pasien yang tidak dapat mengungkapkan kebutuhan.

Fokus perawat pada fase hubungan perawat dan klien (orientasi, identifikasi, eksplorasi dan resolusi) sedangkan keperawatan merupakan sebuah hubungan terapeutik yang berorientasi pada tujuan (McKenna, Pajnkihar, & Murphy, 2014).

### ***FAMILY CENTER NURSING MODEL***





Gambar 3 Model *family centered nursing*,

Sumber: Friedman (Nursalam (2016)).

Proses keperawatan keluarga dengan fokus pada keluarga sebagai klien (*family centered nursing*), meliputi: 1) pengkajian; 2) diagnosis keperawatan; 3) intervensi; 4) implementasi; 5) evaluasi.

1. Asuhan keperawatan keluarga (AKK), difokuskan pada peningkatan kesehatan seluruh anggota keluarga, melalui perbaikan dinamika hubungan internal keluarga, struktur dan fungsi keluarga yang terdiri atas afeksi, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan bagi anggota keluarga untuk dapat merawat anggota keluarganya yang sakit dan bagi anggota keluarga yang lain agar tidak tertular penyakit, serta adanya interdependensi antar anggota keluarga sebagai suatu sistem dan meningkatkan hubungan keluarga dengan lingkungannya (Friedman, 1981; Nursalam 2016).
2. Tujuan dari AKK memandirikan keluarga dalam melakukan pemeliharaan kesehatan anggota keluarga, oleh karena itu keluarga

perlu melakukan lima tugas kesehatan keluarga. Lima tugas keluarga diantaranya: a) mampu memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga; b) mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan; c) mampu mempertahankan suasana lingkungan rumah yang sehat; d) modifikasi lingkungan; e) mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan (Friedman, 1981; Nursalam 2016).

Keluarga merupakan suatu sistem, dimana jika salah satu anggota keluarga bermasalah, akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lain begitupun sebaliknya (Stanhope&Lancaster, 2004; Nursalam 2016). Masalah individu dalam keluarga diselesaikan melalui intervensi keluarga dengan keterlibatan aktif anggota keluarga yang lain, caregiver. Dengan demikian, melalui intervensi keluarga, yakni anggota keluarga yang sehat, akan membuat komunitas atau masyarakat menjadi sehat, karena keluarga merupakan subsistem dari komunitas (Friedman, 2003; Stanhope & Lancaster, 2004; Nursalam, 2016).

3. Lima alasan keluarga menjadi salah satu sentral dalam perawatan: a) keluarga sebagai sumber dalam perawatan kesehatan; b) masalah kesehatan individu berpengaruh pada keluarga yang lain; c) tempat berlangsungnya komunikasi individu sepanjang hayat, sekaligus menjadi harapan bagi setiap anggotanya; d) penemuan berbagai kasus penyakit seringkali berawal dari keluarga; e) anggota keluarga lebih mudah menerima informasi jika informasi tersebut didukung oleh anggota keluarga yang lain; f) keluarga merupakan suport sistem bagi individu (Friedman, 2003; (Nursalam, 2016).
4. Pendekatan yang dilakukan dalam AKK adalah proses keperawatan keluarga, terdiri atas lima tahap yaitu: a) pengkajian; b) diagnosis keperawatan; c) perencanaan; d) implementasi; dan e) evaluasi.
  - a. Pengkajian  
Tahap dimana perawat mendapatkan informasi secara terus-menerus, terhadap anggota keluarga yang dibinanya.
  - b. Diagnosis Keperawatan  
Data yang ditemukan dan dicatat pada pengkajian, selanjutnya dianalisis sehingga didapatkan diagnosis keperawatan.

Rumusan diagnosis AKK diantaranya diagnosis aktual, resiko, dan potensial. Etiologi diagnosis keperawatan keluarga merupakan lima tugas keluarga (Friedman, 2003; (Nursalam, 2016).

c. Perencanaan

Perencanaan keperawatan keluarga terdiri atas penetapan tujuan umum dan khusus. Penetapan tujuan dan rencana tindakan dilakukan bersama dengan keluarga. Keluarga bertanggung jawab mengatur kehidupannya, perawat membantu menyediakan informasi yang relevan untuk memudahkan keluarga mengambil keputusan (Friedman 2003; (Nursalam, 2016).

d. Implementasi

Implementasi keperawatan dinyatakan untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga ditujukan pada lima tugas kesehatan keluarga dalam rangka menstimulus kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah kesehatannya. Menstimulus keluarga untuk menjalankan lima fungsi keluarga (Friedman, 2003; Nursalam 2016).

e. Evaluasi

Evaluasi dilakukan oleh perawat untuk menilai tingkat kognitif, afektif, dan psikomotor keluarga (Friedman, 2003; (Nursalam, 2016).

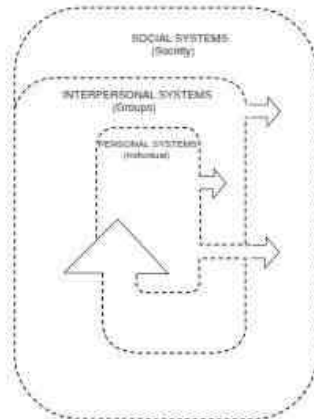
Berdasarkan penjelasan di atas proses *Family Center Nursing* merupakan tahapan proses keperawatan. Proses keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses pengkajian dan diagnosis sebagai *antecedent*, proses intervensi sebagai proses interaksi, dan tahap evaluasi sebagai tujuan dalam mencapai kepuasan keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa.

### ***GOAL ATTAINMENT THEORY***

Konsep *Human Interaction Model* dikembangkan pertama kali oleh Imogene M.King pada tahun 1971 yang diawali dengan mengembangkan *Theory of Goal Attainment* (teori pencapaian tujuan).

