Pengaruh Pendidikan Kesehatan Keluarga terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien HDR di Kota Tasikmalaya

Ridwan Kustiawan

Abstrak

Videbeck (2008) mengatakan bahwa tanda negatif pada skizofrenia akan menetap lebih lama pada klien. Gejala negatif seringkali tidak disadari oleh pihak keluarga, karena dianggap tidak mengganggu. Salah satu tanda gejala negatif yang sering ditemukan adalah HDR. Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien HDR di Kota Tasikmalaya. Penelitian ini dengan desain *quasi eksperimen* pendekatan *pre post tes* dengan grup kontrol. Responden penelitian adalah keluarga dengan koping keluarga tidak efektif dalam merawat klien HDR, 50 keluarga dibagi 2 kelompok yaitu 25 kelompok intervensi dan 25 kelompok kontrol. Kemampuan keluarga merawat klien HDR yang mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga. Disarankan pendidikan kesehatan keluarga digunakan sebagai terapi keluarga dalam meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien dengan HDR.

Kata Kunci: Kemampuan Keluarga, Klien harga diri rendah, Pendidikan kesehatan keluarga.

Abstract

Videbeck (2008) stated that the negative symptoms of schizophrenia would be more permanent to the client. Negative symptoms usually were not perceived by the family, because of disturbances behaviours. The purpose of this research was to identify the effects of family psychoeducation therapy towards the family ability to take care of the client with low self-esteem in Tasikmalaya. This research utilized quasi experimental design using pre and post test with control group. The respondents consisted of families with ineffective coping in caring for low self-esteem clients, fifty families were divided into 2 groups; 25 families as experimental group and 25 families as control group. The research result demonstrated that the families who received health education showed that the higher ability as compared to families without health education. It was recommended that health education would be used in family therapy for improving the family ability to care for the clients with a low self-esteem.

Keywords: family ability, client low self esteem, health education

PENDAHULUAN

Stuart & Laraia (2005), mengatakan perilaku yang sering muncul pada klien skizofrenia antara lain: motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur yang buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%), penampilan yang tidak rapi/bersih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar (47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan

obat (40%). Penjelasan ini dapat diartikan bahwa pada klien dengan skizofrenia mengalami penurunan motivasi yang tinggi dan sukar menyelesaikan tugas. Hal ini disebabkan karena pasien merasa tidak mempunyai kemampuan lagi, merasa lebih rendah dari orang lain sehingga berdampak pada isolasi sosial. Perilaku yang muncul pada harga diri rendah kronik diantaranya merusak diri dan orang lain, gangguan berhubungan dan menarik diri dari realitas,

sehingga apabila tidak ditangani dapat menyebabkan depresi bahkan lebih jauh dapat melakukan tindakan bunuh diri.

Berdasarkan penelitian Keliat (2006) ditemukan bahwa angka kekambuhan pada pasien tanpa terapi keluarga sebesar 25–50%, sedangkan angka kambuh pada pasien yang diberikan terapi keluarga adalah sebesar 5–10%. Berbagai upaya pengobatan dan teori model konsep keperawatan jiwa telah dilaksanakan, akan tetapi masih banyak klien yang mengalami perawatan ulang atau kekambuhan dan dirawat di rumah sakit jiwa. Menurut Sullinger (1988) dan Carson/Ros (1987) dalam Yosef (2007), klien dengan diagnosa skizofrenia diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua setelah pulang dari rumah sakit, kekambuhan 100% pada tahun kelima setelah pulang dari rumah sakit karena perlakuan yang salah selama di rumah atau di masyarakat.

Masyarakat Tasikmalaya yang mengalami gangguan jiwa cukup banyak. Hal ini bisa dilihat dari rekam medik Rumah Sakit Umum (RSU) Kota tahun 2011 menunjukkan jumlah pasien yang kontrol ke poli jiwa RSU Kota Tasikmalaya sebanyak 6.437 orang, dengan kasus terbanyak setiap bulannya adalah *skizofrenia*.

