

KARYA TULIS ILMIAH

**HUBUNGAN DUKUNGAN INSTRUMENTAL DENGAN BEBAN PADA
ANGGOTA KELUARGA SKIZOFRENIA DI POLI KLINIK
KEPERAWATAN JIWA RSJ GRHASIA PROVINSI DIY**

Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Syarat Memperoleh
Derajat Sarjana Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Disusun Oleh

ROHANA FATMA ZAHRA

20120320013

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2016

HALAMAN PENGESAHAN KTI

HUBUNGAN DUKUNGAN INSTRUMENTAL DENGAN BEBAN PADA
ANGGOTA KELUARGA SKIZOFRENIA DI POLI KLINIK
KEPERAWATAN JIWA RSJ GRHASIA PROVINSI DIY

Disusun oleh:

ROHANA FATMA ZAHRA

20120320013

Telah disetujui dan diseminarkan pada tanggal 13 Agustus 2016

Dosen Pembimbing

Dosen Penguji

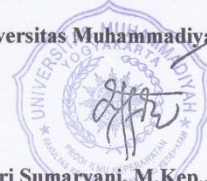

Ns. Sutejo, M.Kep., Sp. Kep. J
NIK : 198112092010121003


Ns. Shanti Wardaningsih, M.Kep., Sp.
Jiwa., Ph.D
NIK : 173058

Mengetahui,

Kaprodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta


(Ns. Sri Sumaryani, M.Kep., Sp. Mat., HNC)

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rohana Fatma Zahra
NIM : 20120320013
Program studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa karya tulis ilmiah yang peneliti tulis ini benar-benar merupakan hasil Karya Tulis peneliti sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan manapun tidak diterbitkan dari peneliti lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam daftar pustaka dibagian akhir karya tulis ilmiah ini.

Apabila dikemudian dari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ini hasil jiplakan, maka peneliti bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 13 Agustus 2016

Yang membuat pernyataan,



Rohana Fatma Zahra

“MOTTO HIDUP”

“yaa hayyu yaa qayyum”
Aku mohon bantuan dengan rahmatMu
(Asmaul Husna)

“Live as if you were to die tomorrow. Learn as if you were to live
forever”
(Mahatma Gandhi)

Knowledge comes from experience. “information is not knowledge.
The only source of knowledge is experience”.
(Albert Einstein)

Bukan hidup jika tiada masalah, bukan keberhasilan jika tiada melalui
rintangan, sertakan Allah disetiap langkah dan do’a menjadii
kekuatan.

ALL IS WELL

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bismillahirrohmannirrohim...

Karya tulis ini kupersembahkan untuk kedua orang tuaku tercinta,

Ayahanda Akhmad Zulkifli S.Sos., M.Si dan Ibunda Mery Yohana L. Amd.Kep

Yang selalu memberikan kasih sayang, motivasi serta finansial yang sangat banyak. Semoga saya dapat menjadi anak yang bisa membanggakan kalian kelak.

Kakakku Alfian Pradana, ST serta adikku Zania Anita Zulkifli terima kasih dukungan dan semangatnya.

Para bidar yang selalu ramaikan hari-hariku (Kiki, Azika, Eka, Dewi, dan Pratiwi).

Teman seperjuanganku Maulidah, Rya, Sudra, Yenita, dan Vicky.

Serta Keluarga Besar PSIK FKIK UMY 2012

KATA PENGANTAR



Assalammu'alaikum Wr Wb

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT, shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada junjungan dan tauladan Nabi Muhammad SAW, keluarga dan para sahabatnya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “Hubungan Dukungan Instrumental dengan Beban pada Anggota Keluarga Skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY”. Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bimbingan dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. dr. H. Ardi Pramono Sp. An, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Sri Sumaryani. S.Kep., Ns., Sp. Mat., HNC, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
3. Ns. Sutejo, M.Kep., Sp.Kep.J selaku pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, serta motivasi dalam proses bimbingan untuk menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah ini.
4. Ns. Shanti Wardaningsih, M.Kep., Sp. Jiwa., Ph.D selaku dosen penguji yang telah bersedia menguji dan memberi masukan serta saran sehingga peneliti

dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini bisa berjalan dengan lancar.

5. Direktur RSJ Grhasia Yogyakarta yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.
6. Keluarga Pasien Skizofrenia selaku reponden yang telah bersedia meluangkan waktunya dan bekerjasama dalam penelitian ini.
7. Seluruh dosen Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan ilmunya selama kuliah kepada peneliti.

Semoga bantuan do'a dan dukungan yang telah diberikan dalam bentuk apapun menjadi sebuah kebaikan dan amal sholeh serta mendapat balasan dari Allah SWT. Peneliti berharap kritik dan saran yang membangun dari semua pihak dan semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pembaca dan pengembangan ilmu keperawatan jiwa.

Yogyakarta, 13 Agustus

2016

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
MOTTO HIDUP.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	
INTISARI.....	xiii
ABSTRACT.....	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Penelitian Terkait	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia	12
1. Pengertian Skizofrenia.....	12
2. Tipe-tipe Skizofrenia	12
3. Gejala Skizofrenia	14
B. Keluarga	14
1. Pengertian Keluarga	14
2. Tipe Keluarga	15
3. Struktur Keluarga	16
4. Fungsi keluarga.....	16
C. Dukungan Keluarga.....	17
1. Pengertian Dukungan Keluarga.....	17
2. Macam-macam Dukungan Keluarga	18
D. Dukungan Instrumental Keluarga	20
1. Fungsi Ekonomi.....	20
2. Fungsi Perawatan Kesehatan	26
E. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan instrumental	27
F. Beban Keluarga	28

1. Definisi Beban Keluarga	28
2. Jenis-jenis Beban Keluarga	29
3. Faktor-faktor yang mempengaruhi beban.....	30
G. Kerangka Konsep	34
H. Hipotesis Penelitian.....	35
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	36
B. Populasi dan Sampel Penelitian	36
C. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
D. Variabel dan Definisi Operasional	38
E. Instrumen Penelitian.....	41
F. Cara Pengumpulan Data.....	44
G. Uji Validitas dan Reliabilitas	44
H. Pengelolaan dan Analisa Data.....	45
I. Etika Penelitian	48
J. Jalannya Penelitian.....	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	52
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	52
2. Hasil Analisis Univariat	54
a. Karakteristik Responden	54
b. Dukungan Instrumental Keluarga	56
c. Beban Keluarga.....	56
3. Hasil Analisis Bivariat	56
B. Pembahasan.....	58
1. Karakteristik Responden	58
a. Usia	58
b. Jenis Kelamin.....	59
c. Pekerjaan.....	60
d. Pendidikan Terakhir	61
e. Hubungan dengan Pasien	62
2. Dukungan Instrumental Keluarga	63
3. Beban Keluarga	64
4. Hubungan Dukungan Instrumental dengan Beban Pada Anggota Keluarga yang mengalami Gangguan Jiwa.....	67
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	69
DAFTAR PUTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Kerangka Konsep	34
Tabel 2. Definisi Operasional.....	41
Tabel 3. Kisi-kisi Instrumen Dukungan Instrumental Keluarga	42
Tabel 4. Kisi-kisi Instrumen Beban Keluarga	43
Tabel 5. Karakteristik Responden	55
Tabel 6. Dukungan Instrumental Keluarga	56
Tabel 7. Beban Keluarga	56
Tabel 8. Hasil Analisa Bivariat	56

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Keterangan Layak Etik

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian untuk Setda DIY

Lampiran 4. Surat Izin untuk Direktur RSJ Grhasia Provinsi DIY

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari Setda DIY

Lampiran 6. Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 7. Persetujuan Responden

Lampiran 7. Persetujuan Asisten Penelitian

Lampiran 9. Data Demografi Responden

Lampiran 10. Kuesioner Dukungan Instrumental

Lampiran 11. Kuesioner Beban Keluarga

Lampiran 12. Hasil CVI

DAFTAR SINGKATAN

WHO : *World Health Organization*

DEPKES : Departemen Kesehatan

RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar

Dinkes : Dinas Kesehatan

RSJ : Rumah Sakit Jiwa

SD : Sekolah Dasar

SMP : Sekolah Menengah Pertama

SMA : Sekolah Menengah Atas

INTISARI

Skizofrenia merupakan kumpulan dari beberapa gejala klinis yang penderitanya akan mengalami gangguan dalam kognitif, emosional, persepsi serta gangguan dalam tingkah laku. Skizofrenia tidak hanya menyerang secara psikologis tetapi bisa berdampak ke sosial ekonomi seseorang dan keluarganya. Salah satu dukungan sosial keluarga adalah dukungan instrumental keluarga merupakan fungsi ekonomi dan perawatan kesehatan yang diterapkan keluarga terhadap anggota keluarga. Skizofrenia tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan penderita menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga, dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

Desain penelitian ini adalah korelasi *non experimental* dengan rancangan penelitian *cross sectional*, teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*. Sampel penelitian adalah anggota keluarga skizofrenia di RSJ Grhasia Provinsi DIY yaitu sebanyak 91 responden yang memenuhi kriteria. Data yang dikumpulkan menggunakan kuesioner diuji statistik dengan menggunakan *Spearman's correlation*.

Sebagian besar dukungan instrumental keluarga dalam kategori tinggi (76,1%) sedangkan beban anggota keluarga skizofrenia dalam kategori tinggi (54,9%). Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikansi antara dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga ($p\text{ value}=0,820$).

Tidak ada hubungan dukungan instrumental keluarga dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY. Saran kepada keluarga pasien agar dapat menerima pasien dengan baik dengan perawatan pasien melibatkan semua keluarga bukan hanya *caregiver*.

Kata kunci : Dukungan Instrumental, beban keluarga, skizofrenia, keluarga.

ABSTRACT

Schizophrenia is a set of some clinical indications shown by cognitive disorder, emotional disorder, perceptual and behavioural disorder. Schizophrenia does not only attack psychologically but also affects one's social and economic condition. One of the social supports from family is instrumental support as economic function, and health treatment given by a family member. Schizophrenia does not directly cause death, but it will make the patient unproductive and become the family burden. Family is the smallest unit of society consisting of head of the family and some people under the same roof who depends each other.

This research objective is to find out the correlation between instrumental support and burden of schizophrenia family members at Mental Treatment Polyclinic of Grhasia Mental Hospital, Yogyakarta Special Province

The design of this research is non experimental correlation using cross sectional design, while the sampling of technique was using accidental sampling. The samples of the research consist of the 91 family members of schizophrenia patients at Grhasia Mental Hospital of Jogjakarta Special Province. The data were collected using questionnaire and then tested statistically using Spearman's correlation.

Most of the family instrumental support is in high category (76.1%), and the burden of the family members of schizophrenia patients is also high (54.9%). The analysis result shows that there is no significant correlation between instrumental support and burden of family members (p value = 0.820).

There is no correlation between instrumental support and burden among the family members of schizophrenia patients at Mental Treatment Polyclinic of Grhasia Hospital Yogyakarta Special Province. It is suggested that the family members of the patients can accept patients well through patient treatment involving all family members, not only caregivers.

Key words: instrumental support, family burden, schizophrenia, family

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa merupakan kondisi sehat baik secara emosional, psikologi, perilaku, coping yang efektif, konsep diri yang positif, kestabilan emosional serta hubungan interpersonal yang memuaskan (Videbeck, 2008). Kriteria sehat jiwa adalah perasaan sehat serta bahagia dimana setiap individu mampu mengatasi tantangan hidup, mempunyai sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain (Depkes RI, 2013).

Gangguan jiwa merupakan suatu perubahan yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi kejiwaan seseorang serta menimbulkan hambatan dalam melaksanakan peran sosial dilingkungan keluarga maupun masyarakat sekitarnya (Depkes RI, 2010). Manifestasi dari bentuk gangguan jiwa yaitu penyimpangan perilaku emosi dalam bertindak laku, hal ini terjadi karena menurunnya semua fungsi kejiwaan (Nasir & Muhith, 2012).

Gangguan jiwa adalah kumpulan-kumpulan keadaan yang tidak normal baik secara fisik ataupun mental, salah satu gangguan jiwa tersebut adalah Skizofrenia. Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang menimbulkan efek merusak pada kehidupan penderita maupun anggota keluarganya. Gangguan ini dapat mengganggu persepsi, pikiran, pembicaraan, dan gerakan seseorang, dan nyaris semua aspek sehari-harinya terganggu (Durand & Barlow, 2007).

Masalah gangguan jiwa diseluruh dunia sudah menjadi masalah yang

serius, sekitar 450 juta jiwa mengalami dampak dari permasalahan jiwa, saraf, maupun perilaku yang jumlahnya terus meningkat (WHO, 2012). Data riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2013 menyebutkan prevalensi gangguan jiwa berat (skizofrenia) pada penduduk di Indonesia 1,7 per mil (Depkes, 2013). Diperkirakan ada sekitar 220 juta penduduk Indonesia mengalami masalah gangguan jiwa dan ada sekitar 20 juta atau 22 % mengidap gangguan kejiwaan dari tingkat ringan hingga berat (Hawari, 2009).

Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) Provinsi Yogyakarta angka skizofrenia paling tinggi. Kasus gangguan kesehatan jiwa berat (Skizofrenia) di Kota Yogyakarta ada sebanyak 2,7 % per mil, sedangkan angka skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta pada bulan Oktober 2015 sebanyak 1.012 orang.

Undang – undang no 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa, upaya preventif Kesehatan Jiwa dilaksanakan di lingkungan keluarga, lembaga, dan masyarakat. Upaya preventif di lingkungan keluarga dilaksanakan dalam bentuk pengembangan pola asuh yang mendukung perkembangan jiwa dan pertumbuhan, komunikasi, informasi, dan edukasi dalam keluarga dan kegiatan lain sesuai dengan perkembangan (Dinkes, 2014).

Skizofrenia tidak hanya menyerang secara psikologis tetapi bisa berdampak ke sosial ekonomi seseorang maupun keluarganya. Pasien gangguan jiwa perlu mendapat dukungan sosial karena secara tidak langsung dukungan dari orang-orang sekitar dapat menurunkan beban fisik dan psikologis yang dihadapi pasien gangguan jiwa. Dukungan sosial terutama

berasal dari keluarga dapat mempengaruhi tingkah laku individu seperti penurunan rasa cemas, tidak berdaya dan putus asa yang ada pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup pasien gangguan jiwa (Cotren & symmo cit bailawan 2013). Senada dengan yang diungkapkan dengan Setiawan (2010), bahwa penderita gangguan jiwa memerlukan dukungan sosial keluarga, saudara, teman, tenaga kesehatan dan masyarakat sekitar. Biasanya semakin sedikit dukungan sosial, semakin parah gangguan jiwa yang diderita.

Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun akan menyebabkan penderita menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban keluarga (Efendi & Mahfudli, 2009). Beban keluarga adalah tingkat stress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini menyebabkan peningkatan stress emosional dan ekonomi keluarganya (Fontaine, 2009).

