HUBUNGAN KARAKTERISTIK DENGAN KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT KLIEN HARGA DIRI RENDAH KRONIK

¹ **Ridwan Kustiawan**

¹ Dosen Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

E-mail: ridwan.arid@yahoo.com

Abstrak

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 hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR di Kota Tasikmalaya. Penelitian ini dengan desain *korelasi*. Responden penelitian adalah keluarga dengan koping keluarga tidak efektif dalam merawat klien HDR sebanyak 25 keluarga. Karakteristik keluarga yang berhubungan dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR hanya aspek hubungan dengan klien itupun hanya pada kemampuan psikomotor saja, sedangkan pada kemampuan kognitif tidak ada yang berhubungan. Disarankan dilakukan intervensi lain untuk meningkatkan kemampuan keluarga merawat klien dengan HDR.

Kata kunci: Kemampuan keluarga, karakteristik keluarga,

Abstract

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, 25 fifty families. The family characteristic which has relationship with family ability in caring the low self esteem client is only relationship with client in psychomotor ability aspect, mean while there is no relationship in cognitive ability. It was recommended that family psychoeducation would be used in family therapy for improving the family ability to care for the clients with a low self-esteem.

Keywords: Family ability, family characteristic.

PENDAHULUAN

Maslim (2003 dalam Parendrawati, 2008) gangguan jiwa adalah sindroma atau pola perilaku yang secara klinis cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan yang menimbulkan hendaya pada satu atau lebih fungsi yang penting dari kehidupan manusia. Manusia merupakan suatu sistem, apabila salah satu bagian terganggu maka dapat mempengaruhi bagian yang lain. Demikian pula apabila jiwanya terganggu maka akan berdampak pada penurunan atau keterbatasan fungsi yang penting dari kehidupannya. Manusia tidak terlepas dari permasalahan hidup, hal tersebut akan berdampak pada harga diri apabila tidak dapat mengatasi masalahnya.

Masalah hidup yang sering tidak selesai dapat menyebabkan harga diri rendah situasional dan apabila tidak dapat ditangani menyebabkan harga diri rendah kronik.

Empat faktor penyebab klien kambuh menurut Sullinger (1988 dalam Yosef, 2007) salah satunya adalah keluarga. Berdasarkan penelitian di Inggris (Vaugh, 1976) dan di Amerika (Synder, 1981) memperlihatkan bahwa keluarga dengan ekspresi emosi yang tinggi (bermusuhan, mengkritik, banyak melibatkan diri dengan klien) diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan. Hasilnya 57% kembali dirawat dan berasal dari keluarga dengan *ekspresi* emosi yang tinggi, dan 17% kembali dirawat dari keluarga dengan

ekspresi emosi yang rendahHal ini membuktikan bahwa intervensi keperawatan jiwa harus sinergi dengan dukungan keluarga. Tidak bisa saling mengandalkan satu sama lain, namun keduanya merupakan hal yang sangat penting dalam penanganan gangguan jiwa.

Videbeck (2008) *deteriorasi* konsep diri merupakan masalah utama pada *skizofrenia*. Harga diri merupakan salah satu dari lima komponen dari konsep diri yang dapat diartikan sebagai penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart & Sundeen 2005). Keliat (2006) harga diri rendah kronik adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Harga diri rendah dapat disebabkan oleh peristiwa traumatik seperti kehilangan pekerjaan, harta benda dan orang yang dicintai. Hal tersebut berdampak serius kepada klien, sehingga dampak tersebut sangat mempengaruhi persepsi akan kemampuan dirinya akibatnya dapat mengganggu harga diri seseorang. Harga diri rendah kronik terjadi disebabkan banyak faktor. Hasil studi pendahuluan di Kota Tasikmalaya didapatkan keluarga yang mempunyai klien dengan HDR kronik. Kota Tasikmalaya merupakan salah satu kota yang ada di provinsi Jawa Barat. Secara umum kota Tasikmalaya merupakan masyarakat transisi yaitu peralihan dari masyarakat agraris menjadi masyarakat industri. 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*.

Clement dan Buchanan (1982 dalam Yosep, 2007) bahwa keluarga merupakan tempat dimana individu memulai hubungan interpersonal dengan lingkungannya, keluarga merupakan institusi pendidikan utama bagi individu untuk belajar dan mengembangkan

nilai, keyakinan, sikap dan perilaku, sehingga diharapkan tumbuh menjadi manusia yang mempunyai harga diri yang baik. Apabila dalam keluarga sudah bisa bersosialisasi dan melakukan perannya maka itu sebagai persiapan awal untuk kembali berperan di masyarakat.