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test with control group*" dengan intervensi pendidikan kesehatan keluarga. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan kemampuan keluarga dalam memberikan cara perawatan pada klien gangguan jiwa dengan harga diri rendah kronik sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan keluarga di Kota Tasikmalaya.

Populasi penelitian adalah seluruh keluarga dengan salah satu anggota keluarga mengalami gangguan jiwa dengan harga diri rendah di Kota Tasikmalaya. Sampel penelitian adalah keluarga yang mempunyai salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dengan

Pendidikan kesehatan Keluarga adalah salah satu elemen program perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi, edukasi melalui komunikasi yang terapeutik. Program ini merupakan pendekatan yang bersifat edukasi dan pragmatis (Stuart & Laraia, 2005). Carson (2000) menyatakan bahwa psikoedukasional merupakan suatu alat terapi keluarga yang makin populer sebagai suatu strategi untuk menurunkan faktor–faktor resiko yang berhubungan dengan perkembangan gejala–gejala perilaku. Contoh situasi yang tepat dari penerapan pendidikan kesehatan untuk keluarga menurut Carson (2000) adalah: 1). Informasi dan latihan tentang area khusus kehidupan keluarga, seperti latihan ketrampilan komunikasi atau latihan menjadi orang tua yang efektif. 2). Informasi dan dukungan terhadap kelompok keluarga khusus stress dan krisis, seperti pada kelompok pendukung keluarga dengan penyakit *Alzheimer*. 3). Pencegahan dan peningkatan, seperti konseling pra nikah, untuk keluarga sebelum terjadinya krisis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien HDR di Kota Tasikmalaya.

harga diri rendah kronik di Kota Tasikmalaya yang sesuai dengan kriteria inklusi. Didapat sampel 25 kelompok intervensi dan 25 kelompok kontrol.

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian telah diberi informasi tentang rencana, tujuan dan manfaat penelitian melalui pertemuan resmi dan tertulis. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Etika penelitian terhadap subyek penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi dihormati,

anominitas dipertahankan. Data dari responden akan dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data akan dimusnahkan.

Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesamaan variabel antara

kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik keluarga dan kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan klien dengan harga diri rendah kronik antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

HASIL PENELITIAN

Perbedaan kemampuan keluarga dalam merawat klien HDR sebelum dan sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga

Tabel 1. Uji kesetaraan karakteristik keluarga antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sebelum pendidikan kesehatan keluarga di Kota Tasikmalaya

No	Karakteristik keluarga	Kelompok kontrol	Kelompok intervensi	P value
1	Usia			
	25-44 tahun	3	8	0,231
	> 44 tahun	22	17	
2	Pendidikan			
	Rendah	16	22	0,530
	Tinggi	9	3	
3	Pekerjaan			
	Bekerja	18	14	0,177
	Tidak bekerja	7	11	
4	Pendapatan			
	Dibawah UMR	12	15	0,226
	Diatas UMR	13	10	
5	Hubungan dengan klien			
	Keluarga inti	22	22	1,00
	Bukan keluarga inti	3	3	

Tabel 1. diketahui bahwa nilai *p value* dari semua karakteristik klien lebih dari 0,05 artinya bahwa tidak ada perbedaan karakteristik keluarga antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sebelum pelaksanaan pendidikan kesehatan keluarga.

Tabel 2. Uji kesetaraan kemampuan keluarga merawat klien HDR antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sebelum pendidikan kesehatan keluarga di Kota Tasikmalaya

No.	Variabel	Kelompok	Mean	P value
1	Kemampuan keluarga			
	Kognitif	Intervensi	23,46	0,321
	Psikomotor		33,04	
2	Kognitif	Kontrol	27,54	0,545
	Psikomotor		33,04	

Tabel 2. diketahui *mean* antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tidak jauh berbeda. Nilai *p value* kemampuan keluarga lebih dari 0,05 artinya bahwa tidak ada perbedaan antara

kemampuan keluarga baik kognitif maupun psikomotor pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum pemberian terapi pendidikan kesehatan keluarga.