Beban keluarga dikategorikan dalam tiga jenis yaitu beban subyektif, beban obyektif, dan beban iatrogenik. Beban subyektif merupakan beban yang berupa distress emosional yang dialami anggota keluarga, diantaranya ansietas akan masa depan, sedih, merasa bersalah, kesal, dan bosan. Beban obyektif merupakan hambatan dalam suatu keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga. Contohnya beban biaya untuk perawatan dan pengobatan, tempat tinggal, makanan, dan transportasi. Sedangkan beban iatrogenic merupakan beban yang disebabkan karena tidak berfungsinya sistem pelayanan kesehatan jiwa yang menyebabkan pengobatan tidak berjalan sesuai fungsinya (Mohr, 2006).

Dukungan instrumental sangat berpengaruh dalam merespon beban keluarga terutama yang bersifat beban obyektif, seperti beban finansial, pengobatan, bagaimana mencari pelayanan kesehatan jiwa, dan cara merawat anggota keluarga (Nuraenah dkk, 2012).

Dampak beban secara umum yang dirasakan oleh keluarga dengan adanya anggota keluarga skizofrenia adalah tingginya beban ekonomi, beban emosi keluarga, stress terhadap perilaku pasien yang terganggu, gangguan dalam melaksanakan kegiatan rumah tangga sehari-hari dan keterbatasan melakukan aktivitas sosial. Dampak ini diperberat jika diikuti dengan ketidakpatuhan terhadap pengobatan (WHO, 2010).

Keluarga merupakan kumpulan dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan darah yang sama atau tidak, keluarga yang terus menerus tinggal dalam satu atap serta mempunyai ikatan emosional antar satu dengan lainnya (Padila, 2012).

Keluarga memiliki lima fungsi dalam dukungan keluarga, yakni dukungan penghargaan, dukungan informasi, dukungan jaringan sosial, dukungan emosional dan dukungan instrumental. Dukungan Instrumental adalah bentuk dukungan penuh yang dapat diberikan keluarga terkait bantuan tenaga, dana, maupun meluangkan waktu untuk melayani dan membantu serta mampu mendengarkan klien dalam mengungkapkan perasaannya (Bomar, 2004).

Kehidupan dan cobaan adalah satu hal yang tidak bisa dipisahkan, maka dari itu tingkatkanlah dinding keimanan kita dan Allah pun tidak akan

memberikan cobaan di luar kemampuan hambanya, seperti dalam Surah Al-Baqarah ayat 153:

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ
الصَّابِرِينَ

Artinya: Hai orang-orang yang beriman, Jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu, Sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar (Al- Baqarah ayat 153).

Hasil studi pendahuluan pada minggu keempat di bulan Oktober 2015 di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY didapatkan data bahwa kasus terbanyak adalah Skizofrenia dengan jumlah 1.012 pasien dari 1.157 pasien yang berkunjung, antara lain ada skizofrenia paranoid 372, hebrefenik 13, katatonik 9, tak tergolongkan 290, depresi pasca skizofrenia 6, dan residual 322. Mayoritas usia 25-44 tahun, di ikuti 45-64 tahun, jenis kelamin mayoritas laki-laki, pendidikan mayoritas SLTA, dan untuk pekerjaannya mayoritas tidak mempunyai pekerjaan. Hasil wawancara di klinik keperawatan jiwa, di dapatkan data bahwa total keseluruhan klien gangguan jiwa menggunakan asuransi kesehatan untuk pengobatannya, hanya saja ada 10% yang tidak menggunakan asuransi kesehatan.

Berdasarkan keterangan yang diperoleh dari 16 keluarga. Adanya beban subyektif dan obyektif, dimana beban subyektif ada rasa cemas akan masa depan anggota keluarga, sedih, bersalah, kesal dan bosan. Sedangkan beban obyektif adalah hambatan-hambatan dalam merawat anggota keluarga meliputi biaya pengobatan, tempat tinggal, makanan dan transportasi. Dukungan

instrumental terdiri dari bantuan penuh yang diberikan keluarga, meliputi tenaga, dana, waktu, serta mendengarkan ketika anggota keluarga mengeluarkan keluh kesahnya. Keseluruhan keluarga mempunyai beban subyektif dan beban obyektif.

Lima keluarga dengan pekerjaan sebagai buruh mengatakan keluarga merasa sedih, bosan dan malu dengan lingkungan sekitar tempat tinggal dikarenakan memiliki anggota keluarga yang kejiwaannya terganggu. Empat keluarga dengan pensiunan pegawai mengatakan merasa cemas dan khawatir akan masa depan anggota keluarganya. Lima keluarga mengatakan bahwa anggota keluarga yang menderita sakit pernah putus obat, dikarenakan keluarga takut dengan obat yang dikonsumsi semakin lama akan berakibat tidak baik untuk tubuh, sehingga keluarga tidak menembus obat saat habis.

Tiga keluarga mengatakan waktunya sering terkuras habis untuk merawat anggota keluarga yang sakit tetapi keluarga percaya sakit yang diberikan kepada anggota keluarga merupakan takdir yang diberikan Allah SWT. Dari 11 keluarga yang diwawancarai semua keluarga mengatakan tetap kesusahan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, dan juga transportasi untuk berobat ke Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY walaupun pengobatan sudah ditanggung asuransi kesehatan.

Rumah Sakit Jiwa Grhasia Provinsi DIY bekerjasama dengan Keswamas dalam mengadakan program *family gathering* dengan jumlah 30 orang, guna meningkatkan kepedulian, peran serta, dan kerjasama antar pihak RSJ Grhasia, kegiatan tersebut dilakukan maksimal 3 bulan sekali, selain

family gathering RSJ Grhasia melakukan penyuluhan kesehatan yang diadakan di depan Poli, penyuluhan kesehatan ini dilakukan biasanya ketika mendampingi mahasiswa (Data Keswamas).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang akan dibahas pada penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya karakteristik keluarga dengan anggota keluarga gangguan jiwa (usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan, hubungan dengan klien) di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.
- b. Diketuainya dukungan instrumental yang diberikan keluarga pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik keperawatan jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.
- c. Diketuainya beban keluarga pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat digunakan untuk pengembangan ilmu keperawatan jiwa dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas tentang dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

2. Manfaat Praktis

a. Keluarga klien skizofrenia

Hasil penelitian ini sebagai sarana informasi kepada keluarga mengenai dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia.

b. Bagi responden

Pasien mendapatkan perawatan yang optimal dari keluarga khususnya yang mengarah ke dukungan.

c. Bagi Ilmu Keperawatan

Sebagai sumber ilmu pengetahuan bagi perawat dalam pelaksanaan praktek keperawatan.

d. Bagi Rumah Sakit Jiwa Grhasia Provinsi DIY

Memberikan gambaran pada Rumah Sakit tentang pentingnya mengetahui dukungan instrumental dengan beban keluarga.

E. Penelitian Terkait

1. Nuraenah (2012) dengan tujuan penelitian untuk mengetahui “Hubungan dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan

riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif berupa *descriptive correlational* dengan rancangan *cross sectional*. Sampel penelitian yang digunakan dengan teknik *purposive sampling* dengan sampel sebanyak 50 responden. Instrument dukungan keluarga dan beban keluarga menggunakan kuesioner dengan skala likert. Hasil penelitiannya didapatkan ada hubungan dukungan keluarga (dukungan informasi, emosional, instrumental, dan penilaian) dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di RS. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012.

Persamaan dalam penelitian ini terletak pada variabel terikatnya yaitu beban keluarga. Perbedaan penelitian ini terletak pada sampel, teknik dan tempat penelitian. Penelitian ini menggunakan 91 reponden, dengan teknik *accidental sampling* dan tempat penelitian dilakukan di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, sedangkan penelitian tersebut menggunakan 50 responden dan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*, serta dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur.

2. Suryaningrum (2013) dengan tujuan penelitian untuk mengidentifikasi “Hubungan antara beban keluarga dengan kemampuan keluarga merawat pasien perilaku kekerasan di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor”. Desain penelitian adalah *analitik* dengan teknik *pusposive sampling* dengan jumlah sampel yang digunakan sebanyak 103 responden. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner *The Zarith Burden Interview*

versi Bahasa Indonesia, merupakan instrument untuk variabel independen yaitu beban yang dirasakan keluarga. Kuesioner pengetahuan dan sikap keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan merupakan instrument untuk variabel dependen. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara beban dengan kemampuan keluarga dalam merawat pasien perilaku kekerasan ($p\text{-value} < 0,05$).

Perbedaan penelitian ini terletak pada sampel, teknik, dan tempat penelitian. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan 91 responden, dengan teknik *accidental sampling* serta tempat penelitian ini dilakukan di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, sedangkan penelitian tersebut dilakukan di Poli Klinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

3. Suwardiman (2011). "Hubungan antara dukungan keluarga dengan beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik pada keluarga klien halusinasi di RSUD Serang". Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*, dan sampel berjumlah 79 orang. Instrumen dukungan keluarga dan beban keluarga yang sudah dimodifikasi dari Friedman dan WHO serta telah diuji validitas dan reliabilitas. Hasil penelitian ini menemukan bahwa semakin bertambah dukungan keluarga semakin berkurang beban keluarga untuk mengikuti regimen terapeutik ($p\text{-value} < 0,05$), berarti dengan dukungan keluarga yang tetap menjadikan beban ditanggung bersama dalam keluarga.

Persamaan dalam penelitian ini terletak pada variabel terikatnya yaitu beban keluarga. Perbedaan penelitian ini terletak pada sampel, teknik dan tempat penelitian. Penelitian ini menggunakan 91 responden, dengan teknik *accidental sampling* serta tempat penelitian ini dilakukan di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, sedangkan penelitian tersebut dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Serang.

4. Andesma (2014) dengan tujuan penelitian untuk mengetahui “Hubungan beban keluarga dengan dukungan emosional pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di poli klinik jiwa RSJ Grhasia”. Teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*, jumlah sampel 68 responden. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner skala likert. Hasil penelitiannya didapatkan ada hubungan antara beban keluarga dengan dukungan emosional pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Poli Klinik Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

Persamaan pada penelitian ini terletak pada variabel terikat, teknik pengambilan sampel dan tempat penelitian yaitu beban keluarga, menggunakan *accidental sampling* dan Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY. Perbedaan penelitian ini terletak pada sampel dimana penelitian ini menggunakan 91 responden, sedangkan penelitian tersebut 68 responden.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah salah satu gangguan kejiwaan yang cukup berat dan menunjukkan adanya disorganisasi / kemunduran fungsi kepribadian, sehingga menyebabkan disability atau ketidakmampuan (Susanto dkk, 2006). Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart, 2007).

Skizofrenia merupakan kumpulan dari beberapa gejala klinis yang penderitanya akan mengalami gangguan dalam kognitif, emosional, persepsi serta gangguan dalam tingkah laku. Penderita gangguan jiwa skizofrenia akan mengalami gejala gangguan persepsi, seperti waham dan halusinasi (Kaplan & Sadock, 2007).

Skizofrenia dapat mempengaruhi pola pikir, emosional dan juga tingkah laku pada penderitanya. Hal ini dikarenakan pada bagian otak pasien skizofrenia terganggu, rangsangan yang dikirim mengalami gangguan sehingga tidak berhasil mencapai sambungan sel yang dituju (Videbeck, 2008).

2. Tipe-tipe Skizofrenia

Skizofrenia di dalam PPDGJ-III dapat dikelompokkan menjadi

beberapa subtype, menurut Kaplan & Sadock (2010) subtype tersebut antara lain:

a. Skizofrenia Paranoid

Jenis skizofrenia paranoid biasanya ditandai dengan adanya waham kejar (rasa menjadi korban atau seolah-olah dimata-matai atau waham kebesaran, halusinasi dan terkadang terdapat waham keagamaan yang berlebihan (focus waham agama), atau perilaku agresif dan bermusuhan.

b. Skizofrenia Terdisorganisasi atau Hebefrenik

Jenis skizofrenia tidak terorganisir biasanya ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkoherensi, asosiasi longgar, dan disorganisasi perilaku yang ekstrem.

c. Skizofrenia Katatonik

Jenis Skizofrenia katatonik biasanya ditandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan terlihat tanpa tujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulasi eksternal.

d. Skizofrenia Tak Tergolong

Jenis skizofrenia tidak dapat dibedakan biasanya ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau jenis lain) disertai gangguan pikiran, afek, dan perilaku.

e. Skizofrenia Residual

Jenis skizofrenia residual biasanya ditandai dengan setidaknya

satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar serta asosiasi longgar.

3. Gejala Skizofrenia

Menurut Stuart & Laraia (2005), gejala skizofrenia memiliki dua kategori yaitu:

- a. Gejala positif (gejala nyata) meliputi waham, halusinasi, dan gangguan perilaku aneh, gangguan pikiran bicara kacau, ekopraksia (peniruan gerakan orang lain yang diamati klien) asosiasi longgar (pikiran atau gagasan yang terpecah-pecah dan ambivalensi (mempertahankan keyakinan yang tampak kontradiktif tentang individu).
- b. Gejala negatif (gejala samar) seperti afek datar, avolisi (malas melakukan sesuatu, defisit perhatian, apatis, anhedonia (ketidakmampuan merasakan kesenangan yang normal), asosial, katatonia (imobilisasi karena faktor psikologis).

B. Keluarga

1. Pengertian Keluarga

Keluarga adalah dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah tangga karena adanya hubungan darah, perkawinan atau adopsi. Mereka saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, mempunyai peran masing-masing dan menciptakan serta mempertahankan budaya (Bailon & Maglaya, 1978).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dipersatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi sebagai

bagian dari keluarga (Friedman, 2013). Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling bergantung (Setiadi, 2014).

2. Tipe Keluarga

Menurut Sudiharto (2007), Tipe keluarga dapat dikelompokkan menjadi enam bagian antara lain:

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) terdiri dari suami, istri, dan anak-anak, baik karena kelahiran maupun adopsi.
- b. Keluarga besar (*extended family*) terdiri dari keluarga inti ditambah keluarga yang lain (hubungan darah) misalnya kakek, nenek, bibi, paman, sepupu, termasuk keluarga modern, seperti orang tua tunggal, keluarga tanpa anak, serta keluarga pasangan sejenis.
- c. Keluarga berantai (*social family*) keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali.
- d. Keluarga asal (*family of origin*) merupakan suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.
- e. Keluarga komposit (*composite family*) adalah keluarga dari perkawinan poligami dan hidup bersama.
- f. Keluarga tradisional dan nontradisional, dibedakan menurut ikatan perkawinan. Keluarga tradisional diikat oleh perkawinan. Sedangkan, keluarga non tradisional tidak diikat oleh perkawinan.

3. Struktur Keluarga

Menurut Setiadi (2006), Struktur keluarga ada bermacam-macam, diantaranya adalah:

- a. Patrinel. Patrinel adalah keluarga sedarah yang terdiri dari anak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.
- b. Matrinel. Matrinel adalah keluarga sedarah yang terdiri dari anak saudara sedarah dalam beberapa generasi, dimana hubungan ini disusun melalui jalur garis ibu.
- c. Patrilokal. Patrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami.
- d. Matrilokal. Matrilokal adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.
- e. Keluarga kawin. Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri.