Keluarga merupakan suatu sistem, apabila satu tidak sempurna dapat mempengaruhi anggota keluarga yang lain. Anggota keluarga tidak mengetahui cara melakukan perawatan pada salah satu anggota keluarganya maka akan mengganggu sistem keluarga tersebut. Keluarga berada dengan klien setiap hari, sehingga sangat besar pengaruh keluarga untuk pasien. Menurut Sullinger (1988 dalam Yosep, 2007) bahwa salah satu faktor kambuhnya gangguan jiwa adalah keluarga yang tidak tahu cara menangani perilaku klien di rumah. Klien dengan harga diri rendah memerlukan keluarga untuk mengembalikan kepercayaan dirinya atau untuk meningkatkan harga dirinya menjadi lebih baik. Keluarga dapat mengoptimalkan kemampuan yang masih bisa dilakukan klien dan terus diberi dukungan serta diberikan pujian atas keberhasilannya. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan karakteristik keluarga terhadap kemampuan keluarga merawat klien HDR.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah deskripsi korelasi dilakukan untuk mengetahui hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan keluarga dalam memberikan cara perawatan pada klien gangguan jiwa dengan harga diri rendah kronik. Populasi adalah seluruh keluarga dengan salah satu anggota keluarganya mengalami gangguan jiwa dengan harga diri rendah di Kota Tasikmalaya. Sampel adalah keluarga yang mempunyai salah satu anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dengan harga diri rendah kronik; keluarga (bapak, ibu atau kerabat lain yang tinggal serumah) yang memberikan perawatan pada klien dengan harga diri rendah kronik dengan nilai dari

instrumen pengukuran diri ≥ 62 ; bisa membaca dan menulis; bersedia menjadi responden dan tinggal menetap di kota Tasikmalaya; keluarga yang termasuk dalam diagnosa keperawatan koping keluarga tidak efektif (ada efek yang dirasakan selama memberikan perawatan/beban perawatan). Keluarga yang masuk dalam kriteria inklusi adalah dengan nilai kemampuan kognitif keluarga < 59 dan nilai < 60 kemampuan psikomotor keluarga dalam merawat klien dengan harga diri rendah kronik dengan jumlah 25 responden

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel yang diukur dalam penelitian. Karakteristik responden yang meliputi usia, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien yang gangguan jiwa dan pendapatan responden merupakan data katagorik yang dianalisis untuk menghitung frekuensi dan persentase variabel. Kemampuan keluarga meliputi kemampuan kognitif dan psikomotor merupakan data numerik yang dianalisis untuk menghitung mean, median, standar deviasi, *confidence interval* 95%, nilai maksimal dan minimal. Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Analisis bivaialt dilakukan untuk mengetahui hubungan antara karaktersitik keluarga dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR di Kota Tasikmalaya.

HASIL PENELITIAN

Pada tabel 1. diketahui karakteristik keluarga yang merawat klien dengan HDR di Kota Tasikmalaya sebagian besar berusia lebih dari 44 tahun yaitu sebesar 68%, sebagian besar dengan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 52%, sebagian besar berpendidikan rendah yaitu sebesar 88%. Sebagian besar keluarga bekerja yaitu sebesar 56%, sebagian besar mempunyai pendapatan di bawah UMR Kota Tasikmalaya

sebesar 60% dan sebagian besar adalah keluarga inti yaitu sebesar 88%

Tabel 1. Gambaran karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga	Frekuensi	Presentasi
1. Usia		
a. 25-44 tahun	8	32
b. > 44 tahun	17	68
2. Jenis kelamin		
a. Laki-laki	12	48
b. Perempuan	13	52
3. Tingkat pendidikan		
a. Rendah	22	88
b. Tinggi	3	12
4. Tingkat pekerjaan		
a. Bekerja	14	56
b. Tidak bekerja	11	44
5. Pendapatan		
a. Dibawah UMR	15	60
b. Diatas UMR	10	40
6. Hubungan dgn klien		
a. Keluarga inti	22	88
b. Bukan keluarga inti	3	12

Kemampuan keluarga ada dua bagian yaitu kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor. Kemampuan kognitif dianalisis dengan melihat skor pernyataan dengan rentang nilai 19 – 76. Kemampuan psikomotor dengan rentang nilai 20 – 80. Dapat dilihat pada table 2., skor kemampuan kognitif keluarga yaitu 41,28 dan skor kemampuan psikomotor keluarga 33,88.