Gambaran kemampuan keluarga dalam merawat HDR

Tabel 3. Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga kelompok intervensi sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan keluarga di Kota Tasikmalaya

No.	Variabel	Mean	SD	Min-maks	P value
1.	Kemampuan Kognitif :				
	Sebelum	41,28	5,82	33-61	0.000
	Sesudah	70,48	2,45	66-75	
	Selisih	29,2			
2.	Kemampuan psikomotor:				
	Sebelum	33,88	4,83	26-46	0.000
	Sesudah	57,12	6,46	45-68	
	Selisih	23,24			

Tabel 3. diketahui pada kelompok intervensi kemampuan keluarga aspek kognitif dan psikomotor dengan *p value* 0,0001 artinya ada perbedaan yang bermakna kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah dilakukan psikoedukasi keluarga. Kemampuan kognitif terdapat peningkatan dari sebelum perlakuan yaitu 40,28 menjadi 70,48 setelah

perlakuan. Kemampuan psikomotor juga mengalami peningkatan dari sebelum perlakuan 33,88 menjadi 57,12 setelah perlakuan. Artinya pada kemampuan kognitif mengalami peningkatan dari kategori sedang menjadi kategori tinggi. Kemampuan psikomotor mengalami peningkatan dari kategori rendah menjadi kategori sedang.

Tabel 4. Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan keluarga di Kota Tasikmalaya 2012

No.	Variabel	Mean	SD	Min-maks	P value
1.	Kemampuan Kognitif :				
	Sebelum	40,48	7,36	31-58	1,0
	Sesudah	40,48	7,36	31-58	
2.	Kemampuan psikomotor:				
	Sebelum	33,04	4,91	27-47	1,0
	Sesudah	33,04	4,91	27-47	

Dari tabel 4. diketahui nilai *p value* nya lebih dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara sebelum intervensi dan setelah intervensi pada kelompok kontrol. Sehingga

semakin memperkuat perlunya perlakuan untuk mendapatkan psikoedukasi keluarga untuk dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor..

Perbedaan kemampuan keluarga merawat klien HDR antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 5. diketahui nilai *p value*nya 0,0001 artinya ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan keluarga antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi setelah dilakukan pendidikan kesehatan keluarga. Meskipun mengalami kenaikan baik kemampuan kognitif maupun psikomotor, apabila dibandingkan dengan rentang nilai maksimal kemampuan kognitif

76 dan kemampuan psikomotor 80, kenaikannya tidak mencapai 100%. Kemampuan kognitif mencapai 92% dan kemampuan psikomotor 71% pada kelompok intervensi. Demikian pula pada kelompok kontrol, kemampuan kognitif hanya mencapai 53% dan kemampuan psikomotor 41%.

Tabel 5. Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah pendidikan kesehatan keluarga di Kota Tasikmalaya

Variabel	Mean	SD	Min-maks	P value
Kemampuan Kognitif :				
Kelompok intervensi	70,48	2,45	66-75	0,0001
Kelompok kontrol	40,48	7,36	31-58	
Selisih	30,00			
Kemampuan psikomotor:				
Kelompok intervensi	57,12	6,46	45-68	0,0001
Kelompok kontrol	33,04	4,91	27-47	
Selisih	24,08			

PEMBAHASAN

Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap kemampuan kognitif

Hasil analisis menunjukkan skor kemampuan kognitif keluarga sebelum pemberian pendidikan kesehatan pada kelompok intervensi adalah 41,28 dan setelah mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga menjadi 70,48 dengan *p value* 0,000. Artinya terdapat perbedaan yang bermakna pada kelompok intervensi antara sebelum dilakukan terapi psikoedukasi dengan setelah dilakukan terapi psikoedukasi keluarga. Apabila dikategorikan maka kemampuan kognitif sebelum tindakan pendidikan kesehatan keluarga berada pada kategori sedang, namun setelah dilakukan perlakuan psikoedukasi keluarga meningkat menjadi kategori tinggi. Pencapaian peningkatan kemampuan kognitif sebesar 92% pada kelompok intervensi, dan pencapaian kemampuan kognitif pada kelompok kontrol sebesar 53% dari nilai maksimal kemampuan kognitif. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan dengan perubahan perilaku (Notoatmodjo 2003).