*Conceptual Framework* (kerangka kerja konseptual) *Goal Atainment Theory* (teori pencapaian tujuan) terdiri atas tiga sistem interaksi yang

dikenal dengan *Dynamic Interacting Systems* (Gambar 3.10), meliputi: *Personal systems* (individual), *interpersonal systems* (grup) dan *social systems* (keluarga, sekolah, industri, organisasi sosial, sistem pelayanan kesehatan, dan lain-lain). King mengidentifikasi kerangka kerja konseptual sebagai sebuah kerangka kerja terbuka, dan teori ini sebagai suatu pencapaian tujuan. King mempunyai asumsi dasar terhadap kerangka kerja konseptualnya, bahwa manusia seutuhnya (*human being*) sebagai sistem terbuka yang secara konsisten berinteraksi terhadap lingkungannya. Asumsi yang lain bahwa keperawatan berfokus pada interaksi manusia dengan lingkungannya dan tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu dan kelompok dalam memelihara kesehatannya.



SOCIAL SYSTEMS  
(Society)

INTERPERSONAL SYSTEMS  
(Groups)

PERSONAL  
SYSTEMS  
(Individual)

**Gambar 4 Sistem Konseptual dinamis**

Sumber: (Alligood, 2017)

## Personal Sistem

Menurut King (1981) setiap individu adalah sistem personal (sistem terbuka). Konsep sistem personal yang relevan diantaranya adalah: 1) persepsi; 2) diri; 3) pertumbuhan dan perkembangan; 4) citra tubuh; 5) ruang; 6) waktu; dan 7) koping. Sebanyak tujuh konsep King tersebut oleh peneliti diadopsi pada penelitian pengembangan model *family health* pada keluarga penderita gangguan jiwa menjadi: 1) persepsi positif gangguan jiwa; 2) kesadaran diri penderita untuk sembuh; 3) tumbuh kembang yang optimal; 4) gambaran diri yang positif penderita gangguan jiwa; 5) lingkungan yang sehat; 6) lama pengobatan; dan 7) koping efektif.

### 1. Persepsi

King (Alligood, 2013) "*a process of organizing, interpreting, and transforming information from sense data and memory*". Artinya "sebuah proses organisasi, interpretasi, dan transformasi informasi dari indra dan ingatan". Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang dan kejadian. Persepsi berbeda dari setiap orang, tergantung pengalaman masa lalu, latar belakang, pengetahuan, dan status emosi. Karakteristik persepsi adalah universal atau dialami oleh semua, selektif untuk semua orang, subjektif atau personal. Konsep King tentang persepsi pada penelitian ini diadopsi menjadi persepsi positif tentang gangguan jiwa.

### 2. Diri

King (Alligood, 2013) cites developmental psychologist's A. T. Jersild's (1952) definition of self when explaining that "*knowledge of self is a key to understanding human behavior because self is the way I define me to myself and to others. Self is all that I am. I am a whole person. Self is what I think of me and what I am capable of being and doing. Self is subjective in that it is what I think I should be or would like to be*" (p. 26). *Self is a dynamic, action-oriented open system.*

King (Alligood, 2013) mengutip definisi psikologi perkembangan A.T Jersild (1952) saat menjelaskan bahwa "pengetahuan tentang diri adalah kunci untuk memahami perilaku manusia karena diri adalah cara saya mendefinisikan diri saya kepada diri sendiri dan orang lain. Diri adalah diri saya sendiri. saya adalah seorang seluruh orang. Diri adalah apa yang saya pikirkan tentang saya dan apa yang mampu saya lakukan

dan lakukan. Diri adalah subjektif karena itulah yang saya pikir seharusnya atau ingin saya "(p 26). Diri adalah sistem terbuka yang dinamis dan berorientasi aksi.

Diri adalah bagian dalam diri seseorang yang berisi benda-benda dan yang lain. Diri adalah individu atau bila seseorang berkata "AKU". Karakteristik diri adalah individu yang dinamis, sistem terbuka dan orientasi pada tujuan. Konsep King tentang diri pada penelitian ini diadopsi menjadi kesadaran diri penderita untuk sembuh.

### **3. Pertumbuhan dan perkembangan**

King (Alligood, 2013) "*The processes that take place in an individual's life. That help the individual move from potential capacity for achievement to self-actualization*". King (Alligood, 2013) "Proses yang terjadi dalam kehidupan individu. Proses tersebut membantu individu berpindah dari potensi kapasitas pencapaian ke aktualisasi diri".

Tumbuh kembang meliputi perubahan sel, molekul dan perilaku manusia. Perubahan ini biasanya terjadi dengan cara yang tertib, dan dapat diramalkan walaupun individu itu bervariasi, dan sumbangan fungsi genetik, pengalaman yang berarti dan memuaskan. Tumbuh kembang dapat didefinisikan sebagai proses diseluruh kehidupan seseorang di mana dia bergerak dari potensial untuk mencapai aktualisasi diri. Konsep King tentang tumbuh kembang pada penelitian ini diadopsi menjadi tumbuh kembang yang optimal.

### **4. Citra tubuh**

King (Alligood, 2013) "*An individual's perceptions of his/her own body, others' reactions to his/her appearance which results from others' reactions to self*". King mendefinisikan citra diri yaitu bagaimana orang merasakan tubuhnya dan reaksi-reaksi lain untuk penampilannya. Konsep King tentang citra tubuh pada penelitian ini diadopsi menjadi gambaran diri positif sebagai penderita gangguan jiwa.

### **5. Learning**

King (Alligood, 2013) *Learning: "A process of sensory perception, conceptualization, and critical thinking involving multiple experiences in which changes in concepts, skills, symbols, habits, and values can be evaluated in observable behaviors and inferred from behavioral manifestation"*. "Suatu proses persepsi sensorik, konseptualisasi, dan pemikiran kritis yang melibatkan

banyak pengalaman di mana perubahan konsep, keterampilan, simbol, kebiasaan, dan nilai dapat dievaluasi dalam perilaku yang dapat diamati dan disimpulkan dari manifestasi perilaku".

## 6. Waktu

King (Alligood, 2013) "*Duration between the occurrence of one event and occurrence of another event*". King mendefinisikan waktu sebagai lama antara satu kejadian dengan kejadian yang lain merupakan pengalaman unik setiap orang dan hubungan antara satu kejadian dengan kejadian yang lain. Konsep King tentang waktu pada penelitian ini diadopsi menjadi lama sakit.