4. Fungsi Keluarga

Menurut Friedman (2013), ada lima fungsi antara lain:

- a. Fungsi efektif

Fungsi efektif merupakan fungsi interna keluarga yang berbasis pada kekuatan keluarga. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri

yang positif, saling mengasuh dan menerima, cinta kasih, mendukung, menghargai sehingga kebutuhan psikososial keluarga terpenuhi.

b. Fungsi sosial

Keluarga merupakan tempat sosialisasi dimana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya, dan perilaku melalui hubungan interaksi.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi reproduksi berguna untuk menjaga kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan cara mendapatkan sumber-sumber untuk meningkatkan status kesehatan.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan meliputi tanggung jawab merawat anggota keluarga dengan penuh kasih sayang, identifikasi masalah kesehatan keluarga penggunaan sumber daya yang ada di masyarakat untuk mengatasi kesehatan keluarga.

C. Dukungan Keluarga

1. Pengertian Dukungan Keluarga

Dukungan Keluarga adalah sejauh mana keluarga memberikan informasi, nasehat, saran, serta umpan balik, sehingga anak dapat lebih mantap lagi dalam mengambil keputusan (Dariyo dkk, 2004).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga

terhadap anggotanya. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Friedman, 2008).

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Nadeak, 2010).

2. Macam-macam Dukungan Keluarga

Kaplan (2001), macam-macam dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan Informasional

Dukungan informasi keluarga merupakan suatu dukungan atau bantuan yang diberikan oleh keluarga dalam bentuk memberikan saran atau masukan, nasehat atau arahan dan memberikan informasi-informasi penting yang sangat dibutuhkan klien gangguan jiwa dalam upaya meningkatkan status kesehatannya (Bomar, 2004). Friedman (2013), menjelaskan bahwa dukungan informasi yang diberikan keluarga terhadap klien merupakan salah satu bentuk fungsi keperawatan kesehatan yang telah diterapkan keluarga terhadap klien. Fungsi perawatan kesehatan keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

b. Dukungan Penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan suatu dukungan dari keluarga dalam bentuk memberikan umpan balik dan penghargaan kepada klien

gangguan jiwa dengan menunjukkan respon positif, yaitu dorongan atau persetujuan dengan gagasan, ide atau perasaan seseorang (Bomar, 2004). Dukungan penghargaan merupakan dukungan keluarga terhadap anggota keluarga yang dapat meningkatkan status psikososial pada anggota keluarga. Klien gangguan jiwa akan mendapatkan pengakuan atas kemampuan dan keahliannya dengan diberikannya dukungan penghargaan dari keluarga (Friedman, 2013).

c. Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan bentuk atau jenis dukungan yang diberikan keluarga dalam bentuk perhatian, kasih sayang, dan empati (Bomar, 2004). Menurut Friedman (2013), dukungan emosional merupakan fungsi afektif keluarga yang harus diterapkan kepada seluruh anggota keluarganya termasuk klien gangguan jiwa.

d. Dukungan Instrumental

Dukungan instrumental keluarga merupakan salah satu dukungan atau bantuan penuh keluarga dalam bentuk bantuan tenaga, dana maupun meluangkan waktu untuk membantu, melayani dan mendengarkan klien gangguan jiwa dalam menyampaikan perasaannya (Bomar, 2004).

Dukungan instrumental ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata (*instrumental support material support*), suatu kondisi dimana benda atau jasa akan membantu memecahkan masalah praktis, termasuk di dalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi

atau meminjamkan uang, membantu pekerjaan sehari-hari, menyampaikan pesan, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit ataupun mengalami depresi yang dapat membantu memecahkan masalah. Dukungan nyata paling efektif bila dihargai oleh individu dan mengurangi depresi individu. Pada dukungan nyata keluarga sebagai sumber untuk mencapai tujuan praktis dan tujuan nyata (Friedman, 2010).

Dukungan ini berupa bantuan langsung seperti materi, tenaga dan sarana. Berisi tentang pemberian perhatian dan pelayanan dari orang lain. Manfaatnya adalah dapat mendukung pulihnya energi dan semangat yang menurun. Dampak diberikannya dukungan instrumental individu akan merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian terhadap kesusahan yang dialami (Susanti & Sulistyarini, 2013).

D. Dukungan Instrumental Keluarga

Menurut Friedman (2013) Aspek-aspek dukungan instrumental keluarga antara lain:

1. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi meliputi tersedianya sumber-sumber dari keluarga secara cukup finansial, ruang gerak, materi, dan pengalokasian sumber-sumber tersebut yang sesuai, melalui proses pengambilan keputusan. Kemampuan keluarga untuk mengalokasikan sumber-sumber secara pantas untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti: sandang, pangan, papan, dan keperawatan kesehatan yang memadai.

a. Status ekonomi

Status ekonomi merupakan sebuah komponen kelas sosial, mengacu pada tingkat pendapatan keluarga dan sumber pendapatan. Pendapatan yang mencukupi kebutuhan-kebutuhan sebuah keluarga umumnya berasal dari pekerjaan anggota keluarga dan sumber-sumber pribadi seperti pensiun dan bantuan-bantuan (nonpublik), sementara penghasilan yang sebagian berasal dari bantuan-bantuan umum atau pengangguran umumnya bersifat marginal, tidak stabil, benar-benar tidak memadai. Keluarga yang berfungsi secara tidak adekuat dalam bidang ini menunjukkan karakteristik ini:

- 1) Penghasilan seluruhnya berasal dari bantuan umum karena kaum keluarga dalam keluarga gagal atau tidak mampu bekerja.
- 2) Penghasilan yang berasal dari bantuan kesejahteraan dengan cara curang
- 3) Jumlah penghasilan yang terlalu rendah atau tidak cukup sehingga kebutuhan pokok tidak terpenuhi.

Salah satu fungsi dasar keluarga adalah tersedianya dukungan ekonomi yang memadai dan pengalokasian sumber-sumber. Dari sebab itu tidak hanya tingkat pendapatan yang diperhitungkan tapi juga berbagai pengeluaran atau pembelanjaan, berpusat pada pengalokasian sumber-sumber.

b. Kelas sosial keluarga

Kelas sosial, status sosial, status sosial ekonomi merupakan istilah lazim yang digunakan secara bergantian. Kelas sosial tidak hanya berhubungan dengan tingkat pendidikan, status kedudukan, dan penghasilan, tapi juga ada saling pengaruh yang rumit dari variabel-variabel ini. Orang yang kondisi dasar kehidupannya yang berbeda, berdasarkan pengalaman dan keterbukaan mereka yang beragam, mereka melihat dunia secara berbeda-beda dan membuat konsepsi-konsepsi realita sosial dan juga aspirasi-aspirasi, cemas, dan nilai-nilai yang berbeda-beda (Friedman, 2013). Menurut Friedman (2013), terdapat enam kelas keluarga yang berbeda sebagai berikut:

1) Keluarga kelas atas

Keluarga kelas atas yang telah terbentuk dan anggota-anggotanya dilahirkan dalam kekayaan dan dilindungi dari keterbukaan sosial yang melibatkan kelas-kelas sosial yang lain. Kelas atas sangat terlindung dalam kebudayaan sendiri, dan juga dalam suatu ikatan keluarga besar dan sistem persaudaraan *patriarch* (sistem di mana ayah sebagai kepala keluarga).

2) Keluarga kelas atas-bawah baru

Keluarga kelas atas-bawah baru adalah orang kaya baru kekurangan jaminan finansial yang disediakan oleh kelompok yang punya tali persaudaraan dalam keluarga kelas atas. Anggota mampu hidup dalam suatu gaya hidup yang menggambarkan gaya hidup kelas

atas yang mapan, namun mereka kurang memiliki sejarah yang panjang tentang prestise, kekuasaan, dan riwayat keluarga.

3) Keluarga kelas menengah

Kelas menengah dipandang dominan baik dari segi jumlah maupun sosial, dalam pengertian bahwa mereka yang mampu menyebarkan pandangan-pandangan mereka tentang perilaku yang benar, pantas, dan diharapkan. Kelas ini terdiri dari kaum professional dalam bidang hukum, akuntan, dokter, bisnisan tingkat tinggi seperti manajemen kelas menengah di perusahaan-perusahaan, pengusaha-pengusaha yang berhasil, para professional dalam bidang pelayanan, khususnya pada tingkat universitas, pekerja dalam bidang kesehatan mental, para administrator dalam bidang pelayanan sosial dan organisasi pemerintahan.

4) Keluarga kelas menengah-bawah

Kelas menengah-bawah terdiri dari usahawan-usahawan kecil, pekerja kerah putih tingkat rendah, fungsionaris birokrasi dan tenaga penjualan. Kelas ini mewakili beraneka ragam latar belakang kebangsaan etnis. Seperti kelas di atas mereka, keluarga ini relatif stabil meskipun ada masalah-masalah menyangkut ekonomi dan pendidikan anak.

5) Keluarga kelas pekerja

Keluarga kelas pekerja ini adalah keluarga-keluarga kerah putih atau kelas pekerja, umumnya datang dari latar belakang

pedesaan. Keluarga pindah ke kota, karena kemajuan teknologi dan dibutuhkannya tenaga-tenaga ketrampilan. Kaum dari keluarga kelas pekerja dan kerah biru terdiri dari pekerja-pekerja terampil, pekerja semi terampil di pabrik-pabrik, pekerja pelayan, bahkan sejumlah pedagang kecil yang mempunyai pekerjaan tetap, meskipun seringkali mereka tidak dibayar dengan baik.

6) Keluarga kelas bawah

Keluarga kelas bawah adalah keluarga yang berada pada garis kemiskinan, meskipun tingkat kemiskinan tersebut beranekaragam. Akan tetapi, umumnya karakteristik sosial yang umum dari kelas bawah termasuk berikut ini: Pendidikan formal 8 tahun atau kurang, pekerjaan pria hampir selalu membutuhkan tenaga terampil atau non terampil. Pola kerja bersifat sporadis, dengan masa menganggur yang lama. Juga terdapat kemungkinan besar wanita bekerja dalam suatu pekerjaan yang tidak membutuhkan keterampilan atau pekerjaan meyangkut servis. Karena pengangguran dan kurangnya lapangan-lapangan pekerjaan serta rendahnya gaji, keluarga-keluarga kelas bawah membuat daftar yang besar pada daftar nama bantuan publik. Jika mereka tinggal di kota, tempat tinggal mereka adalah daerah-daerah kumuh, biasanya dirumah-rumah tua, bobrok, bangunan-bangunan diubah menjadi apartemen-apartemen kecil.

c. Mobilitas sosial ekonomi

Mobilitas ini mengacu kepada mobilitas vertikal dan ke bawah melewati strata kelas sosial karena perubahan ke manapun menyebabkan stres besar, seperti mengidentifikasi perubahan-perubahan posisi, status, atau prestise, apakah positif atau negatif ketika timbul stres. Mobilitas ke atas sangat diinginkan oleh kebanyakan orang, karena mendatangkan pengakuan dan prestise sosial baru, namun bisa jadi menyebabkan penolakan sosial dan isolasi sosial. Keterikatan keluarga besar akan sangat mungkin menurun. Di samping itu, rendahnya tingkat partisipasi keluarga umumnya ditemukan pada keluarga yang mengalami mobilitas ke atas. Hubungan interpersonal dan tingkat kesenangan pribadi pun diterima.

d. Jaringan kerja sosial keluarga dan dukungan sosial

Di dalam jaringan kerja sosial sebuah keluarga ada teman-teman, asosiasi kerja, tetangga, dan jaringan kerja komunitas (gereja, kelompok-kelompok komunitas, dan lembaga-lembaga), jaringan kerja profesional (termasuk mereka yang memberikan perawatan kesehatan dan kaum profesional lainnya), kelompok-kelompok mandiri saudara-saudari kandung atau dari keluarga besar.

Dukungan sosial ini berfokus pada interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individual, kemudian dukungan sosial memasukkan juga evaluasi individual/keluarga, apakah interaksi/hubungan bermanfaat dan sejauh

mana manfaatnya. Perbedaan antara dukungan sosial dengan jaringan kerja sosial adalah jaringan kerja sosial didefinisikan sebagai struktur dari hubungan, sedangkan dukungan sosial adalah fungsi dari hubungan.

Keluarga perlu memiliki dukungan sosial untuk mencegah agar tidak masuk dalam krisis jika tuntutan-tuntutan terhadap keluarga meningkat. Apabila keluarga benar menghadapi kejadian-kejadian dan transisi dalam hidup yang sifatnya menentang keterampilan coping mereka, maka dukungan sosial dapat dikerahkan dengan berbagai cara:

- 1) Dengan memperbaiki kualitas dukungan yang diterima oleh jaringan sosial keluarga.
- 2) Dengan menempatkan kembali mereka dalam suatu jaringan kerja sosial yang bersifat responsif terhadap kebutuhan-kebutuhan mereka atau mengorientasikan mereka kembali pada sektor jaringan kerja mereka, yang didalamnya terdapat lebih banyak sumber-sumber psikososial yang pantas.
- 3) Dengan memelihara afiliasi di kalangan orang-orang menghadapi keadaan penuh stres yang sama.

2. Fungsi perawatan kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan ini adalah fungsi keluarga yang memerlukan penyediaan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makanan, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga mempunyai tanggung jawab untuk

memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para professional perawatan kesehatan.

E. Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan instrumental

Menurut Hiebec *et al.*, (2009) dalam Handayani (2012), mengatakan faktor yang mempengaruhi dukungan instrumental adalah faktor sosio ekonomi dan budaya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang, maka ia akan lebih cepat tanggap terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh dirinya dan keluarganya, sedangkan budaya sangat mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi (Purnawan, 2008).

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

1. Keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya, karena lingkungan merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan nilai, keyakinan, sikap dan perilaku.
2. Keluarga dipandang sebagai suatu sistem maka gangguan yang terjadi pada salah satu anggota keluarga dapat mempengaruhi seluruh sistem. Sebaliknya disfungsi keluarga dapat pula merupakan salah satu penyebab terjadinya gangguan pada anggota.
3. Berbagai pelayanan kesehatan jiwa bukan tempat klien seumur hidup tetapi hanya fasilitas yang membantu klien dan keluarga mengembangkan

kemampuan dalam mencegah terjadinya masalah dan mempertahankan keadaan adaptif.

4. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu menangani perilaku klien di rumah.

Keempat pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga memiliki peranan yang penting dalam timbulnya gangguan jiwa dan proses penyesuaian kembali setiap klien, oleh karena itu peran serta keluarga dalam proses pemulihan pada klien skizofrenia sangat diperlukan.

F. Beban Keluarga

1. Definisi Beban Keluarga

Beban keluarga adalah beban yang dialami oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (Wilson & Kneisl, 1998). Beban keluarga merupakan dampak emosional yang dirasakan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sedang sakit, ditambah minimnya informasi tentang penyakitnya sehingga dapat mempengaruhi perilaku keluarga terhadap anggota keluarga yang sedang sakit. Beban dan penderitaan keluarga serta ketidaktahuan dalam merawat anggota keluarga akan melahirkan sikap emosional dan kritis, jauh dari sikap hangat yang dibutuhkan oleh penderita sehingga proses penyembuhan menjadi lama (Stuart & Laraia, 2005).