Menurut Marsh (2000 dalam Stuart & Sundeen 2006), program komprehensif dengan pemberdayaan keluarga memenuhi komponen informasi tentang gangguan jiwa dan sistem kesehatan jiwa, komponen keterampilan (komunikasi, resolusi terhadap konflik, pemecahan masalah, asertif,

manajemen perilaku dan stress. Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan klien meningkatkan hasil dengan cara pendidikan dan dukungan keluarga untuk bekerjasama (Stuart & Laraia, 2005). Keluarga dapat mengambil keputusan yang tepat apabila didukung dengan kemampuan kognitif yang baik tentang gangguan jiwa.

Pendidikan kesehatan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga karena dalam terapi mengandung unsur meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan keluarga bagaimana teknik pengajaran untuk keluarga dalam upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005).

Pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap kemampuan psikomotor

Mengubah perilaku terlebih dahulu harus dilakukan strategi untuk mengubah pikiran (kognitif), karena perubahan perilaku diawali dengan penambahan pengetahuan. Perubahan perilaku dapat dilakukan dengan tiga strategi (WHO dalam Notoatmodjo, 2003) yaitu menggunakan kekuatan/

dorongan, pemberian informasi dan diskusi. Sementara Sunaryo (2004 dalam Sari 2007) menyatakan bahwa perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor kebutuhan, motivasi, sikap dan kepercayaan. Pemberdayaan keluarga secara langsung yang didukung pengetahuan yang cukup dan sikap positif maka akan meningkatkan kemampuan keluarga untuk merawat klien.

Perubahannya yang terjadi pada kemampuan psikomotor tidak seperti pada kemampuan kognitif, karena untuk merubah perilaku atau kemampuan psikomotor memerlukan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan perubahan pada kognitif. Ditambah dengan perawatan pada gangguan jiwa bersifat jangka panjang (Videbeck, 2008). Hal ini menunjukkan bahwa keterampilan tertentu dapat dilatih melalui proses belajar sehingga mengalami peningkatan, sehingga peningkatannya hanya dari kategori rendah ke kategori sedang. Peran keluarga didalam perubahan perilaku ini sangat menentukan karena menurut Stuart & Sundeen (2005), keluarga dapat memberikan perasaan mampu atau tidak mampu, diterima atau ditolak.

Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kelompok kontrol, kelompok intervensi

Peningkatan kemampuan kognitif pada kelompok intervensi sebesar 92% dan pada kemampuan psikomotor sebesar 71%. Sementara pada kelompok kontrol pencapaian kemampuan kognitif sebesar 53% dan kemampuan psikomotor 41% dari nilai maksimal kemampuan kognitif. Psikoedukasi keluarga merupakan salah satu bentuk terapi perawatan kesehatan jiwa keluarga dengan cara pemberian informasi dan edukasi melalui komunikasi yang terapeutik (Stuart & Laraia, 2005). Komunikasi terapeutik sangat diperlukan dalam menghadapi klien dengan gangguan jiwa terutama yang mengalami harga diri rendah kronik (HDR). Harga diri rendah merupakan salah satu tanda negatif *skizofrenia*. Gejala negatif yang muncul pada pasien HDR yaitu sikap apatis, bicara jarang, dan respon emosional yang tumpul.

Klien mengalami penurunan dalam kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan. Klien tidak percaya diri, merasa asing atau berbeda dari orang lain. Klien tidak percaya bahwa mereka adalah individu yang berharga, sehingga klien menghindari orang lain. Videbeck (2008), berpendapat meskipun gejala negatif tidak terjadi secara episodik seperti gejala positif tetapi gejala-gejala tersebut menyebabkan keluarga harus memberikan perhatian *ekstra* kepada pasien (meningkatkan kebutuhan untuk bantuan *activity daily living*) karena gejala negatif menetap lebih lama dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien.