## 7. Ruang

King (Alligood, 2013) "*Existing in all directions and is the same everywhere*". "Yang ada di segala penjuru dan sama di mana-mana". Ruang adalah universal sebab semua orang punya konsep ruang, personal atau subjektif, individual, situasional, dan tergantung dengan hubungannya dengan situasi, jarak dan waktu, transaksional, atau berdasarkan pada persepsi individu terhadap situasi. Definisi secara operasional, ruang meliputi ruang yang ada untuk semua arah, didefinisikan sebagai area fisik yang disebut territory dan perilaku orang yang menempatinnya. Konsep King tentang ruang pada penelitian ini diadopsi menjadi lingkungan yang sehat.

## 8. Koping

King (Alligood, 2013) "*used the term coping in her discussion of the concept of stress in the interpersonal system and in later discussions of the Theory of Goal Attainment without explicit definition*". "Menggunakan istilah ini untuk membahas konsep stres dalam sistem interpersonal dan dalam diskusi selanjutnya dari Teori Pencapaian Tujuan tanpa definisi eksplisit". Konsep King tentang koping pada penelitian ini diadopsi menjadi koping keluarga.

### a. Pengertian *Coping*

*Coping* berasal dari kata *cope* berarti menanggulangi, menguasai. Lazarus dan Launier (Ogden, 2007) mendefinisikan *coping* adalah suatu proses untuk mengatasi stressor dengan cara menilai seberapa berat beban dan dampak yang mungkin terjadi dari stressor yang dialami.

Dalam konteks stress adaptasi, *coping* merupakan tindakan reflek, jalan, dimana individu berinteraksi terhadap stressor untuk berupaya mengembalikan pada kondisi normal dalam waktu singkat. Keadaan ini dapat berupa mengoreksi atau mengatasi masalah, termasuk upaya individu mengubah pola pikir tentang masalah dan belajar mengatasi masalah tersebut.

Beberapa tujuan individu melakukan tindakan *coping* antara lain: 1) mengurangi kondisi lingkungan yang penuh dengan stressor dan memaksimalkan perbaikan yang dapat dilakukan; 2) mengatur atau berupaya mentoleransikan kegiatan yang negatif; 3) memelihara gambaran diri yang positif; 4) menjaga keseimbangan dan stabilitas emosi; dan 5) melanjutkan kepuasan hubungan interpersonal dengan yang lain (Ogden, 2007).

Lipowski membagi *coping* menjadi *coping style* dan *coping strategy* (Kozier, 2004). *Coping style* adalah mekanisme adaptasi individu meliputi aspek psikologis, kognitif, dan persepsi. *Coping strategy* merupakan *coping* yang dilakukan secara sadar dan terarah dalam mengatasi rasa sakit atau menghadapi stressor. Lazarus mengidentifikasi strategi *coping* yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*), dan fokus pada emosi (*emotion focused coping*). Strategi *coping* berfokus pada masalah sering disebut dengan *task oriented* (orientasi pada tugas), dilakukan dengan penuh kesadaran, dan fokus emosi sering disebut dengan *ego defence mechanism* (mekanisme pembelaan ego), sering dilaksanakan dalam kondisi tidak sadar, mencari alasan, atau menyalahkan orang lain.

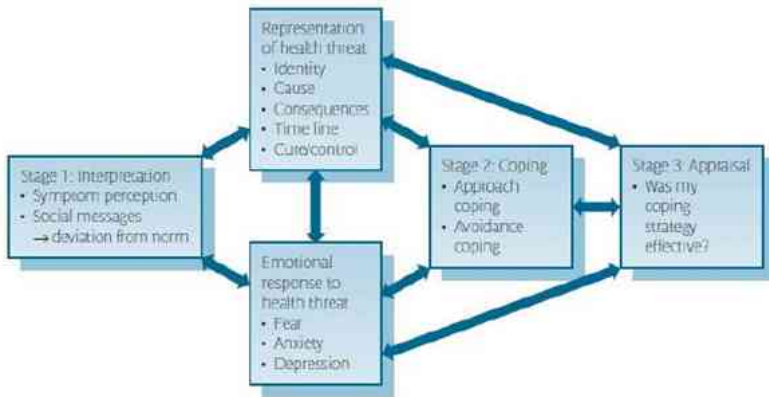
### **Mekanisme *Self Regulation***

Mekanisme *Coping* adalah cara individu untuk menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumberdaya individu meliputi kesehatan fisik, keyakinan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial dan aset materi yang dimiliki.

Beberapa tahapan yang dialami individu dalam mengembangkan strategi *coping* dipengaruhi oleh bagaimana individu menginterpretasikan gejala penyakit yang dialami, adanya pengobatan yang diberikan, respon



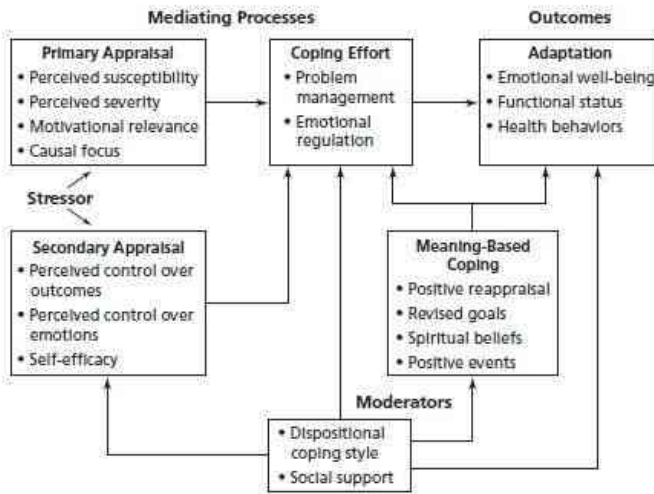
emosional yang terjadi akibat pengobatan dan penilaian seseorang terhadap *coping* yang akan dipilih (Ogden, 2007).



Gambar 5 Mekanisme *self regulation* (Ogden, 2007).