2. Jenis-jenis Beban Keluarga

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

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

Sedangkan menurut WHO (2008), mengkategorikan beban keluarga dibagi ke dalam dua jenis yaitu:

- a. Beban obyektif, merupakan yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarga, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik anggota keluarganya.

- b. Beban subyektif, merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikolog anggota keluarga meliputi perasaan kehilangan, kesedihan, kecemasan, dan malu dalam situasi sosial, koping, stress terhadap perilaku dan frustrasi yang disebabkan karena perubahan hubungan.

Berdasarkan kedua pendapat diatas mengenai beban keluarga, maka penelitian ini akan mengukur beban keluarga yang terdiri dari beban obyektif dan beban subyektif.

G. Faktor-faktor yang mempengaruhi beban

1. Perjalanan penyakit

Penderita skizofrenia sering mengalami ketidakmampuan seperti merawat diri, berinteraksi sosial, sehingga sangat bergantung kepada keluarga yang akan menjadi beban baik subyektif maupun obyektif (Kaplan & Sadock, 2000). Gejala positif dan negatif klien skizofrenia berperan dalam beban caregiver, semakin tinggi skor sindrom positif dan negatif skizofrenia maka semakin berat beban yang dirasakan (Siregar, Arijanto, & Wati 2008).

2. Stigma

Pada kehidupan masyarakat, skizofrenia masih dianggap sebagai penyakit yang memalukan dan merupakan aib bagi keluarga dan sering dianggap sebagai ancaman yang mengganggu keamanan sekitarnya. Keadaan ini, menyebabkan keluarga dikucilkan dan mengalami isolasi sosial dari masyarakat. Hal ini, menjadi beban bagi keluarga baik beban subyektif atau beban obyektif.

Menurut Sane Research (2009) stigma adalah suatu usaha untuk label tertentu sebagai kelompok yang kurang patut dihormati daripada yang lain. Stigma masih tersebar luas di Australia. Australia menghabiskan sekitar 8% dari anggaran kesehatan pada pelayanan kesehatan mental, di Negara-negara OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) sebanding, proporsi adalah 12% atau lebih, kekurangan ini memiliki efek drastis pada kapasitas layanan.

Keadaan di Indonesia tidak jauh berbeda dengan di Australia. Orang yang mengalami gangguan jiwa diperlakukan dengan cara yang tidak pantas. Kalau kita melihat pelayanan kesehatan di Indonesia, bahwa bangsal-bangsal yang ada di Rumah sakit umum banyak yang belum ada bangsal jiwanya hal ini menunjukkan bukan hanya masyarakat awam saja yang sadar melakukan stigmasisasi terhadap penderita gangguan jiwa.

Menurut Hawari (2009) stigma merupakan sikap keluarga dan masyarakat yang menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi anggota keluarganya. Selama bertahun-tahun banyak bentuk diskriminasi di dalam masyarakat. Penyakit mental masih menganggap kesalahpahaman, prasangka, kebingungan, ketakutan ditengah-tengah masyarakat.

3. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan khususnya kesehatan mental merupakan sarana yang penting dalam melakukan perawatan terhadap skizofrenia. Kemudahan keluarga untuk membawa klien ke pelayanan kesehatan akan mengurangi

beban keluarga dalam merawat, begitu juga sebaliknya, jika pelayanan kesehatan khususnya mental tidak tersedia atau sulit dijangkau akan menyebabkan keadaan klien lebih buruk yang akan menjadi beban bagi keluarga yang merawat (Thonicraft & Samukler, 2001).

4. Pengetahuan terhadap penyakit

Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia dan cara perawatannya sangat mempengaruhi proses pikir keluarga. Keluarga yang memiliki pengetahuan yang baik akan meringankan beban keluarga (Wicaksana, 2007).

e. Ekspresi emosi

Ekspresi emosi adalah keadaan individu yang terbuka dan sadar akan perasaannya dan dapat berpartisipasi dengan dunia eksternal dan internal (Keliat, 2000). Beberapa penelitian menemukan bahwa ekspresi emosi keluarga yang tinggi rata-rata memiliki beban yang tinggi jika dibandingkan dengan keluarga yang memiliki ekspresi emosi yang rendah. Emosi keluarga berkaitan dengan pengetahuan menyebabkan emosi tinggi karena merasa terbebani dengan perilaku klien. Tingginya angka kekambuhan tersebut akan meningkatkan ketidakmampuan penderita yang menyebabkan beban bagi keluarga (Anggianda, 2006).

f. Ekonomi

Faktor ekonomi merupakan salah satu faktor yang paling penting dalam penilaian beban keluarga. Perawatan klien skizofrenia membutuhkan waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang banyak. Penelitian

Gururaj, Bada, Reddy dan Chandrashkar (2008) menemukan bahwa dari enam dimensi beban keluarga dengan skizofrenia, skor finansial memiliki rata-rata yang paling tinggi. Oleh karena itu, apabila keluarga tidak memiliki sumber dana yang cukup atau jaminan kesehatan, maka hal ini akan menjadi beban yang berat bagi keluarga.

H. Hipotesis Penelitian

Ho: Tidak ada hubungan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

Ha: Ada hubungan antara dukungan instrumental dengan beban keluarga pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian korelasi *non eksperimental* dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Penelitian korelasional mengkaji hubungan antara variabel, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, dan menguji berdasarkan teori yang ada (Nursalam, 2007). Rancangan penelitian *cross sectional* merupakan pengumpulan data variabel sebab atau risiko dan variabel akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian dengan diukur atau dikumpulkan secara simultan atau dalam waktu bersamaan (Notoatmodjo, 2012).

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah subyek yang memenuhi kriteria yang ditetapkan (Nursalam, 2013). Populasi dari penelitian ini adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia yang berkunjung ke poli klinik keperawatan jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY. Jumlah populasi pada penelitian ini dilihat dari jumlah kunjungan pasien skizofrenia dalam satu bulan yaitu pada bulan Oktober 2015 berjumlah 1.012 pasien yang didampingi keluarga.

2. Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2013). Teknik

sampling yang digunakan adalah dengan *Accidental sampling* atau *Convenience sampling*. Pengambilan sampel secara aksidental (*accidental*) ini dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian (Notoatmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini adalah keluarga yang mendampingi anggota keluarga dengan skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

Rumus besar sampel dalam penelitian ini berdasarkan rumus besar sampel yang ukuran populasinya sudah diketahui dengan pasti, yaitu menggunakan rumus *Slovin* (Nursalam, 2013). Rumus *Slovin* untuk keluarga pasien Skizofrenia :

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

$$n = \frac{1.012}{1 + 1.012 (0,1)^2}$$

$$n = \frac{1.012}{11,12}$$

$$= 91 \text{ orang}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikansi (kesalahan yang bisa ditolerir) (0,1%).

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 91 orang responden.

Adapun responden yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa dengan diagnosa medis skizofrenia.
- 2) Terlibat dalam perawatan klien sehari-hari (*caregiver*), dan tinggal satu rumah.
- 3) Bisa membaca dan menulis

b. Kriteria eksklusi

- 1) Tidak bersedia menjadi responden

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2016.

D. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel

Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoadmodjo, 2012). Berdasarkan hubungan fungsional atau perannya variabel dibedakan menjadi tiga, yaitu:

a. Variabel bebas (*independent*)

Variabel bebas adalah variabel yang nilainya menentukan variabel yang lain (Nursalam, 2013). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan instrumental keluarga.

b. Variabel terikat (*dependent*)

Variabel terikat adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2013). Variabel terikat dalam penelitian ini berupa beban pada anggota keluarga skizofrenia.

c. Variabel pengganggu (*confounding*)

Variabel pengganggu adalah variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Notoadmodjo, 2012).

Variabel pengganggu dalam penelitian ini adalah :

1) Sosioekonomi

Sosioekonomi keluarga tidak bisa dikendalikan karena tidak semua keluarga mempunyai ekonomi yang cukup dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, maka variabel ini diabaikan.

2) Budaya

Budaya keluarga tidak bisa dikendalikan karena setiap daerah mempunyai budaya berbeda-beda, maka variabel ini diabaikan.

3) Perjalanan Penyakit

Perjalanan penyakit keluarga tidak bisa dikendalikan karena

tidak semua keluarga mempunyai perjalanan penyakit yang sama, maka variabel ini diabaikan.

4) Stigma

Stigma keluarga tidak bisa dikendalikan karena tidak semua orang mempunyai pikiran atau anggapan yang sama dalam merespon suatu hal, maka variabel ini diabaikan.

5) Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan keluarga tidak bisa dikendalikan karena tidak semua keluarga dapat membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan mental, maka variabel ini diabaikan.

6) Pengetahuan terhadap penyakit

Pengetahuan terhadap penyakit keluarga tidak bisa dikendalikan karena tidak semua keluarga mempunyai pengetahuan yang sama, maka variabel ini diabaikan.

7) Ekspresi emosi

Ekspresi emosi keluarga tidak bisa dikendalikan karena tidak semua keluarga memberikan ekspresi yang baik kepada anggota keluarga yang sakit, maka variabel ini diabaikan.

2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoadmodjo, 2012).

Tabel 2 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil	Skala
Independent: Dukungan instrumental keluarga	Dukungan yang diberikan keluarga untuk pasien skizofrenia meliputi: fungsi ekonomi, fungsi perawatan keluarga dan pentingnya peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa.	Kuesioner 32 item	1. Dukungan instrumental rendah (<71,68) 2. Dukungan instrumental sedang (71,68-97,27) 3. Dukungan instrumental tinggi (97,28-128) (Notoatmodjo, 2010).	Ordinal
Dependent: Beban keluarga	Beban yang dirasakan keluarga sebagai efek dari keadaan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia meliputi: beban subyektif dan obyektif.	Kuesioner 16 item	1. Beban keluarga rendah (<35,84) 2. Beban keluarga sedang (35,84-48,63) 3. Beban keluarga tinggi (48,64-64) (Notoatmodjo, 2010).	Ordinal

E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner adalah suatu cara pengumpulan data dengan menggunakan pertanyaan untuk mendapatkan informasi, tanggapan, dan jawaban (Notoatmodjo, 2012).

1. Kuesioner dukungan instrumental

Instrument dukungan instrumental keluarga dimodifikasi dari penelitian Prasti (2015), yang berjumlah 11 item dan ditambahkan 21 item jadi total pernyataan ada 32 item. Meliputi fungsi ekonomi dan fungsi perawatan keluarga dan teori dari Keliat (1996), pentingnya peran serta

keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa. Bentuk pernyataan adalah tertutup atau dimana kemungkinan jawabannya sudah ditentukan terlebih dahulu dan responden tidak diberikan kesempatan memberikan jawaban lainnya (Sangarimbun & Effendi, 2006). Diukur menggunakan skala likert yaitu: Selalu (SL)= 4, Sering (SR)= 3, Kadang-kadang (KD)= 2, dan Tidak Pernah (TP)= 1 untuk pertanyaan positif, dan Selalu (SL)= 1, Sering (SR)= 2, Kadang-kadang (KD)= 3, dan Tidak Pernah (TP)= 4 untuk pertanyaan negatif.

Dukungan instrumental rendah apabila total skor jawaannya <71,68 dukungan instrumental sedang apabila total skor jawabannya 71,68-97,27 dukungan instrumental tinggi apabila total skor jawabannya 97,28-128.

Tabel 3 kisi-kisi Instrumen Dukungan Instrumental Keluarga

No.	Dukungan Instrumental Keluarga	Favourable	Unfavourable	Jumlah
1.	Fungsi Ekonomi	1,7,8,9,10,	6, 11,	7
2.	Fungsi Perawatan Keluarga	2,4,13,15,16,	3, 5,	7
3.	Pentingnya Peran Keluarga Dalam Merawat Klien Gangguan Jiwa	12,14, 23, 24,25, 26,27,28, 29,30, 31, 32	17,18,19, 20, 21,22,	18
	Jumlah	22	10	32

2. Kuesioner beban keluarga skizofrenia

Kuesioner beban keluarga ini diadopsi dari Andesma (2014). Kuesioner beban keluarga ini berdasarkan pengembangan teori Mohr (2006) dan WHO (2008). Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui seberapa besar beban keluarga dengan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Jenis kuesioner yang digunakan bersifat tertutup, yaitu

responden memilih jawaban yang sudah disediakan. Jumlah pernyataan terdiri dari 16 item, yang disusun dalam empat jawaban yaitu selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Penilaian diberikan skor 1-4 kuesioner diolah berdasarkan jawaban yang diberikan responden menggunakan skala *likert*, yaitu pada pernyataan *favourable* bila menjawab selalu diberi skor 4, sering diberi skor 3, jarang diberi skor 2, dan tidak pernah diberi skor 1. Sedangkan pada pernyataan *unfavourable* bila menjawab selalu diberi skor 1, sering diberi skor 2, jarang diberi skor 3, dan tidak pernah diberi skor 4. Setelah jawaban tersebut diolah kemudian dikelompokkan menjadi:

Beban keluarga rendah apabila total skor jawabannya <35,84
 Beban keluarga sedang apabila total skor jawabannya 35,84-48,63
 Beban keluarga tinggi apabila total skor jawabannya 48,64-64.

Tabel 4 Kisi-Kisi Instrumen Beban Keluarga

Aspek	Pernyataan		Jumlah
	Favourable	Unfavourable	
Beban Obyektif			
-Finansial	10	16	2
-Proses Pengobatan	6	11	2
-Makanan	-	2	1
-Tempat tinggal	15	-	1
Beban Subyektif			
-Sedih	5,9	14	3
-Anietas masa depan	8	-	1
-Kesal	13	-	1
-Bosan	3	4	2
-Malu	1	12	2
-Merasa bersalah	7	-	1
Jumlah	10	6	16

F. Cara Pengumpulan Data

1. Jenis Data yang Dikumpulkan

a. Data Primer

Jenis data yang diambil langsung dari responden dengan menggunakan metode angket atau kuesioner. Metode angket atau kuesioner ini adalah pengumpulan data melalui pengajuan beberapa item pernyataan tertulis kepada subjek penelitian dan jawabannya diberikan secara tertulis.

b. Data Sekunder

yang didapatkan dari pihak lain dan data tersebut sudah ada. Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dari bagian akademik berupa data lengkap dari responden

2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner, responden diminta untuk mengisi kuesioner yang telah disiapkan oleh peneliti, dan responden diberitahukan tentang cara pengisian kuesioner yang benar.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas dari instrument dukungan instrumental keluarga pada penelitian ini menggunakan *Content Validity Index* (CVI) dan diujikan kepada 3 pakar keperawatan jiwa sesuai dengan standar minimal pakar dalam melakukan CVI untuk mengetahui apakah instrument penelitian peneliti valid atau tidak untuk digunakan pada responden dengan hasil 0,78-1 untuk

item pertanyaan dinyatakan valid (Xue, 2012).