Penelitian Wardaningsih (2007) bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi di Kabupaten Bantul Yogyakarta. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh yang bermakna dalam menurunkan beban keluarga dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan halusinasi. Penelitian Sari (2009) bertujuan untuk mengetahui pengaruh psikoedukasi/ pendidikan kesehatan keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Kabupaten Bireuen Nangro Aceh Darussalam. Hasil penelitian ditemukan adanya pengaruh yang bermakna meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien dengan dipasung.

Pendidikan kesehatan keluarga dapat meningkatkan kemampuan keluarga karena dalam terapi mengandung unsur meningkatkan pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan teknik yang dapat membantu keluarga untuk mengetahui gejala-gejala penyimpangan perilaku serta peningkatan dukungan bagi anggota keluarga itu sendiri. Tujuan program pendidikan ini adalah meningkatkan pencapaian pengetahuan keluarga tentang penyakit, mengajarkan

keluarga bagaimana teknik pengajaran untuk keluarga dalam upaya membantu mereka melindungi keluarganya dengan

mengetahui gejala-gejala perilaku dan mendukung kekuatan keluarga (Stuart & Laraia, 2005).

KESIMPULAN

Karakteristik keluarga klien dengan HDR adalah sebagai berikut: sebagian besar berusia lebih dari 44 tahun, mayoritas berpendidikan rendah, pendapatan keluarga pada kelompok kontrol lebih banyak di atas UMR, sementara pada kelompok intervensi lebih banyak dibawah UMR, mayoritas keluarga mempunyai pekerjaan, hubungan dengan klien mayoritas adalah keluarga inti (orang tua).

Pendidikan kesehatan menunjukkan perbedaan yang bermakna pada

kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga dalam merawat klien dengan HDR antara sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan keluarga.

Pendidikan kesehatan keluarga menunjukkan perbedaan secara bermakna antara kelompok yang mendapatkan terapi psikoedukasi keluarga dengan kelompok yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan keluarga di Kota Tasikmalaya.

SARAN

Dinas kesehatan Kota Tasikmalaya membuat kebijakan atau mengadakan pelatihan terkait program pelayanan kesehatan jiwa di Kota Tasikmalaya dengan meningkatkan peran serta keluarga untuk mengaktifkan pemberdayaan masyarakat dan menetapkan program pelayanan kesehatan jiwa masyarakat

sebagai program utama dalam program pokok pelayanan Puskesmas. Puskesmas mengadakan frekuensi penyuluhan dalam forum keluarga yang sudah ada di setiap puskesmas untuk melakukan deteksi dini, penyuluhan sebagai upaya preventif dan promotif, serta melakukan pemulihan pada pasien dengan gangguan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I.(1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta: FKM-UI. (tidak dipublikasikan).
- Carson, V.B (2000). *Mental health nursing: the nurse-patient. Journey* Philadelphia: WB. Saunders Company
- Chien T.W.,Wong F.K. (2007). *A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrania in hongkong*. Arlington
- Dopp. P (2008). *Single & multi Family network interventions: AN integrative response to seious mental illness*.2009.
- Fortinash, K.M. & Holoday, P.A. (2004). *Psychiatric mental health nursing. Third edition,,* St. Louis Missouri: Mosby – Year Book Inc.
- Fontaine, K.L (2009). *Mental health nursing Sixth edition, new jersey*: pearson education Inc
- Goldenberg I & Goldenberg H. (2004). *Family therapi an overview. Sixth edition*. United states: Thomson
- Hamilasari, (2009). Pengaruh family psychoeducation therapy terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di kabupten bireuen nanggroee aceh darussalam, Tesis Jakarta. FIK. Tidak dipublikasikan.