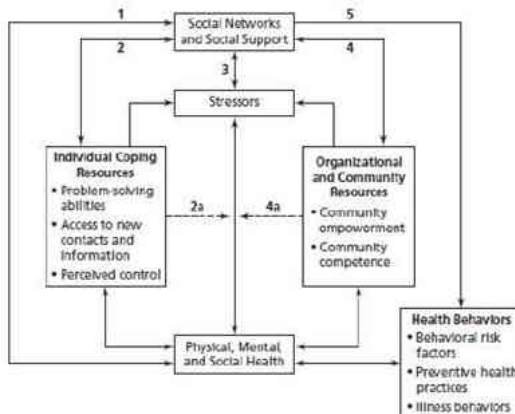
Ada tiga tahap yang harus dilalui seseorang dalam menentukan strategi *coping* yang akan dipilih yaitu: 1) penilaian seseorang terhadap tanda gejala penyakit, persepsi ini dipengaruhi oleh pendapat masyarakat dan nilai sosial terhadap penyakit tersebut; 2) strategi *coping* terpilih, pilihan strategi *coping* ini diawali dengan keberhasilan tindakan pelayanan yang diberikan, dan respon emosional terhadap pengobatan yang diberikan, seseorang dapat menunjukkan respon takut, cemas atau depresi; 3) penilaian terhadap strategi *coping* yang telah dipilih.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan adaptasi antara lain dukungan sosial, jejaring sosial, dan model transaksional dari stress dan *coping*. Menurut teori transaksional model (Glanz, 2008), kemampuan adaptasi seseorang dipengaruhi oleh faktor; penilaian primer dan sekunder terhadap stress, *coping effort* dan makna mendasar tentang *coping*, secara lengkap seperti pada gambar berikut.



Gambar 6. Transaksional model dari stress dan  *coping* (Glanz, 2008).

Selain transaksional model dari stress dan  *coping*, jejaring sosial serta dukungan sosial juga mempengaruhi  *coping* seseorang. Dukungan sosial baik dari keluarga, teman atau masyarakat dapat memberikan dukungan terhadap peningkatan kemampuan kognitif, menciptakan lingkungan keluarga yang sehat, dan memberikan bimbingan mental, spiritual untuk individu dalam mengembangkan strategi  *coping*. Model hubungan antara jejaring sosial dan dukungan sosial tampak pada nagan berikut.



Gambar 7 Model hubungan antara jejaring sosial dan dukungan sosial (Glanz, 2008).

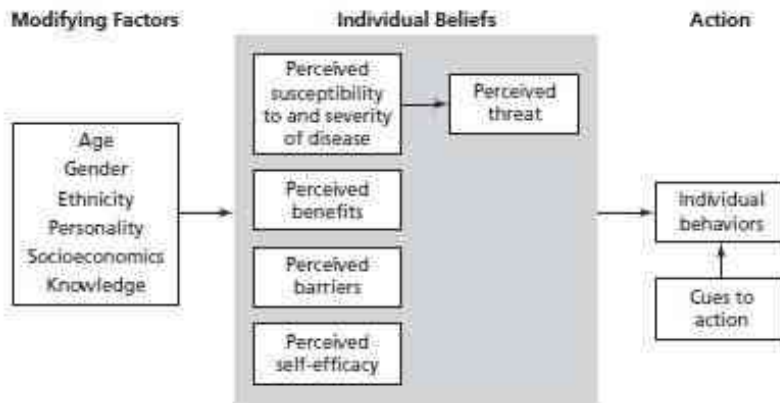
Jika memperhatikan hubungan antara jejaring sosial dengan dukungan sosial yang diberikan masyarakat dalam perilaku kesehatan, sebenarnya dukungan sosial yang diberikan keluarga ini dipengaruhi oleh sumber *coping* individu, tingkat stressor, pengorganisasian masyarakat, dan kondisi penyakit itu sendiri. Oleh karena itu, kepercayaan kesehatan juga sangat menentukan strategi *coping* seseorang dalam mengatasi stressor.

### **c. Kepercayaan Kesehatan**

Kepercayaan kesehatan adalah sebuah proses yang menjelaskan bagaimana perilaku kesehatan dilakukan (K Glanz, 2008). Menurut K Glanz, (2008) menjelaskan model kepercayaan kesehatan (*heath belief model - HBM*) seseorang diawali dari: 1) mempelajari beberapa faktor modifikasi; 2) kepercayaan individu tentang masalah kesehatan yang dihadapi; dan 3) pilihan tindakan yang dilakukan dalam mengatasi masalah kesehatan.

Beberapa faktor modifikasi yang akan mempengaruhi kepercayaan kesehatan seseorang meliputi umur, jenis kelamin, etnis, kepribadian, sosial ekonomi dan pengetahuan seseorang. Semua faktor modifikasi ini akan membentuk kepercayaan kesehatan seseorang. Kepercayaan kesehatan dibentuk melalui persepsi seseorang terhadap kerentanan dan tingkat keparahan penyakit yang dialami (*susceptibility and severity*), persepsi terhadap kemungkinan bermanfaatnya pelayanan kesehatan untuk mengatasi penyakit (*benefitrs*), persepsi terhadap kemungkinan penyakit ini dapat dikendalikan (*barriers*) dan keyakinan individu terhadap kondisi penyakit yang dialami (*self efficacy*).

Persepsi seseorang tentang kepercayaan kesehatan ini mempengaruhi pilihan tindakan yang akan dilakukan dan menentukan arah kemana seseorang akan mencari pengobatan. Pilihan tindakan ini merupakan perilaku kesehatan seseorang, yang harus dibangun oleh tenaga kesehatan, sehingga masyarakat dapat mengembangkan perilaku kesehatan sesuai yang diharapkan. Berikut adalah komponen dan hubungan model kepercayaan kesehatan (K Glanz, 2008).



**Gambar 8 Komponen dan Hubungan Model Kepercayaan Kesehatan (K Glanz, 2008)**

Dari semua keadaan ini akan menimbulkan perilaku individu dalam mengatasi masalah kesehatan, seperti pada gambar di atas. Pilihan tindakan individu dalam mengembangkan perilaku kesehatan ini juga dapat mempengaruhi bagaimana mekanisme *coping* individu dikembangkan (K Glanz, 2008). Faktor keyakinan dan kepercayaan individu terhadap penyakit yang dialami juga akan mempengaruhi perilaku individu yang mencerminkan hasil dari mekanisme *coping* dan bisa digunakan sebagai kerangka pemandu untuk intervensi perilaku kesehatan.