Akumulasi skor CVI :

$$n = \frac{\text{Skor yang diberikan}}{\text{Skor tertinggi}}$$

$$\text{CVI} = \frac{N1 + N2 + N3}{3}$$

Keterangan:

n = skor per item

N = rata-rata skor tiap penguji

Hasil Akumulasi skor CVI

$$\text{CVI} = \frac{N1 + N2 + N3}{3}$$

$$\text{CVI} = \frac{0,98 + 0,90 + 0,91}{3}$$

$$\text{CVI} = 0,93$$

Berdasarkan hasil Uji Validitas dan Reliabilitas CVI, seluruh item pernyataan kuesioner Dukungan Instrumental Keluarga dinyatakan valid dan reliabel untuk digunakan sebagai kuesioner penelitian.

Uji validitas pada kuesioner beban keluarga didapatkan hasil 0,444. Uji reliabilitas yang telah dilakukan pada kuesioner beban keluarga menunjukkan hasil alpha cronbach 0,920. Artinya kuesioner tersebut reliabilitas tinggi karena nilai alpha cronbach melebihi angka kritik dan mendekati nilai 1 (0,06) (Andesma, 2014).

H. Pengolahan dan Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan setelah data terkumpul seluruhnya, langkah-langkah dalam rencana pengolahan data meliputi:

a. *Editing*

Peneliti memeriksa kembali data-data yang diperoleh, kelengkapan data dari kuesioner yang diberikan kepada responden.

b. *Coding*

Peneliti memberikan kode-kode pada setiap data yang termasuk dalam kategori yang sama. Kode adalah isyarat yang dibuat dalam bentuk angka-angka atau huruf-huruf yang memberikan identitas atau petunjuk pada suatu informasi atau data yang dianalisis. Data yang diberi kode adalah kuesioner data demografi responden yaitu Jenis kelamin: laki-laki diberi kode 1, perempuan dengan kode 2. Pekerjaan: PNS dengan kode 1, swasta kode 2, petani dengan kode 3, buruh dengan kode 4, pensiunan dengan kode 5, tidak bekerja dengan kode 6. Pendidikan terakhir: tidak sekolah dengan kode 1, tidak tamat SD dengan kode 2, SD dengan kode 3, SMP dengan kode 4, SMU dengan kode 5, perguruan tinggi D3/S1 dengan kode 6. Hubungan dengan klien: ayah/ibu dengan kode 1, suami/istri dengan kode 2, kakak/adik dengan kode 3, anak dengan kode 4, lainnya kode 5. Dukungan instrumental dan beban, tinggi dengan kode 1, sedang dengan kode 2, dan rendah dengan kode 3.

c. *Scoring*

Peneliti memberikan skor 1-4 pada kuesioner dukungan instrumental dan beban keluarga. Kemudian diolah berdasarkan jawaban yang diberikan responden menggunakan skala *likert*, yaitu pada pernyataan *favourable* bila menjawab selalu diberi skor 4, sering diberi

skor 3, jarang diberi skor 2, dan tidak pernah diberi skor 1. Sedangkan pada pernyataan *unfavourable* bila menjawab selalu diberi skor 1, sering diberi skor 2, jarang diberi skor 3, dan tidak pernah diberi skor 4.

d. *Tabulating*

Peneliti mengkodekan dan mengelompokkan data sesuai dengan data variabel yang diteliti.

e. *Processing*

Peneliti melakukan pengolahan dan memproses data dengan memasukan data dari kuesioner ke alat program komputer, seperti paket program SPSS.

2. Analisa data

a. *Analisa Univariat* (Analisis deskriptif)

Analisis Univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian ini yaitu karakteristik dari responden penelitian meliputi pendidikan terakhir, jenis kelamin, pekerjaan, hubungan dengan klien, menggunakan distribusi frekuensi dan persentase sedangkan usia menggunakan mean, median, dan standar defiasi.

b. *Analisis Bivariate*

Analisa bivariat merupakan analisis yang dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan menggunakan uji statistik yaitu uji korelasi non

parametrik *rank spearman*, syaratnya sebagai berikut :

Dikatakan ada hubungan (signifikan) apabila $p < 0,05$. Hipotesis nol (H_0) diterima apabila nilai $p > 0,05$. Dikatakan hipotesis menerima H_a apabila nilai $< 0,05$ (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini, yang menggunakan analisis bivariat merupakan variabel bebas yaitu dukungan instrumental keluarga. Selain itu ada variabel terikat yaitu beban keluarga.

I. Etika Penelitian

Kode etik penelitian ini adalah suatu pedoman etika yang berlaku setiap kegiatan penelitian yang melibatkan antar pihak peneliti, pihak yang diteliti (subjek penelitian) dan masyarakat yang akan memperoleh dampak hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini telah mendapatkan *ethical clearance* dari Komisi Etik Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY dengan nomor: 074/EP-FKIK-UMY/III/2016. Etika penelitian ini antara lain:

1. Informed Consent

Sebelum mengisi kuesioner, peneliti memberikan lembar penjelasan penelitian dan *informed consent* yang merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan informan penelitian. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika informan bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika informan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak informan.

2. *Anomity* (Tanpa Nama)

Peneliti memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan tidak memberikan atau mencatumkan nama informan pada lembar alat ukur.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Hasil penelitian ini hanya diketahui oleh peneliti, dosen pembimbing, dan dosen penguji.

J. Jalannya Penelitian

Penelitian dimulai minggu pertama bulan Mei sampai minggu ketiga bulan Mei 2016, pada pukul 09.00-12.00 WIB di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia. Jalannya penelitian ini dijabarkan menjadi tiga tahap yaitu :

Tahap persiapan, tahap pelaksana, dan tahap pengolahan data. Tahap persiapan dalam penelitian ini yaitu meminta *ethical clearance*. Peneliti meminta surat pengantar penelitian yang akan ditujukan ke Biro Administrasi dan Pembangunan Setda DIY kemudian mengajukan ijin ke Direktur RSJ Grhasia DIY dengan dilampiri surat permohonan ijin dari kampus dan surat ijin penelitian dari Setda DIY (Biro Administrasi dan Pembangunan).

Tahap kedua adalah tahap pelaksanaan, penelitian ini berlangsung selama 3 minggu dibantu oleh seorang asisten penelitian. Penelitian ini diawali dengan pengambilan data yaitu membaca status klien di rekam medis untuk mengetahui mana klien yang memiliki diagnosa skizofrenia. Sebelumnya peneliti sudah menerima surat pernyataan kerahasiaan dan lembar monitoring akses rekam medis pasien dari diklat. Peneliti selanjutnya melakukan pemberian kuesioner berupa data demografi, kuesioner dukungan instrumental dan kuesioner beban keluarga kepada responden penelitian guna mendapatkan data yang berhubungan dengan kriteria inklusi sebelumnya peneliti sudah mencatat nama-nama klien yang terdiagnosa skizofrenia distatus yang ada di rekam medis.

Tahap berikutnya adalah peneliti menanyakan ke semua klien yang sedang berobat di Poli Klinik RSJ Grhasia dan setelah bertemu dengan klien yang sudah terdaftar namanya, selanjutnya peneliti melakukan orientasi pendekatan yang bijak dan tidak memaksa dengan memberikan penjelasan mengenai penelitian untuk meminta persetujuan (*informed consent*) sebagai responden penelitian. Apabila responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden. Responden yang setuju berpartisipasi dalam penelitian mempunyai hak untuk mengaharapkan bahwa informasi yang dikumpulkan dari atau tentang mereka tetap bersifat pribadi. Hal ini menjadi tanggung jawab peneliti untuk menjamin kerahasiaan data yang

diperoleh yaitu dengan menggunakan data hanya untuk kepentingan penelitian dan tidak menyebar data yang diperoleh pada individu lain. Setelah pengisian kuesioner selesai, peneliti memeriksa kembali kuesioner, apakah terisi secara keseluruhan atau hanya terisi sebagian. Jika masih ada yang kurang, responden diminta untuk melengkapi kuesioner yang belum terisi. Setelah semua data yang diperlukan untuk penelitian terkumpul, selanjutnya dilakukan analisa data yaitu memasukkan data ke dalam tabel. Pembuatan tabulasi dan pengolahan data menggunakan program SPSS.

Selama penelitian ada 7 responden yang termasuk ke dalam kriteria inklusi peneliti, tetapi mereka menolak untuk mengisi kuesioner dikarenakan mereka merasa bosan untuk mengisi kuesioner karena setiap rawat jalan mereka selalu dimintai untuk menjadi responden penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah Rumah Sakit Jiwa yang berada di Jln. Kaliurang Km 17, Pakem, Sleman, Yogyakarta, berada di sebelah utara dari Ibukota Kabupaten Sleman kota Yogyakarta. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta merupakan Lembaga Teknis Daerah (LTD) milik Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan bertanggung jawab langsung kepada Kepala Daerah melalui Sekretaris Daerah Provinsi Istimewa Yogyakarta. Tanggal 30 Oktober 2003 melalui SK Gubernur Provinsi DIY No. 142 Tahun 2003 tentang perubahan nama dan logo Rumah Sakit dengan tugas pokok dan fungsi yang tetap akhirnya Rumah Sakit ini berganti nama menjadi Rumah Sakit Jiwa Grhasia DIY.

Rumah Sakit Jiwa Grhasia memiliki visi dan misi strategis RS Jiwa Grhasia adalah "Menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa dan NAPZA Paripurna yang Berkualitas dan Beretika". Misi RSJ Grhasia adalah sebagai berikut: Mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dan NAPZA paripurna, Mewujudkan Rumah Sakit sebagai pusat pembelajaran, Penelitian dan pengembangan kesehatan jiwa dan NAPZA, Mewujudkan pelayanan yang berkualitas dan menjamin keselamatan pasien, Mewujudkan pelayanan yang beretika dan

mencerminkan budaya masyarakat DIY.

Salah satu pelayanan yang disediakan oleh Rumah Sakit Jiwa Grhasia adalah adanya Poli Klinik Jiwa. Di Poli Klinik Jiwa menyediakan untuk melayani pasien rawat jalan dengan gangguan jiwa, gangguan psikologis, ataupun untuk melayani orang yang membutuhkan surat keterangan kesehatan jiwa dan bebas narkoba Terdapat 8 perawat yang bertugas di Poli Klinik Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY. Pelayanan yang diberikan di Poli Klinik Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY antara lain adalah pemeriksaan kepada pasien gangguan jiwa yang sedang melakukan perawatan rutin. Pemeriksaan kondisi pasien dilakukan oleh dokter, pasien akan mendapatkan perawatan atau pendidikan kesehatan jiwa yang dilakukan oleh perawat di Poli Klinik Keperawatan Jiwa untuk keluarga dan pasien tentang obat-obatan yang dikonsumsi oleh pasien, evaluasi tentang kondisi pasien selama di rumah, dan juga pengetahuan tentang gangguan jiwa.

Kegiatan lain yang dilakukan RSJ Grhasia Yogyakarta yang berkaitan dengan keluarga pasien adalah *family gathering* atau pertemuan keluarga. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Provinsi DIY bekerjasama dengan Keswamas dalam mengadakan program *family gathering* dengan jumlah 30 orang, guna meningkatkan kepedulian, peran serta, dan kerjasama antar pihak RSJ Grhasia, kegiatan tersebut dilakukan maksimal 3 bulan sekali, selain *family gathering* RSJ

Grhasia melakukan penyuluhan kesehatan yang diadakan di depan Poli, penyuluhan kesehatan ini dilakukan biasanya ketika mendampingi mahasiswa (Data Keswamas).

2. Hasil Analisis Univariat

Analisa *univariat* dilakukan untuk menganalisis karakteristik responden dan masing-masing variabel penelitian menggunakan analisis deskriptif. Penelitian ini terdiri dari dua variabel yaitu dukungan instrumental keluarga dengan beban keluarga. Hasil analisis *univariat* variabel penelitian adalah sebagai berikut.

a. Karakteristik Responden

Diketahui karakteristik responden sebagian besar berumur 40-59 tahun sebanyak 34 orang (45.9%), jenis kelamin perempuan sebanyak 38 orang (51,4%), pekerjaan swasta sebanyak 30 orang (40.5%), pendidikan terakhir SMP dan SMU sebanyak 25 orang (25,2%), dan hubungan dengan pasien adalah ayah/ibu 22 orang (29.7%). Data Karakteristik responden dapat dilihat secara lebih detail pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Hubungan dengan Pasien di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, pada bulan Mei 2016.

Karakteristik Responden	Dukungan Instrumental				Beban Keluarga			
	Sedang		Tinggi		Sedang		Tinggi	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Usia								
20-39	25	33.8	4	23.5	18	36.0	11	26.8
40-59	34	45.9	8	47.1	22	44.0	20	48.8
>60	15	20.3	5	29.4	10	20.0	10	24.4
Jenis Kelamin								
Laki-laki	36	48.6	9	52.9	23	46.0	22	53.7
Perempuan	38	51.4	8	47.1	27	54.0	19	46.3
Pekerjaan								
PNS	3	4.1	2	11.8	1	2.0	4	9.8
Swasta	30	40.5	8	47.1	18	36.0	20	48.8
Petani	16	21.6	1	5.9	9	18.0	8	19.5
Buruh	15	20.3	3	17.6	14	28.0	4	9.8
Pensiunan	6	8.1	1	14.3	4	8.0	3	7.3
Tidak Bekerja	4	5.4	2	33.4				
Pendidikan								
Tidak Sekolah	2	1.6	0	0	1	1.1	1	9
SD	13	13.8	4	3.2	10	9.3	7	7.7
SMP	25	22.8	3	5.2	14	15.4	14	12.6
SMU	25	25.2	6	5.8	20	17.0	11	14.0
Perguruan Tinggi	9	10.6	4	2.4	5	7.1	8	5.9
DIII/S1								
Hubungan Dengan Pasien								
Ayah/Ibu	22	29.7	7	41.2	16	32.0	13	31.7
Suami/Istri	13	17.6	2	11.8	7	14.0	8	19.5
Kakak/Adik	22	29.7	6	35.3	17	34.0	11	26.8
Anak	16	21.6	2	11.8	9	18.0	9	22.0
Lainnya	1	1.4	0	0	1	2.0	0	0

Sumber: Data Primer (2016)

b. Dukungan Instrumental Keluarga

Data dukungan instrumental keluarga dikategorikan menjadi tiga, yaitu rendah, sedang dan tinggi. Diketahui sebagian besar responden memiliki dukungan instrumental kategori tinggi yaitu sebanyak 70 orang (76,1%).

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dukungan Instrumental Keluarga di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, pada bulan Mei 2016

Dukungan Instrumental Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Sedang	21	23,1
Tinggi	70	76,1
Total	91	100,0

Sumber: Data Primer (2016)

c. Beban Keluarga

Data beban keluarga dikategorikan menjadi tiga, yaitu rendah, sedang dan tinggi. Diketahui sebagian besar responden memiliki beban kategori tinggi yaitu sebanyak 50 orang (54,9%).

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Beban Keluarga di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, pada bulan Mei 2016.