**d. Coping Keluarga dalam Merawat Penderita Gangguan Jiwa**

*Coping* adalah cara yang dilakukan individu, dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan keinginan yang akan dicapai, dan respons terhadap situasi yang menjadi ancaman bagi diri individu. Jika dalam suatu keluarga terdapat salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa, dapat menjadi stressor yang amat berat bagi keluarga sebagai sebuah system. Beban keluarga menjadi sangat berat akibat adanya hendaya pasien dalam pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari secara mandiri, kualitas hidup menjadi menurun, dan hilangnya hari produktif dirasakan oleh seluruh anggota keluarga. Dampaknya, *coping* keluarga menjadi tidak efektif.

*Coping* keluarga tidak efektif adalah suatu keadaan di mana keluarga menunjukkan risiko tinggi perilaku destruktif dalam berespons terhadap

ketidak mampuan untuk mengatasi stressor internal atau eksternal karena ketidak mampuan (fisik, psikologis dan kognitif) yang dimiliki. Keadaan berikut dapat ditemukan dalam *coping* keluarga yang tidak efektif, seperti: ketegangan dalam keluarga, menurunnya toleransi satu sama lain, permusuhan dalam keluarga, perasaan malu dan bersalah, perasaan tidak berdaya, agitasi, menyingkari masalah, harga diri rendah, psikosomatis, dan penolakan.

*Coping* keluarga tidak efektif tersebut dapat disebabkan karena: 1) orang penting atau berpengaruh dalam keluarga tidak mampu mengekspresikan perasaan seperti memendam rasa bersalah, kecemasan, permusuhan, keputusan; 2) pola pengambilan keputusan keluarga yang sewenang-wenang (otoriter); dan 3) hubungan antar anggota keluarga yang penuh keraguan.

*Coping* keluarga dalam merawat pasien gangguan jiwa adalah merupakan kemampuan adaptasi keluarga dalam menghadapi *stressor* berat dan lama (kronis) akibat salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa. McCubbin (2001) mengidentifikasi instrumen yang dapat digunakan mengukur *coping* keluarga dalam mengatasi *stressor* kronis adalah dengan *coping health inventory for parents (CHIP)*, meliputi (1) kemampuan memelihara integritas keluarga, kerjasama, dan memandang situasi dengan positif, (2) kemampuan keluarga memelihara dukungan sosial, harga diri, dan stabilitas psikologis, (3) kemampuan keluarga memahami situasi medis, komunikasi dengan orang lain, dan konsultasi dengan petugas kesehatan (McCubbin, 2001).

### **Sistem Interpersonal**

King mengemukakan sistem interpersonal terbentuk oleh interaksi antara manusia. Interaksi antar dua orang disebut DYAD, tiga orang disebut TRIAD, dan empat orang disebut GROUP. Konsep yang relevan dengan sistem interpersonal adalah: 1) komunikasi; 2) interaksi; 3) transaksi; 4) peran; dan 5) stres. Sebanyak tiga konsep dari lima konsep King tersebut yaitu interaksi, transaksi, dan stres oleh peneliti digunakan pada penelitian ini menjadi: 1) pola interaksi antar anggota keluarga dan penderita gangguan jiwa; 2) *family health*; dan 3) stres keluarga.

## 1. Komunikasi

King (Alligood, 2013) "*Information processing, a change of information from one state to another*". "*Pengolahan informasi, perubahan informasi dari satu orang ke orang lain*". King (1981) mendefinisikan komunikasi sebagai proses dimana informasi yang diberikan dari satu orang ke orang lain baik langsung maupun tidak langsung, misalnya melalui telepon, televisi atau tulisan kata. ciri-ciri komunikasi adalah verbal, non verbal, situasional, perceptual, transaksional, tidak dapat diubah, bergerak maju dalam waktu, personal, dan dinamis. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis dalam menyampaikan ide-ide satu orang ke orang lain. Aspek perilaku nonverbal yang sangat penting adalah sentuhan. Aspek lain dari perilaku adalah jarak, postur, ekspresi wajah, penampilan fisik, dan gerakan tubuh.

## 2. Interaksi

King (Alligood, 2013) "*Acts of two or more persons in mutual presence*". "*The process of interactions between two or more individuals Represents a sequence of verbal and nonverbal behaviors that are goal-directed*".

King (Alligood, 2013). "tingkah laku dua orang atau lebih dalam saling hadir" "Proses interaksi antara dua atau lebih individu mewakili sebuah urutan dari lisan dan nonverbal perilaku bahwa adalah tujuan-diarahkan".

Interaksi merupakan tingkah laku yang dapat diobservasi oleh dua orang atau lebih di dalam hubungan timbal balik. Interaksi dalam sistem konseptual King's (1981) mencakup proses dan konten. Secara proses, interaksi manusia berasal dari ilmu psikologi sosial. Proses interaksi meliputi persepsi, penilaian, dan tindakan individu, serta reaksi, interaksi, dan transaksi di antara individu. Proses interaksi terjadi antara dua orang atau lebih. Setiap interaksi melibatkan komunikasi verbal dan nonverbal yang ditandai dengan nilai dan diarahkan pada tujuan. Individu membawa pengetahuan pribadi, kebutuhan, tujuan, harapan, persepsi, dan pengalaman yang memengaruhi interaksi. King (1981) mengidentifikasi interaksi sebagai sesuatu yang universal dan timbal balik. "konsep persepsi adalah dasar dalam semua interaksi manusia "(hal 61). Dasar interaksi yang lain yaitu komunikasi (komponen informasi) dan transaksi (komponen nilai). Komunikasi

didefinisikan sebagai pertukaran informasi, sedangkan interaksi melibatkan pertukaran barang atau material, jasa, atau keduanya.

Interaksi sangat penting untuk pengembangan hubungan. Hasil interaksi dalam hubungan adalah pertumbuhan, perubahan, dan pengembangan pribadi. Interaksi mungkin memiliki efek positif atau negatif bagi kesehatan (King, 1981).

Berbagai konsep interpersonal terkait dengan dukungan sosial. Dukungan sosial merupakan komponen koping, membantu individu dalam mengantisipasi stresor. Hal ini didasarkan bahwa dukungan sosial sebagai bagian dari komunikasi antara satu individu dengan individu lainnya untuk berinteraksi antar individu dalam lingkungan sosial. Menurut Weiss (Zurakowski, 2007). Dukungan sosial menjembatani kebutuhan individu akan keintiman, integrasi sosial, pemeliharaan individu, kepastian nilai pribadi, sumber aliansi yang stabil, dan bimbingan. Dukungan sosial merupakan sebuah konstruk dari interaksi pada teori King (Zurakowski, 2007).

Konsep King tentang interaksi pada penelitian diadopsi menjadi pola interaksi antar anggota keluarga dan penderita gangguan jiwa.

### **3. Peran**

King (Alligood, 2013) "*Set of behaviors expected when occupying a position in a social system*". "perangkat tingkah laku yang diharapkan ketika menduduki posisi di bidang sosial sistem". Peran melibatkan sesuatu yang timbal balik di mana seseorang pada suatu saat sebagai pemberi dan disaat yang lain sebagai penerima. Terdapat tiga elemen utama peran berisi set perilaku yang di harapkan pada orang yang menduduki posisi di sistem sosial, set prosedur atau aturan yang ditentukan oleh hak dan kewajiban yang berhubungan dengan prosedur atau organisasi, dan hubungan antara; dua orang atau lebih berinteraksi untuk tujuan pada situasi khusus. Konsep King tentang peran pada penelitian ini diadopsi menjadi menjalankan perannya sebagai pengasuh penderita gangguan jiwa.

### **4. Stres**

King (Alligood, 2013) *Dynamic state whereby a human being interacts with the environment to maintain balance for growth, development, and performance which involves an exchange of energy And information between the person and*

*the environment for regulation and control of stressors”.*

“Keadaan dinamis dimana manusia berinteraksi dengan lingkungan untuk menjaga keseimbangan pertumbuhan, perkembangan, dan kinerja yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara orang dan lingkungan untuk regulasi dan pengendalian stresor”.

Stres merupakan suatu keadaan yang dinamis di manapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stresor. Stres adalah suatu yang dinamis sehubungan dengan sistem terbuka yang terus-menerus terjadi pertukaran dengan lingkungan, intensitasnya bervariasi, ada dimensi yang temporal-spatial yang dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu, individual, personal, dan subjektif. Konsep King tentang stres pada penelitian ini diadopsi menjadi pengelolaan stres selama mengasuh penderita gangguan jiwa.

#### **5. Stresor**

King (Alligood, 2013) “*Events that produce stress*”. King (Alligood, 2013) “Peristiwa yang memproduksi stres “.

#### **6. Transaksi**

King (Alligood, 2013) “*Observable behaviors of human beings interacting with their environment*”. “*In the interactive process, two individuals mutually identify goals and the means to achieve them. When they agree to the means to implement the goals, they move toward transactions.... Transactions are defined as goal attainment*”.

"Perilaku manusia yang dapat diamati berinteraksi dengan lingkungannya" "Dalam proses interaktif, dua individu saling mengidentifikasi tujuan dan sarana untuk mencapainya. Ketika mereka menyetujui cara untuk menerapkan tujuan, mereka bergerak menuju transaksi ....Transaksi didefinisikan sebagai pencapaian tujuan".

Ciri-ciri transaksi adalah unik, karena setiap individu mempunyai realitas personal berdasarkan persepsi mereka. Dimensi temporal-spatial, mereka mempunyai pengalaman atau rangkaian-rangkaian kejadian dalam waktu. Konsep King tentang transaksi pada penelitian ini diadopsi menjadi *family health*.

#### **Sistem Sosial**



King (Alligood, 2013) *“an organized boundary system of social roles, behaviors, and practices developed to maintain values and the mechanisms to regulate the practice and rules”*. “Sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan”. Konsep yang relevan dengan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status dan pengambilan keputusan. Sebanyak empat konsep King yaitu: 1) organisasi; 2) otoritas; 3) status; dan 4) pembuatan keputusan pada penelitian ini diadopsi menjadi: 1) mengetahui organisasi pelayanan di puskesmas; 2) wewenang dan kekuasaan puskesmas; 3) kesadaran menjadi pengasuh penderita gangguan jiwa; 4) pengambil keputusan pengobatan.

**a) Organisasi**

King (Alligood, 2013) *“a system whose continuous activities are conducted to achieve goals”*.

King (Alligood, 2013) *“Suatu sistem yang kegiatannya terus menerus dilakukan untuk mencapai tujuan”*.

Organisasi bercirikan struktur posisi yang berurutan dan aktivitas yang berhubungan dengan pengaturan formal dan informal seseorang dan kelompok untuk mencapai tujuan personal atau organisasi. Konsep King tentang organisasi pada penelitian ini diadopsi menjadi mengetahui organisasi pelayanan di puskesmas.

**b) Otoritas**

King (Alligood, 2013) *“Transactional process characterized by active, reciprocal relations in which members’ values, backgrounds, and perceptions play a role in defining, validating, and accepting the [directions] of individuals within an organization”*.

King (Alligood, 2013) *“bahwa wewenang itu aktif, proses transaksi yang timbal balik di mana latar belakang, persepsi, nilai-nilai dari pemegang memengaruhi definisi, validasi dan penerimaan posisi di dalam organisasi berhubungan dengan wewenang”*.

Konsep King tentang otoritas pada penelitian ini diadopsi menjadi mengetahui wewenang dan kekuasaan puskesmas.

**c) Kekuasaan**

King (Alligood, 2013) *“The capacity or ability of a group to achieve goals”*

King (Alligood, 2013) "Kapasitas atau kemampuan dari kelompok untuk mencapai tujuan".

Kekuasaan adalah universal, situasional, atau bukan sumbangan personal, esensial dalam organisasi, dibatasi oleh sumber-sumber dalam suatu situasi, dinamis dan orientasi pada tujuan.

**d) Status**

King (Alligood, 2013) "The position of an individual in a group or a group in relation to other groups in an organization".

King (Alligood, 2013) "Posisi seseorang di dalam kelompok atau kelompok dalam hubungannya dengan kelompok lain di dalam organisasi".

Status bercirikan situasional, posisi ketergantungan, dapat diubah. Status berhubungan dengan hak-hak istimewa, tugas-tugas, dan kewajiban. Konsep King tentang status pada penelitian ini diadopsi menjadi kesadaran menjadi pengasuh penderita gangguan jiwa.

**e) Pembuatan keputusan**

King (Alligood, 2013) "Dynamic and systematic process by which a goal directed choice of perceived alternatives is made, and acted upon, by individuals or groups to answer a question and attain a goal".