Beban Keluarga	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Sedang	41	45,1
Tinggi	50	54,9
Total	91	100,0

Sumber: Data Primer (2016)

3. Hasil Analisis Bivariat

Analisis *bivariat* dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui hubungan dukungan instrumental keluarga dengan beban keluarga pada

anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

Diketahui sebagian besar responden yang memiliki dukungan instrumental sebanyak 70 orang (76,1%). Responden beban keluarga 50 orang (54,9%).

Tabel 4.4. Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Beban Pada Anggota Keluarga Skizofrenia Di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY, bulan Mei 2016.

Dukungan Instrumental keluarga	Sedang		Beban keluarga Tinggi		Total		<i>p-value</i>
	f	%	f	%	f	%	
Sedang	9	42,9	12	57,1	21	100	0,820
Tinggi	32	45,7	38	54,3	70	100	
Total	41	45,1	50	54,9	91	100	

Sumber: Data primer (2016)

Pembuktian hipotesis penelitian dilakukan dengan *Rank Spearman*. Berdasarkan hasil analisis *Rank Spearman* diperoleh nilai dengan *p value* sebesar 0,820. Oleh karena nilai *p-value* lebih dari 0,05 ($p > 0,05$). Ketentuannya yang berlaku adalah *p-value* $> 0,05$ maka H_a ditolak dan H_o diterima, sebaliknya apabila nilai *p-value* $< 0,05$ maka H_a diterima dan H_o ditolak. Karena nilai *p-value* 0,820 sehingga dapat ditarik kesimpulan tidak ada hubungan antara dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian umur responden yang paling banyak adalah 40 – 59 tahun, menurut Erikson (1982) termasuk dalam tugas perkembangan usia dewasa tengah. Tugas perkembangan yang utama pada usia dewasa tengah adalah mencapai generativitas. Generativitas adalah keinginan untuk merawat dan membimbing orang lain, mencakup rencana-rencana atas apa yang mereka harap guna meninggalkan warisan dirinya sendiri untuk generasi selanjutnya.

Riendravi (2013) menyatakan *generativity versus stagnation* merupakan tahap perkembangan Erikson yang ketujuh, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan dari apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan generasi penerus di masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generatif akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosankan. Bila individu berhasil mengatasi krisis pada masa ini maka keterampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

Sunaryo (2006) menyatakan pada fase dewasa, tugas yang harus dilakukan adalah belajar saling ketergantungan dan tanggung jawab terhadap orang lain. Teori tersebut sesuai dengan penelitian yang

dilakukan oleh Fitrikasari (2013) bahwa karakteristik *caregiver* yang paling banyak berada pada usia 41-60 tahun sebanyak 62 responden.

Menurut analisis peneliti lebih lanjut pada tahap dewasa tengah, seseorang sudah memasuki masa dimana terjadinya penurunan kemampuan fisik dan peningkatan tanggung jawab, yang dimana telah ada keinginan untuk merawat, menjaga, membimbing orang lain atau anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa di rumah. Sesuai dengan namanya masa dewasa, pada tahap ini individu telah mencapai puncak dari perkembangan segala kemampuannya. Berbeda dengan tahap-tahap yang lain seperti tahap dewasa awal 20-30 tahun, pada tahap tersebut seseorang membina hubungan yang intim hanya dengan orang-orang tertentu yang sepaham. Begitu juga pada tahap usia >60 tahun, pada tahap tersebut dorongan untuk terus berpartisipasi masih ada tetapi pengikisan kemampuan karena usia seringkali mematahkan dorongan tersebut, sehingga keputusan acapkali menghantuinya.

b. Jenis kelamin

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin paling banyak perempuan. Hal tersebut sejalan dengan teori Ray (2009) bahwa wanita mempunyai sifat penyayang, penyabar, perhatian dan lebih peka terhadap perasaan orang lain. Perempuan cenderung dilukiskan sebagai simbol keanggunan, kelembutan dan terampil.

Menurut Friedman (2010) kondisi dimana anggota keluarga khususnya perempuan, memainkan peranan penting sebagai *caregiver*

primer. Perempuan sudah ditakdirkan merawat dapat dilihat sejak terjadi pembuahan di rahim ibu sampai dengan ibu melahirkan, perempuan memegang peranan yang penting untuk perawatan anak, dan jika kondisi anak sedang sakit. Secara keseluruhan perempuan mempunyai sifat lebih perhatian dan lebih peka terhadap orang sekitar.

Menurut analisis peneliti lebih lanjut perempuan berbeda dengan laki-laki karena otak perempuan memiliki lebih banyak serat penghubung antara otak kanan dan kiri dan lebih besar seratnya dibanding laki-laki. Hal ini membuat perempuan lebih mudah menggunakan otak kanan dan kiri secara bersamaan. Penghubung yang banyak antara otak kanan dan kiri membuatnya dapat mencampurkan logika, emosi, komunikasi, dan suatu kegiatan dalam satu waktu sehingga perempuan akan lebih mendalami perasaan mereka terhadap orang lain sedangkan laki-laki cenderung banyak menggunakan logika karena banyak menggunakan sisi kiri otaknya itulah yang membuat pria lebih banyak menggunakan logika sedangkan perempuan lebih banyak menggunakan emosi.

c. Pekerjaan

Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan, sebagian besar adalah Swasta. Menurut Walgito (2006) menyatakan bahwa semakin rendah penghasilan seseorang dapat mempengaruhi seseorang untuk memperoleh informasi tentang status kesehatan dan keterbatasan biaya menjangkau fasilitas kesehatan di masyarakat baik media informasi

ataupun pusat pelayanan kesehatan. Selain itu seseorang dengan penghasilan yang rendah lebih mementingkan untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari agar bisa bertahan hidup apalagi sudah berkeluarga dan memiliki keturunan.

Menurut analisis peneliti lebih lanjut manusia adalah makhluk sosial yang artinya manusia membutuhkan orang lain dan lingkungan sosialnya sebagai sarana untuk bersosialisasi. Manusia yang sering bersosialisasi dengan orang lain akan mudah menerima informasi-informasi baru. Seseorang yang memiliki pekerjaan tujuannya agar mampu memenuhi segala kebutuhan sehari-hari dengan penghasilan yang diperoleh. Seseorang yang memiliki penghasilan yang baik akan mudah mendapatkan fasilitas yang baik pula.

d. Pendidikan terakhir

Hasil penelitian ini diketahui bahwa mayoritas pendidikan responden adalah Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA). Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula menerima informasi dan pada akhirnya pengetahuan yang dimilikinya semakin banyak (Notoadmodjo, 2010). Selaras dengan yang dikatakan oleh Luekenotte (2000), bahwa tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk menyerap informasi, menyelesaikan masalah, berperilaku baik. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi

yang datang dan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut (Sukmadinata, 2007).

Menurut analisis peneliti lebih lanjut tingkat pendidikan menentukan seseorang untuk memiliki pengetahuan yang lebih luas, kemampuan, dan keterampilan serta ketika petugas kesehatan menyampaikan pendidikan kesehatan terkait masalah kesehatan pasien keluarga dapat memahami informasi-informasi yang diberikan yang nantinya bermanfaat untuk perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Serta dengan tingkat pendidikan yang cukup baik maka seseorang diharapkan dapat mengetahui dan menyadari dalam membuat keputusan dan perilaku yang sesuai dengan nilai atau norma.

e. Hubungan dengan pasien

Mayoritas karakteristik responden berdasarkan hubungan dengan klien adalah ayah/ibu (orang tua). Peran orang tua sangat penting untuk perawatan keluarga di rumah. Menurut Ali (2009), peran adalah perilaku interpersonal, sifat, dan kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan satuan tertentu. Orang tua memiliki peran masing-masing, seorang ayah sebagai pemimpin keluarga, pencari nafkah, pelindung dan pemberi rasa aman bagi keluarganya. Ibu sebagai pengurus, pengasuh, pendidik anak, pelindung dan juga sebagai pencari nafkah tambahan. Hal ini selaras dengan penelitian Padila (2012), bahwa sebagai ibu mempunyai hubungan emosional yang cukup erat dalam keluarga, ini merupakan dukungan keluarga internal, seperti dukungan

suami atau istri, atau dukungan dari saudara kandung atau dukungan keluarga eksternal.

2. Dukungan Instrumental Keluarga

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan instrumental keluarga sebagian besar dalam kategori tinggi. Menurut Nadeak (2010) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa dukungan keluarga adalah sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal dalam satu atap dalam keadaan saling bergantung (Setiadi, 2014).

Friedman (2013), menyatakan komponen yang perlu dipenuhi keluarga untuk memenuhi fungsi ekonomi adalah berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan, dan cara mendapatkan sumber-sumber untuk meningkatkan status kesehatan. Menurut Keliat (2003), Peran keluarga dalam memberikan dukungan instrumental pada penderita skizofrenia merupakan salah satu bentuk cinta keluarga kepada anggota keluarga sebagai sistem pendukung utama untuk membantu seseorang meningkatkan kualitas hidupnya.

Dukungan Instrumental pada hasil pernyataan responden dalam mengisi kuesioner menjawab selalu pada item pernyataan fungsi perawatan keluarga. Menurut Friedman (2013), Fungsi perawatan keluarga ini adalah

yang penyediaan kebutuhan-kebutuhan fisik seperti makanan, tempat tinggal, dan perawatan kesehatan. Keluarga memberikan perawatan keluarga yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga mempunyai tanggung jawab untuk memulai dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh para professional perawatan kesehatan.

Susanti & Sulistyarini (2013), menyatakan dukungan instrumental yang diberikan berupa bantuan langsung seperti materi, tenaga dan sarana. Berisi tentang pemberian perhatian dan pelayanan dari orang lain. Manfaatnya adalah dapat mendukung pulihnya energi dan semangat yang menurun. Dampak diberikannya dukungan instrumental individu akan merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian terhadap kesusahan yang dialami.

3. Beban Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban yang dialami keluarga sebagian besar kategori tinggi. Hasil penelitian didukung oleh pernyataan Fontaine (2009), menyatakan bahwa beban keluarga adalah tingkat stress keluarga sebagai efek dari kondisi anggota keluarganya. Kondisi ini menyebabkan peningkatan stress emosional dan ekonomi keluarga.

Beban yang dialami keluarga bisa bermacam-macam. Menurut WHO (2008) mengategorikan beban keluarga dalam dua jenis yaitu beban obyektif dan subyektif. Beban obyektif merupakan yang berhubungan dengan masalah dan pengalaman anggota keluarganya, terbatasnya hubungan sosial dan aktivitas kerja, kesulitan finansial dan dampak negatif terhadap kesehatan fisik

anggota keluarganya. Beban subyektif merupakan beban yang berhubungan dengan reaksi psikologis anggota keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Ulpa (2012), menunjukkan bahwa dari seluruh responden memiliki beban keluarga meliputi beban subyektif dan obyektif.

Beban subyektif pada hasil pernyataan responden dalam mengisi kuesioner menjawab selalu pada item pernyataan mengkhawatirkan masa depan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Menurut Kendall dan Hammen (1998) dalam Sibuarian (2010), menyatakan kecemasan menghadapi masa depan adalah emosi yang tidak menyenangkan yang terkait dengan berbagai masalah yang harus dihadapi dalam masa perkembangannya yang berpengaruh pada aspek efektif, kognisi, dan perilaku. Masalah yang menjadi sumber kecemasan dalam menghadapi masa depan berkaitan dengan masalah pendidikan, pekerjaan dan kehidupan keluarga.

Beban keluarga tinggi dikarenakan dukungan instrumental sangat berpengaruh dalam merespon beban keluarga terutama bersifat beban obyektif, seperti beban finansial, pengobatan, bagaimana mencari pelayanan kesehatan jiwa dan cara merawat anggota keluarga (Nuraenah dkk, 2012). Berbagai penelitian menunjukkan bahwa salah satu faktor penyebab kambuh gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak menangani perilaku klien di rumah, semakin klien sering kambuh keluarga akan sangat terbebani. Oleh karena itu peran serta keluarga dalam proses pemulihan pada klien skizofrenia sangat diperlukan (Keliat, 1996).

WHO (2008) dalam penelitian Suwardiman (2011) yang menyatakan bahwa anggota keluarga merupakan pihak utama yang menanggung beban fisik, emosional, dan finansial karena adanya salah satu anggota keluarga yang mengalami halusinasi. Dampak langsung yang dirasakan keluarga meliputi penolakan, pengucilan teman, tetangga dan komunitas yang dapat mengakibatkan anggota-anggota keluarga cenderung mengisolasi diri, membatasi diri dalam aktivitas sosial dan menolak berpartisipasi dalam kehidupan sosial yang normal. Kegagalan dalam berhubungan sosial sangat mempengaruhi anggota keluarga dalam hal ketersediaan dukungan dari lingkungan sosial.

Keluarga cemas dengan kondisi pasien kedepannya akan seperti apa, tanpa informasi untuk membantu keluarga belajar untuk mengatasi penyakit mental, keluarga dapat menjadi sangat pesimis tentang masa depan. Sangat penting bahwa keluarga menemukan sumber informasi yang membantu mereka untuk memahami bagaimana penyakit itu mempengaruhi orang tersebut. Hal tersebut bisa dipengaruhi oleh penghasilan seseorang. Menurut Walgito (2004), menyatakan semakin rendah penghasilan seseorang maka ia semakin sedikit mendapatkan informasi-informasi penting dalam upaya meningkatkan status kesehatan individu dapat berinteraksi kontinyu akan lebih besar terpapar informasi.

4. Hubungan Dukungan Instrumental dengan Beban Pada Anggota Keluarga Skizofrenia.

Hasil uji statistik menggunakan *Spearman Rank* dari hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY didapatkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan instrumental dan beban keluarga.

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Nuraenah (2012) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Dukungan instrumental sangat berpengaruh dalam respon beban keluarga seperti mencari pelayanan kesehatan jiwa dalam merawat anggota yang sakit.

Hasil penelitian ini tidak ada hubungannya kemungkinan karena penelitian Nuraenah memberikan dukungan keluarga secara keseluruhan sedangkan penelitian ini hanya memberikan dukungan instrumental keluarga saja. Data karakteristik pekerjaan paling banyak adalah Swasta, ini sangat mempengaruhi sosio ekonomi keluarga. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang, maka ia akan lebih cepat tanggap terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh dirinya dan keluarganya (Handayani, 2012).

Friedman (2013), menyatakan bahwa status keluarga dengan kelas ekonomi yang berlebih secara finansial mempunyai tingkat dukungan keluarga yang afektif dan keterlibatan dalam merawat pasien skizofrenia, jadi faktor yang mempengaruhi keluarga dalam memberikan dukungan agar meningkatkan proses penyembuhan skizofrenia sehingga dapat menurunkan beban pada anggota keluarga adalah status ekonomi atau instrumental. Semakin tinggi ekonomi

keluarga akan lebih memberikan dukungan, motivasi dan pengambilan keputusan dalam kesembuhan dan perbaikan pasien skizofrenia kembali ke keluarga dan masyarakat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Karakteristik keluarga meliputi usia yang mayoritas berumur 40-59 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMP dan SMU, hubungan dengan pasien ayah/ibu.
2. Dukungan instrumental paling banyak adalah kategori tinggi.
3. Beban keluarga paling banyak adalah kategori tinggi.
4. Tidak ada hubungan yang signifikan antara hubungan dukungan instrumental dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia di Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY ($p=$ value 0,820).