King (Alligood, 2013) "Proses yang dinamis dan sistematis dimana pilihan yang dipilih dari alternatif yang dipersepsikan dibuat, dan ditindaklanjuti, oleh individu atau kelompok untuk menjawab pertanyaan dan mencapai tujuan".

Pembuatan atau pengambilan keputusan bercirikan untuk mengatur setiap kehidupan dan pekerjaan, orang, universal, individual, personal, subjektif, situasional, proses yang terus menerus, dan berorientasi pada tujuan.

Konsep King tentang pembuatan keputusan pada penelitian ini diadopsi menjadi pengambilan keputusan pengobatan.

**Asumsi Utama**

Filosofi pribadi King tentang manusia dan kehidupan memengaruhi asumsinya berhubungan dengan lingkungan, kesehatan, keperawatan, individu, dan interaksi perawat-klien. Sistem konseptual King dan Teori Pencapaian Tujuan "dasarkan pada sebuah asumsi keseluruhan bahwa fokus keperawatan adalah manusia yang berinteraksi dengan lingkungannya, yang mengarah pada kekeadaan kesehatan bagi individu, yang mana merupakan sebuah kemampuan untuk berfungsi dalam peran

sosial”.

### **1. Keperawatan**

King (Alligood, 2013) Keperawatan adalah sebuah perilaku yang dapat diamati yang ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan di masyarakat. Tujuan keperawatan adalah untuk membantu individu menjaga kesehatan mereka sehingga mereka dapat berfungsi dalam peran-peran mereka. Keperawatan adalah sebuah proses aksi, reaksi, interaksi, dan transaksi interpersonal. Persepsi seseorang perawat dan seorang pasien mempengaruhi proses interpersonal. Definisi keperawatan menurut King Teori adalah aksi, reaksi, dan interaksi antara perawat dan klien yang saling berbagi informasi untuk mencapai tujuan, sedangkan fokus keperawatan pada interaksi perawat dan klien dalam mencapai tujuan (McKenna et al., 2014).

### **2. Manusia**

King merinci asumsi-asumsi tertentu yang terkait dengan orang pada tahun 1981 dan dalam karya-karyanya sebagai berikut:

- a) Individu adalah makhluk spiritual King (Alligood, 2013).
- b) Individu memiliki kemampuan melalui bahasa dan simbol-simbol lain untuk merekam sejarah mereka dan melestarikan budaya mereka King (Alligood, 2013).
- c) Individu adalah unik dan holistik, dari nilai intrinsik, dan mampu berfikir rasional dan mengambil keputusan dalam kebanyakan situasi King (Alligood, 2013).
- d) Individu berbeda dalam kebutuhan, keinginan, dan tujuan mereka King (Alligood, 2013).

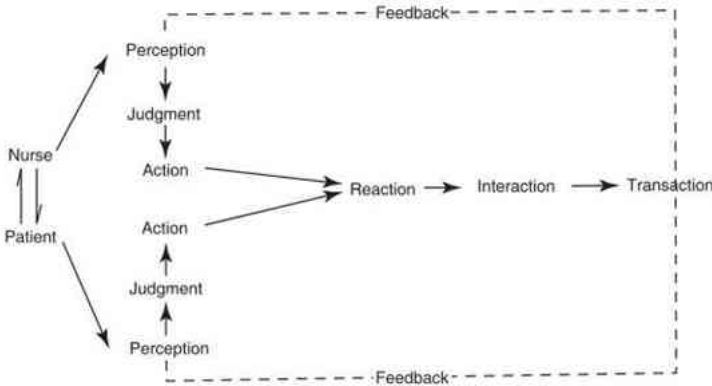
### **3. Kesehatan**

Kesehatan adalah sebuah keadaan dinamis dalam siklus hidup, sementara penyakit mengganggu proses tersebut. Kesehatan “berarti penyesuaian terus-menerus untuk memberikan tekanan di lingkungan internal dan eksternal melalui penggunaan sumber daya seseorang secara optimal untuk mencapai potensi maksimal untuk hidup sehari-hari” King (Alligood, 2013).

### **4. Lingkungan**

King (1981) percaya bahwa “pemahaman tentang cara-cara

bagaimana manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk menjaga kesehatan adalah penting untuk perawat”. sistem terbuka menyiratkan bahwa interaksi terjadi terus-menerus antara sistem dan lingkungan sistem. Selanjutnya, “penyesuaian untuk hidup dan kesehatan dipengaruhi oleh (sebuah) interaksi individu dengan lingkungan...Setiap manusia mempersepsikan dunia sebagai total kumpulan orang-orang yang melakukan transaksi dengan individu dan benda-benda di lingkungannya” (King, 1981).



**Gambar 9 Kerangka Konsep Teori Goal Atainment King**

Sumber: (Killeen & King, 2007)

King mengemukakan dalam kerangka konsepnya, hampir setiap konsep yang dimiliki oleh perawat dapat digunakan dalam asuhan keperawatan. Berdasarkan kerangka kerja konseptual (*Conceptual Framework*) dan asumsi dasar tentang *human being*, King menderivatnya menjadi teori Pencapaian Tujuan (*Theory of Goal Attainment*). Elemen utama dari teori pencapaian tujuan adalah interpersonal systems, di mana dua orang (perawat-klien) yang tidak saling mengenal berada bersama-sama di organisasi pelayanan kesehatan untuk membantu dan dibantu dalam mempertahankan status kesehatan sesuai dengan fungsi dan perannya. Dalam sistem interpersonal perawat-klien berinteraksi dalam suatu area (*space*). Menurut King intensitas dari sistem interpersonal sangat menentukan dalam menetapkan dan pencapaian tujuan keperawatan. Dalam interaksi tersebut terjadi aktivitas-aktivitas yang dijelaskan sebagai sembilan konsep utama, di mana konsep-konsep tersebut saling berhubungan dalam setiap situasi praktik keperawatan,

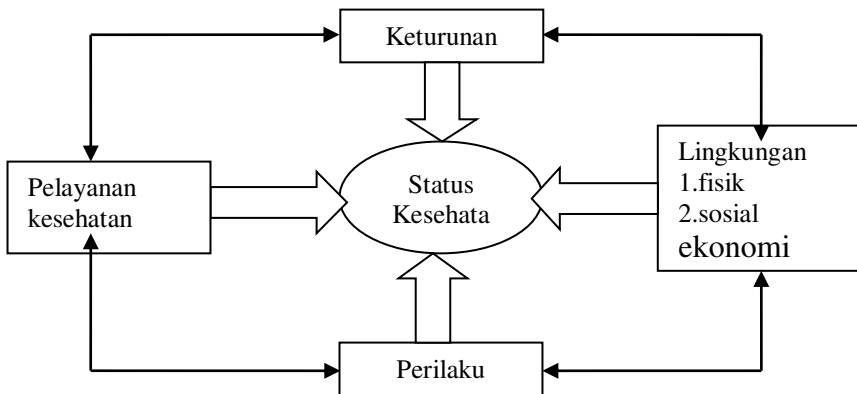
meliputi:

1. Interaksi, King mendefinisikan interaksi sebagai suatu proses dari persepsi dan komunikasi antara individu dengan individu, individu dengan kelompok, individu dengan lingkungan yang dimanifestasikan sebagai perilaku verbal dan non verbal dalam mencapai tujuan.
2. Persepsi diartikan sebagai gambaran seseorang tentang realita, persepsi berhubungan dengan pengalaman yang lalu, konsep diri, sosial ekonomi, genetika dan latar belakang pendidikan.
3. Komunikasi diartikan sebagai suatu proses penyampaian informasi dari seseorang kepada orang lain secara langsung maupun tidak langsung.
4. Transaksi diartikan sebagai interaksi yang mempunyai maksud tertentu dalam pencapaian tujuan. Transaksi yang dimaksud adalah pengamatan perilaku dari interaksi manusia dengan lingkungannya.
5. Peran merupakan serangkaian perilaku yang diharapkan dari posisi pekerjaannya dalam sistem sosial. Tolok ukurnya adalah hak dan kewajiban sesuai dengan posisinya. Jika terjadi konflik dan kebingungan peran maka akan mengurangi efektivitas pelayanan keperawatan.
6. Stres diartikan sebagai suatu keadaan dinamis yang terjadi akibat interaksi manusia dengan lingkungannya. Stres melibatkan pertukaran energi dan informasi antara manusia dengan lingkungannya untuk keseimbangan dan mengontrol stresor.
7. Tumbuh kembang adalah perubahan yang kontinu dalam diri individu. Tumbuh kembang mencakup sel, molekul dan tingkat aktivitas perilaku yang kondusif untuk membantu individu mencapai kematangan.
8. Waktu diartikan sebagai urutan dari kejadian/peristiwa kemas yang akan datang. Waktu adalah perputaran antara satu peristiwa dengan peristiwa yang lain sebagai pengalaman yang unik dari setiap manusia.
9. Ruang adalah sebagai suatu hal yang ada di manapun sama. Ruang adalah area di mana terjadi interaksi antara perawat dengan klien (Fadilah, 2009; Nursalam, 2016).

Berdasarkan uraian di atas dijelaskan bahwa manusia terdiri dari sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial dalam melakukan interaksi untuk mencapai tujuan. Proses pencapaian tujuan dimulai dari tahap reaksi, interaksi, dan transaksi. Dasar teori inilah yang digunakan dalam penelitian ini untuk mencapai tujuan keluarga penderita gangguan jiwa yaitu kepuasan keluarga dalam merawat penderita gangguan jiwa melalui sistem interaksi personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial.

### DETERMINAN KESEHATAN

Masalah kesehatan adalah suatu masalah yang kompleks, saling berkaitan dengan masalah diluar kesehatan. Demikian pula pemecahan masalah kesehatan, tidak hanya dilihat dari segi kesehatan, namun perlu dilihat dari pengaruhnya terhadap masalah kesehatan tersebut.



Gambar 10. Determinan status kesehatan

Menurut Hendrik L. Blum (1981), status kesehatan dipengaruhi oleh empat faktor yaitu: 1) perilaku; 2) pelayanan kesehatan; 3) lingkungan; 4) keturunan (Blum, 1981). Keempat faktor tersebut (lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan) selain berpengaruh langsung kepada kesehatan, juga berpengaruh satu sama lain (Gambar 8.1). Status kesehatan akan tercapai secara optimal bilamana keempat faktor tersebut secara bersama-sama mempunyai kondisi yang optimal (Soekidjo, 2014).

# MODUL FAMILY HEALTH

untuk Meningkatkan Interaksi Keluarga  
dengan Penderita Skizofrenia

Buku yang sedang Anda baca ini memiliki tiga pokok bahasan utama yaitu: 1) peran keluarga dalam menunjang kesehatan keluarga. Memiliki tiga sub pokok bahasan yaitu konsep persepsi skizofrenia, konsep stresor, dan peningkatan persepsi keluarga tentang skizofrenia dan penurunan stresor oleh perawat kesehatan jiwa; 2) peningkatan mekanisme coping dalam menunjang kesehatan keluarga. Memiliki tiga sub pokok bahasan, yaitu problem fokus coping, emosi fokus coping, dan peningkatan mekanisme coping oleh perawat kesehatan jiwa; 3) meningkatkan kesehatan keluarga dalam menunjang pola interaksi keluarga penderita skizofrenia. Memiliki tiga sub pokok bahasan yaitu konsep *family health*, konsep pola interaksi keluarga penderita skizofrenia, dan peningkatan *family health* dalam menunjang pola interaksi penderita Skizofrenia oleh perawat kesehatan jiwa. Beberapa lampiran, salah satu lampiran yang disajikan penulis adalah teori-teori yang relevan yang digunakan oleh penulis untuk mengembangkan model yang menghasilkan modul ini. Besar harapan saya semoga modul dapat berguna untuk perawat dan tenaga kesehatan yang peduli dengan penderita Skizofrenia.



Diterbitkan Oleh :  
Unmuh Ponorogo Press  
Anggota (KAPI, Anggota APPTI)  
Jalan Budi Utomo 10 Ponorogo Jawa Timur 63471  
Telp. (0812-2835-8065)  
Email : unmuhpress@umpo.ac.id /  
umpopress@gmail.com

ISBN 978-602-0791-40-1



[umpopress.umpo.ac.id](http://umpopress.umpo.ac.id)



Umpo Press



umpopress



@umpopress