B. Saran

1. Keluarga dengan Pasien Gangguan Jiwa

Perawatan pasien melibatkan semua keluarga bukan hanya *caregiver* sehingga beban yang dirasakan keluarga bisa ringan atau sedang dan dapat mempertahankan dukungan instrumental tinggi yang dapat menunjang proses kesembuhan pasien.

2. Bagi Pasien Gangguan Jiwa

Pasien tetap mengikuti arahan dari dokter dan perawat saat menjalani rawat jalan salah satunya pentingnya minum obat secara teratur sehingga apabila didukung dengan dukungan instrumental keluarga

yang baik dapat meningkatkan kesehatan pasien agar tidak terjadi kekambuhan dan tidak menjadi beban bagi keluarga.

3. Poli Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia DIY

Diharapkan perlu meningkatkan atau mempertahankan fasilitas dan pendidikan terhadap pasien dan keluarga pasien dalam memberi pengetahuan, semua informasi tidak hanya berfokus pada pasien saja tetapi keluarga pasien harus ikut terlibat dalam memberikan pendidikan kesehatan serta mengoptimalkan kegiatan *family gathering* secara berkelanjutan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Mengembangkan penelitian dengan meneliti variabel lain yang mempengaruhi beban keluarga dan dukungan instrumental keluarga melalui wawancara mendalam dengan metode studi kasus penelitian kualitatif. Selain itu penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk penelitian lebih lanjut dan mengkaji lebih dalam tentang faktor-faktor lain yang berhubungan dengan beban keluarga dan dukungan instrumental keluarga pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa antara lain perjalanan penyakit, stigma, pelayanan kesehatan, pengetahuan terhadap penyakit, ekspresi emosi, sosio ekonomi dan budaya.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an Al-Baqarah ayat 153

Ali, Z. 2009. *Pengantar keperawatan keluarga*. Jakarta : EGC

Andesma (2014) "*Hubungan beban keluarga dengan dukungan emosional pada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa di poli klinik jiwa RSJ Grhasia*". Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Respati Yogyakarta.

Bailon dan Maglaya. (1978). *Konsep Keluarga*. Tersedia di: <http://id.shvoong.com/book/1896185-konsep-keluarga>. [akses: Desember 2010].

Bomar, P. J. (2004). *Promoting health in families : Applying family research and theory to nursing practice*. Philadelphia: W.B Saunders company

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). Kliping Berita Kesehatan (Mengeren Laju Penderita Gangguan Jiwa). Diakses 7 Desember 2014, dari http://kliping.depkes.go.id/file/7041_Menggerem%20Laju%20Penderita%20Gangguan%20Jiwa.Pdf.

Durand, V., & Barlow, D.H. (2007). *Intisari psikologi abnormal* (edisi 4). Terjemahan Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Efendi, F., & Mahfudli. (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Fitrikasari, A. dkk. 2012. *Gambaran Beban Caregiver Penderita Skizofrenia di Poliklinik Rawat Jalan RSJ Amino Gondohutomo Semarang*. *Med Hosp*; vol 1 (2). Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro/RSUP. Dr. Karida Semarang. [Medicahospitalia.rskariadi.co.id](http://medicahospitalia.rskariadi.co.id). Diakses pada tanggal; 1 juli 2014

Fontaine, K. L. (2009). *Mental health nursing*. New Jersey: Pearson Education Inc

Friedman, Marilyn M, (2013). *Keperawatan keluarga teori dan praktik*. Edisi 5. Jakarta: EGC

Friedman. M.M. (2008). *Keperawatan keluarga: Teori dan praktik*. Alih bahasa, Yoakim A, Editor, Yasmin A., Setiawan, Monica E., Edisi 3. Jakarta: EGC.

Friedman, M.M, Bowden, O & Jones, M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga: rset, teori, & praktik*. Ahli bahasa, Achir Yani, S. Hamid. [et al.]; editor edisi bahasa Indonesia, Estu Tiar, Ed 5. Jakarta: EGC

- Gururaj, G.P et al. 2008. *Famili burden, quality of life and disability obsesive compulsive disorder*; in Indian perspective. *J Postgradmed*, 91-97
- Hawari, D., (2011), *Manajemen stres cemas dan depresi*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Kaplan S., & Sadock B. (2010). *Buku ajar Psikiatri Klinis*. Jakarta : EGC.
- Kaplan, H.I & Saddock, B.J (2007). *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis. Jilid 1. 10th ed* (Terjemahan: Kusuma, W). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Kartika Eka Prasti. (2015). “*Hubungan dukungan instrumental keluarga terhadap skor brief psychiatric rating scale pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap RS Jiwa Grhasia DIY*”. Karya Tulis Ilmiah strata satu, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Keliat, B. A. (1995). *Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa*. Jakarta : EGC.
- Mei Lina Susanti, Tri Sulistyarini. (2013). *Dukungan keluarga meningkatkan kepatuhan diet pasien diabetes mellitus di ruang rawat inap RS. Baptis Kediri*. *Jurnal Stikes Volume 6, No.1, Juli 2013*.
- Mo, X., Shi, J., Sun, Z. (2012). Content Validity Indeks in Scale Development [Abstract]. *Departement of Epidemiology and Statistics, Central South University, Changsha, China*. 37(2):152-155. DOI: 10.3969/j.issn.1672-7347.2012.02.007
- Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric mental health nursing (6th .ed)*, Philadelphia: Lippincott William & Wilkins
- Nadeak, R.J (2010). *Hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pasien pre operasi di ruang RB2 RSUPHAM*. <http://repository.usu.ac.id>. (diakses tanggal 21 januari 2014).
- Nasir, A., Muhith, A., Ideputri, M.E. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan: Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Thesis untuk Mahasiswa Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo. S. (2012). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraenah (2012) *Hubungan antara dukungan keluarga dan beban keluarga dalam merawat anggota dengan riwayat perilaku kekerasan di Rumah sakit Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012*. Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok. Diakses pada tanggal 1 agustus 2015.

- Nursalam. (2013). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen penelitian Keperawatan* ed. 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. (2012). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Purnawan,I. (2008). *Dukungan Keluarga*
<http://wawan2507.wordpress.com/author/wawan2507>
- Ray,S. 2009. Kepribadian wanita di Indonesia. *Detik News*, p.B.17
- Riset Kesehatan Dasar. (2013). Jakarta: *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, Departement Kesehatan Republik Indonesia.
- Riyanto, A. (2011). *Pengolahan dan analisis data kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sane Research. (2009). *Stigma , the media and mental illness*. www.sane.org. diakses tanggal 20 desember 2009 pukul 21.00 WIB.
- Setiadi. (2006). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga Edisi Pertama*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setiadi. (2014). *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sibuarian, E. dkk. 2010. *Pengaruh Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) dalam Menurunkan Kecemasan Menghadapi Masa Depan pada Penyalagunaan Napza Di Panti Rehabilitasi*. Jurnal Psikologi. Dakses 06 Juli 2014, dari-journal.undip.ac.id
- Siska Dwi Handayani, S.Kep. (2012). “*Hubungan dukungan keluarga dengan kekambuhan pasien gastritis di Puskesmas Jatinangor*”. Jurnal Keperawatan Universitas Padjadjaran Jatinangor-Sumedang.
- Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2005). *Principle and practice psychiatric nursing*. 8th ed. St. Louis : Mosby Year Book.
- Stuart.G.W & Sundden. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC (R.P & E.K. Yudha, penerjemah)
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta: EGC.
- Sunaryo. 2004. *Psikologi untuk keperawata*. Jakarta : EGC
- Suryaningrum (2013) “*Hubungan beban dengan kemampuan keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*”.

- Sukmadinata, N. (2005). *Landasan psikologi proses pendidikan*. Bandung: PT.Remaja Rusdarkaria.
- Susanto, J., Prabandari, Y.S, DW, Sumarni. (2006). *Promosi Kesehatan pada keluarga penderita dalam deteksi awal kekambuhan skizofrenia pasca pengobatan*. Berita Kedokteran masyarakat. Vol 22. No. 2). 61-67. Diakses 07 Desember 2011, dari <http://i-lib.ugm.ac.id/jurnal/detail.php?dataId=8325>
- Suwardiman, D. (2011). “*Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Beban Keluarga untuk Mengikuti Regimen Terapeutik pada Keluarga Klien Halusinasi di RSUD Serang*”. Tesis. Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Depok Universitas Indonesia. Lontar.ui.ac.id. Diakses tanggal 10 Desember 2013
- Thornicroft, Graham. Et al. (2008). *Reducing stigma and discrimination: Candidate Intervention*. British International Journal Of Mental Health System. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2365928>. Diakses tanggal 20 Desember 2009 Pukul 21.00 WIB.
- Ulpa, D. 2012. “*Dukungan dengan Beban Keluarga Mengikuti Regimen Terapeutik Anggota Keluarga yang Mengalami Halusinasi*”. Vol 2 no 1. Fakultas Keperawatan, Universitas Sumatra Utara. Jurnal.usu.ac.id Diakses tanggal 28 Desember 2013.
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku ajar keperawatan jiwa*. Alih bahasa, Renata Komalasari, Alfrina Hany; editor bahasa Indonesia, Pamilih Eko Karyuni. Jakarta: EGC.
- Walgito, B. 2004. *Pengantar psikologi umum*. Yogyakarta: Andi Offset
- WHO. (2012). *Headche disorders*. www.who.int. Diakses tanggal 16 November 2014.
- WHO. 2008. *Investing in mental helath*. [www. Who.int/mental_health](http://www.who.int/mental_health). Diakses tanggal 25 Januari 2014.
- Wicaksana, I., Jalil, A. (2007). *Faktor-faktor yang mempengaruhi kekambuhan pasien skizofrenia di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. [diakses tanggal 5 April 2012]. Diunduh dari: [www.pdskijaya.org/abstrak /free%20paper](http://www.pdskijaya.org/abstrak/free%20paper).
- Wilson, H.S., and Kneisl, C.R. (1992). *Psychiatric nursing*. California: Addison-Wesley. Wiguna, T. (2003).
- Xue, X.B., Yi, X.B., Zhong, N.D. (2012). Content Validity Indeks in Scale Development [Abstract]. *Department of Epidemilogy and Statistics*,

Central South University, Changsha, China. 37(2):152-155. DOI:
10.3969/j.issn.1672-7347.2012.02.007

LAMPIRAN



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**SURAT KETERANGAN
KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN**

Nomor : 074/EP-FKIK-UMY/III/2016

Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiri atas :

1. Prof. dr.H. Djauhar Ismail, Sp.A(K), Ph.D.
2. Prof.Dr.dr.H. Soewito A, Sp.THT-KL
3. drg. Ana Medawati, M.Kes
4. drh. Tri Wulandari, M.Kes
5. Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes
6. Dr. dr. Tri Wahyuliati, Sp. S., M. Kes
7. Titih Huriah, Ns., M. Kep., Sp. Kom
8. Dr. drg. Tita Ratya Utari, Sp. Ort
9. Sabtanti Harimurti, Ph. D., Apt
10. Dr. dr. Arlina Dewi, MMR
11. Yuni Permatasari Istanti, S. Kep. Ns., Sp. KMB
12. Dra. Irma Risdiyana, Apt., MPH
13. dr. Inayati Habib, Sp. MK., M. Kes

Telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

Nama Peneliti : Rohana Fatma Zahra
NIM : 20120320013
Judul Penelitian : Hubungan Dukungan Instrumental dengan Beban Keluarga pada Anggota Keluarga Skizofrenia di Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY
Pada Tanggal : 02 Maret 2016
Dengan Hasil : Layak Etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 05 Maret 2016



Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan Bantul, Yogyakarta 55183
Telp. (0274)387656 ext.213. 7491350. Fax. (0274)387658 .

Unggul
& Islami



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
RUMAH SAKIT Jiwa GRHASIA

JL. Kaliurang Km. 17, Pakem Sleman D.I. Yogyakarta 55582 Telp. (0274) 895143,
895297 Fax (0274) 895142 Website : grhasia.jogjaprov.go.id
Email : grhasia@jogjaprov.go.id

Nomor : 423/2745
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.
Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
di Yogyakarta

Menanggapi Surat nomor 024/B.4-III/2016 tanggal 28 Maret 2016 perihal Permohonan Ijin Penelitian maka dengan ini kami memberikan **izin penelitian** di RSJ Grhasia DIY kepada mahasiswa:

Nama : Rohana Fatma Zahra
NIM : 2012032 0013
Judul : Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Beban Keluarga Pada Anggota Keluarga Skizofrenia di Klinik Keperawatan Jiwa Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta

dengan ketentuan :

1. Mematuhi semua prosedur dan peraturan yang berlaku di RSJ Grhasia DIY.
2. Data-data yang diperoleh tidak dipublikasikan di media massa tanpa seizin Direktur RSJ Grhasia DIY.
3. Data-data yang diperoleh bersifat rahasia dan hanya dapat dipergunakan untuk kepentingan ilmiah.
4. Berkenaan dengan kegiatan tersebut kami sampaikan bahwa biaya administrasi kegiatan sesuai dengan Keputusan Gubernur DIY Nomor 43 tanggal 25 Januari 2012 tentang Tarif Jasa Layanan Penyelenggaraan Kesehatan di RSJ Grhasia DIY untuk Penelitian S1 adalah Rp 117.000,-/bulan.
5. Menyerahkan *soft copy* dan cetakan asli hasil penelitian yang sudah disahkan dan dibubuhi cap institusi kepada RSJ Grhasia DIY.
6. Surat izin ini sewaktu-waktu bisa dicabut apabila mahasiswa tidak memenuhi/mematuhi ketentuan dimaksud diatas.
7. Pelanggaran terhadap ketentuan nomor 2 dan 3 akan dilakukan penuntutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.
8. Pendamping penelitian yang kami tunjuk adalah Prastiwi R, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep J

Dikeluarkan di : Yogyakarta
Pada tanggal : 16 April 2016

Direktur
RS JIWA
GRHASIA
dr. Bambang Setyaningastutie, M.Kes
NIP.19650912 199303 2 006

Tembusan:

1. Yth. Prastiwi R, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J
2. Arsip



Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A
SK BAN-PT
No: 851/SK.BAN-PT/AK-SURV/PN/VIII/2015

Nomor : 024 /B.4-III / III /2016
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :
Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta
c.q Ka. Biro Administrasi Pembangunan Setda DIY
Komplek Kepatihan Danurejan Yogyakarta
di-
YOGYAKARTA.

Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Nama : Rohana Fatma Zahra
NIM : 2012032 0013
Pembimbing : NS. Sutejo, M.Kep., Sp.Kep.J

Judul KTI : “(Hubungan Dukungan Intrumental Dengan Beban Keluarga Pada Anggota Keluarga Skizofrenia di Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY).”

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 28 Maret 2016
Ketua. Prodi PSIK FKIK UMY



Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC

Kampus:

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

Muda menduda



Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Status: Terakreditasi A
SK BAN-PT
No: 851/SK/BAN-PT/AK-SURV/PN/III/2015

Nomor : 024 /B.4-III / III /2016
Hal : **Permohonan Surat Ijin Penelitian**
Lamp. : -0-

Kepada Yth. :
Direktur Rumah Sakit Jiwa Grhasia Provinsi D. I. Yogyakarta
di-
YOGYAKARTA.

Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Bersama ini kami sampaikan dengan hormat, bahwa untuk memperoleh derajat sarjana Keperawatan, mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta diberi tugas Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI). Untuk itu diperlukan penelitian di lapangan guna mendapatkan kebenaran dalam penulisan.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon mahasiswa tersebut di bawah ini dapat diijinkan untuk mencari data dan informasi sebagai penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

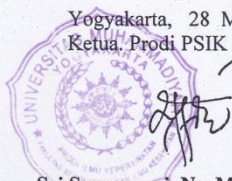
Nama : Rohana Fatma Zahra
NIM : 2012032 0013
Pembimbing : NS. Sutejo, M.Kep., Sp.Kep.J

Judul KTI : “(Hubungan Dukungan Intrumental Dengan Beban Keluarga Pada Anggota Keluarga Skizofrenia di Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Provinsi DIY).”

Demikian surat permohonan ijin ini kami ajukan, atas terkabulnya serta kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Wasalamu 'alaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, 28 Maret 2016
Ketua Prodi PSIK FKIK UMY



Sri Sumaryani, Ns.,M.Kep.,Sp.Mat.,HNC

Kampusi

Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Telp. (0274) 387656 ext. 215 Fax. FKIK (0274) 387658, Fax. Universitas (0274) 387646

Muda mendunia



operator2@yahoo.com

PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
SEKRETARIAT DAERAH
 Kompleks Kepatihan, Danurejan, Telepon (0274) 562811 - 562814 (Hunting)
 YOGYAKARTA 55213

SURAT KETERANGAN / IJIN

070/REG/1/303/4/2016

Dibaca Surat : **KETUA. PRODI PSIK FKIK UMY** Nomor : **024/B.4-III/III/2016**
 Tanggal : **28 MARET 2016** Perihal : **IJIN PENELITIAN/RISET**

- Peringatan :
1. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2006, tentang Perizinan bagi Perguruan Tinggi Asing, Lembaga Penelitian dan Pengembangan Asing, Badan Usaha Asing dan Orang Asing dalam melakukan Kegiatan Penelitian dan Pengembangan di Indonesia;
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2011, tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah;
 3. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 37 Tahun 2008, tentang Rincian Tugas dan Fungsi Satuan Organisasi di Lingkungan Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.
 4. Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 18 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan, Rekomendasi Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian, dan Studi Lapangan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

JINKAN untuk melakukan kegiatan survei/penelitian/pendataan/pengembangan/pengkajian/studi lapangan kepada:

Nama : **ROHANA FATMA ZAHRA** NIP/NIM : **2012032 0013**
 Alamat : **FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN , ILMU KEPERAWATAN ,**
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
 Judul : **HUBUNGAN DUKUNGAN INSTRUMENTAL DENGAN BEBAN KELUARGA PADA ANGGOTA**
KELUARGA SKIZOFRENIA DI KLINIK KEPERAWATAN JIWA RSJ GRHASIA PROVINSI DIY)
 Lokasi : **RS GRHASIA DIY, DINAS KESEHATAN DIY**
 Waktu : **12 APRIL 2016 s/d 12 JULI 2016**

Anggapan Ketentuan

- Menyerahkan surat keterangan/ijin survei/penelitian/pendataan/pengembangan/pengkajian/studi lapangan *) dari Pemerintah Daerah DIY kepada Bupati/Walikota melalui institusi yang berwenang mengeluarkan ijin dimaksud;
- Menyerahkan soft copy hasil penelitiannya baik kepada Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta melalui Biro Administrasi Pembangunan Setda DIY dalam compact disk (CD) maupun mengunggah (upload) melalui website adbang.jogjaprov.go.id dan menunjukkan cetakan asli yang sudah disahkan dan dibubuhi cap institusi;
- Ijin ini hanya dipergunakan untuk keperluan ilmiah, dan pemegang ijin wajib mentaati ketentuan yang berlaku di lokasi kegiatan;
- Ijin penelitian dapat diperpanjang maksimal 2 (dua) kali dengan menunjukkan surat ini kembali sebelum berakhir waktunya setelah mengajukan perpanjangan melalui website adbang.jogjaprov.go.id;
- Ijin yang diberikan dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila pemegang ijin ini tidak memenuhi ketentuan yang berlaku.

Dikeluarkan di Yogyakarta

Pada tanggal **12 APRIL 2016**

A.n Sekretaris Daerah

Asisten Perekonomian dan Pembangunan

Kepala Biro Administrasi Pembangunan



NIP. 19620830 198903 1 006

Tujuan :
GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA (SEBAGAI LAPORAN)
RS GRHASIA DIY
DINAS KESEHATAN DIY
KETUA. PRODI PSIK FKIK UMY , UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
YANG BERSANGKUTAN

Lampiran 6**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rohana Fatma Zahra

NIM : 20120320013

Alamat : Geblangan, Tamantirta, Bantul, Yogyakarta

Saya adalah mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Beban Pada Anggota Keluarga Skizofrenia Di Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Yogyakarta”.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan instrumental keluarga dengan beban pada anggota keluarga skizofrenia.

Apabila bapak/Ibu menyetujui, maka saya mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan responden serta mengisi lembar kuesioner sesuai dengan petunjuk. Namun apabila Bapak/Ibu keberatan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, saya tidak memaksa dan menghargai sepenuhnya keputusan Bapak/Ibu. Atas perhatiannya dan kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti,

Rohana Fatma Zahra

Lampiran 7

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Inisial Responden :

Dengan ini saya menyatakan bahwa telah mendapatkan penjelasan mengenai maksud dan proses jalannya penelitian dengan judul “**Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Beban Pada Anggota Keluarga Skizofrenia Di Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Yogyakarta**”. Oleh karena itu, secara sukarela saya menyatakan bersedia menjadi responden penelitian tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan dengan penuh kesadaran tanpa paksaan.

Yogyakarta Mei 2016

Responden

Lampiran 8

PERSETUJUAN MENJADI ASISTEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan

Pendidikan :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi asisten penelitian pada penelitian yang dilakukan oleh Rohana Fatma Zahra Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang berjudul : “Hubungan Dukungan Instrumental Dengan Beban Pada Anggota Keluarga Skizofrenia Di Klinik Keperawatan Jiwa RSJ Grhasia Yogyakarta”. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap diri saya dan responden. Partisipasi saya akan membantu dalam kelancaran penelitian tersebut.

Yogyakarta, Mei 2016

Asisten Penelitian

Lampiran 9

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

(Kuesioner A)

Petunjuk pengisian

1. Isilah pertanyaan berikut pada tempat yang telah disediakan
2. Apabila pertanyaan berupa pilihan, cukup jawab dengan tanda *checklist* (√) pada kolom pilihan yang ada.

DEMOGRAFI RESPONDEN

- 1) Usia :tahun
- 2) Jenis kelamin : laki-laki perempuan
- 3) Pekerjaan :

<input type="checkbox"/> Tidak bekerja	<input type="checkbox"/> Petani
<input type="checkbox"/> Pensiunan	<input type="checkbox"/> Swasta
<input type="checkbox"/> Buruh	<input type="checkbox"/> PNS
- 4) Pendidikan terakhir :

<input type="checkbox"/> Tidak sekolah	<input type="checkbox"/> SMP
<input type="checkbox"/> Tidak tamat sekolah	<input type="checkbox"/> SMU
<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> Perguruan tinggi DIII/S1
- 5) Hubungan dengan pasien :

<input type="checkbox"/> Ayah / Ibu	<input type="checkbox"/> Anak
<input type="checkbox"/> Suami / istri	<input type="checkbox"/> Lainnya
<input type="checkbox"/> Kakak / adik	

Lampiran 10**INSTRUMEN DUKUNGAN INSTRUMENTAL KELUARGA****(Kuesioner B)**

Petunjuk: berilah tanda *checklist* (✓) yang ada di sebelah pernyataan sesuai dengan pilihan jawaban anda.

Ket: **Selalu (SL)** : setiap hari dalam seminggu
Sering (SR) : 4x dalam seminggu
Kadang-kadang (KD) : 2x dalam seminggu
Tidak pernah (TP) : tidak pernah melakukan

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
1	Keluarga mendengarkan dengan penuh perhatian keluhan pasien pada saat kunjungan.				
2	Keluarga merawat pasien dengan kasih sayang.				
3	Keluarga tidak memberikan pujian pada saat pasien mengalami kemajuan kesehatan.				
4	Keluarga tidak keberatan membiayai selama pengobatan pasien				
5	Keluarga tidak melayani dan membantu ketika. pasien membutuhkan sesuatu.				
6	Keluarga mengalami kesulitan dalam mengatur ekonomi keluarga.				
7	Apakah keluarga menerima bantuan dana untuk pengobatan pasien.				
8	Keluarga mempunyai pendapatan yang memadai untuk kebutuhan sehari-hari.				
9	Keluarga selalu melibatkan anggota lain seperti teman, dan tetangga dalam usaha memberikan dukungan untuk kesembuhan pasien.				
10	Keluarga berperan aktif dalam memberikan kebutuhan pasien seperti membayar tepat waktu untuk perawatan pasien.				
11	Keluarga tidak meminta bantuan kepada anggota lainnya seperti saudara, teman, tetangga dan menggunakan asuransi dari pemerintah jika mengalami krisis ekonomi untuk membayar perawatan kesehatan pasien.				
12	Keluarga kerap berkomunikasi dengan pelayanan kesehatan terkait kesehatan dan kondisi pasien.				
13	Keluarga tetap yakin terhadap kesembuhan pasien.				
14	Keluarga kerap membantu pasien dalam mempertahankan kesehatannya.				
15	Keluarga berusaha mencari informasi terkait penyakit gangguan jiwa.				
16	Keluarga melibatkan pasien dalam mengambil keputusan pengobatan.				
17.	Keluarga merasa malu untuk meminta bantuan anggota keluarga yang lain saat mengalami kesulitan.				
18.	Keluarga kerap menyalahkan pasien saat mengalami kesulitan.				
19.	Keluarga kerap melepas tanggung jawab dalam merawat pasien.				
20.	Keluarga kerap memberi tanggung jawab merawat pasien ke keluarga lain.				

No.	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
21.	Keluarga kerap stress karena takut / khawatir kehabisan biaya dalam merawat pasien.				
22.	Keluarga mengalami kesulitan dalam mengalokasikan dana untuk kebutuhan sehari-hari dan perawatan pasien.				
23.	Keluarga kerap meluangkan waktu untuk mendengarkan keluh kesah pasien.				
24.	Keluarga kerap berinteraksi dengan pasien.				
25.	Keluarga mendorong pasien untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari.				
26.	Keluarga mendorong pasien untuk berhubungan baik dengan lingkungan.				
27.	Keluarga mendorong pasien untuk minum obat secara teratur.				
28.	Keluarga mendorong pasien untuk melakukan aktivitas di rumah.				
29.	Keluarga melarang pasien untuk bermain di lingkungan.				
30.	Keluarga mendukung pasien untuk berkomunikasi yang baik di lingkungan.				
31.	Keluarga mengawasi pasien ketika minum obat.				
32.	Keluarga mendukung pasien untuk berolahraga.				

Lampiran 11

INSTRUMEN BEBAN KELUARGA

(Kuesioner C)

Petunjuk: berilah tanda *check list* (√) yang ada di sebelah pernyataan sesuai dengan pilihan jawaban anda.

Ket: **Selalu (SL)** : setiap hari dalam seminggu
Sering (SR) : 4x dalam seminggu
Kadang-kadang (KD) : 2x dalam seminggu
Tidak pernah(TP) : tidak pernah melakukan

No	Pernyataan	SL	SR	KD	TP
1	Saya merasa malu kepada tetangga				
2	Saya memberikan pola makan yang baik kepada anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa				
3	Saya bosan saat mengantarkan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa rawat jalan				
4	Saya terbiasa dengan keadaan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa				
5	Saya sedih ketika merawat anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa				
6	Semua pikiran terfokus pada kondisi anggota keluarga yang sakit				
7	Saya merasa bersalah dengan kondisi anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa				
8	Saya menghawatirkan masa depan anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa				
9	Saya sedih melihat kondisi anggota keluarga saya yang menderita gangguan jiwa				
10	Kewalahan mengenai masalah keuangan dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa				
11	Saya terbangun tengah malam				
12	Saya bersikap tidak ada masalah terhadap tetangga				
13	Saya kesal pekerjaan saya terganggu karena harus mengurus anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa				
14	Saya bersyukur bisa terlibat langsung dalam perawatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa				
15	Tinggal satu rumah dengan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa menambah pekerjaan saya menjadi berat				
16	Saya merasa penghasilan saya cukup untuk merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa.				

Lampiran 12**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas****Pakar 1**

No. Item	CVI	n
1	4	1.00
2	3	0,75
3	4	1.00
4	4	1.00
5	4	1.00
6	4	1.00
7	4	1.00
8	4	1.00
9	4	1.00
10	4	1.00
11	4	1.00
12	4	1.00
13	4	1.00
14	4	1.00
15	4	1.00
16	4	1.00
17	4	1.00
18	4	1.00
19	4	1.00
20	4	1.00
21	4	1.00
22	4	1.00
23	4	1.00
24	4	1.00
25	4	1.00
26	4	1.00
27	4	1.00
28	4	1.00
29	4	1.00
30	4	1.00
31	4	1.00
32	2	0,5

Pakar 2

No. Item	CVI	n
1	4	1.00
2	4	1.00
3	4	1.00
4	4	1.00
5	4	1.00
6	4	1.00
7	4	1.00
8	4	1.00
9	4	1.00
10	4	1.00
11	4	1.00
12	4	1.00
13	3	0.75
14	3	0.75
15	4	1.00
16	4	1.00
17	4	1.00
18	3	0.75
19	4	1.00
20	4	1.00
21	3	0.75
22	1	0.25
23	3	0.75
24	4	1.00
25	3	0.75
26	3	0.75
27	3	0.75
28	3	0.75
29	3	0.75
30	4	1.00
31	4	1.00
32	1	0,25

Pakar 3

No. Item	CVI	n
1	3	0.75
2	4	1.00
3	4	1.00
4	3	0.75
5	4	1.00
6	4	1.00
7	3	0.75
8	4	1.00
9	4	1.00
10	2	0.5
11	4	1.00
12	3	0.75
13	4	1.00
14	3	0.75
15	4	1.00
16	4	1.00
17	4	1.00
18	4	1.00
19	3	0.75
20	2	0.5
21	3	0.75
22	4	1.00
23	4	1.00
24	4	1.00
25	4	1.00
26	4	1.00
27	4	1.00
28	4	1.00
29	3	0.75
30	4	1.00
31	4	1.00
32	4	1.00

HASIL CVI

$$\text{CVI} = \frac{N1 + N2 + N3}{3}$$

$$\text{CVI} = \frac{0,98 + 0,90 + 0,91}{3}$$

$$\text{CVI} = 0,93$$