Tabel 2. Rata-rata kemampuan kognitif dan psikomotor keluarga

Variabel Kemampuan keluarga	Mean	SD	Min-maks
Kognitif	41,28	5,82	33 – 61
Psikomotor	33,88	4,83	26 – 46

Pada tabel 3., diketahui bahwa dari semua karakteristik keluarga yang *p-valuenya* lebih kecil dari 0,05 adalah hanya aspek hubungan dengan klien sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh aspek hubungan dengan klien terhadap kemampuan psikomotor

Tabel 3. Hubungan karakteristik dengan kemampuan keluarga di Kota Tasikmalaya

Variabel Karakteristik	Kognitif			Psikomotor		
	N	mean	<i>P value</i>	n	mean	<i>P value</i>
1. Usia						
a. 25-44 tahun	8	10,56	0,249	8	10,38	0,220
b. >44 tahun	17	14,15		17	14,24	
2. Hubungan dengan klien						
a. Keluarga inti	22	13,91	0,90	22	14,20	0,026
b. Bukan keluarga inti	3	6,33		3	4,17	
3. Pendidikan						
a. Rendah	22	12,91	0,865	22	13,05	0,933
b. Tinggi	3	13,67		3	12,67	
4. Pekerjaan						
a. Bekerja	14	14,61	0,211	14	14,75	0,179
b. Tidak bekerja	11	10,95		11	10,77	
5. Pendapatan						
a. Di bawah UMR	15	13,53	0,653	15	13,37	0,541
b. Di atas UMR	10	12,20		10	11,90	

PEMBAHASAN

Usia Responden

Hasil analisis menunjukkan nilai *p-value* lebih besar 0,05 pada kemampuan kognitif dan psikomotor. Artinya bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia keluarga terhadap kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan klien HDR. Keluarga dengan usia yang lebih tua melaporkan kesulitan yang dialami dalam hal tanggung jawab finansial dan transportasi serta dukungan emosional dari anggota keluarga yang lain. Penelitian ini menemukan bahwa mayoritas usia keluarga klien dengan HDR adalah lebih dari 44 tahun.

Wardaningsih (2007) menyatakan dalam penelitiannya bahwa tidak ditemukan adanya hubungan antara usia keluarga dengan peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor klien dengan halusinasi. Hal ini bertentangan dengan pernyataan Wong (1995, dalam Potter, 2005) yang menyatakan bahwa usia menunjukkan perkembangan kemampuan belajar dan bentuk perilaku yang dibutuhkan. Kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang (Edelman & Manie 1994, dalam Potter, 2005). Stuart dan Laraia (2005) juga mengemukakan perubahan usia akan mempengaruhi

kecenderungan menggunakan jasa pelayanan kesehatan mental dimana semakin bertambah usia seseorang akan semakin besar kepercayaannya untuk mencari pertolongan ke fasilitas kesehatan. Perilaku mencari bantuan tersebut mencapai puncaknya pada rentang usia 25-45 tahun dan semakin menurun seiring dengan pertambahan usia. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping. Artinya bahwa usia tersebut sudah mampu untuk memilih pelayanan kesehatan mana yang dapat digunakan dan dapat melakukan tindakan yang dapat memperbaiki kondisi dirinya.

Notoatmojo (2003) menyatakan bahwa terdapat 3 kategori utama dalam pelayanan kesehatan yakni: karakteristik predisposisi, karakteristik pendukung, karakteristik kebutuhan. Karakteristik predisposisi digunakan untuk menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda, salah satu ciri demografi adalah umur. Orang yang telah berumur dewasa akan berfikir lebih rasional untuk mencari pelayanan kesehatan. Orang tua lanjut mungkin akan mencari pelayanan kesehatan yang lebih dekat dan

cepat sehingga tenaga yang dibutuhkan lebih sedikit.

Keluarga masih mampu merawat klien di rumah walaupun dengan segala keterbatasan dan pemahaman yang kurang tentang perawatan klien gangguan jiwa. Hal ini dapat diantisipasi dengan pemberdayaan keluarga untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor diantaranya melalui psikoedukasi keluarga sehingga klien dapat dirawat dengan layak di rumah. Friedman (1998) mengungkapkan bahwa pemberdayaan masyarakat harus bekerja ditingkat keluarga. Keluarga dengan usia lebih dari 44 tahun mempunyai pengalaman yang cukup dalam memberikan perawatan kepada klien dengan gangguan jiwa. Pengalaman tersebut dibantu dengan peran perawat yaitu supaya dapat membuat klien gangguan jiwa lebih mandiri dan produktif di masyarakat (Yosef, 2007). Kecakapan untuk menyelesaikan problem praktis meningkat pada usia 40-50 tahun menurut Denney (1993 dalam Notoatmojo 2007).

Usia lebih dari 44 tahun berada pada masa puncak dalam pemberian perawatan dan penyelesaian problem praktis, namun karena usia lebih dari 44 tahun tersebut ada juga yang melebihi diatas usia 50 tahun yang tentunya melewati masa puncak. Rata-rata usia responden adalah 52 tahun, justru semakin tua usia akan semakin menurun kemampuan fisik untuk memberikan perawatan kepada klien gangguan jiwa dengan harga diri rendah. Sementara klien HDR memerlukan keluarga yang masih terus menerus memberikan motivasi untuk melakukan kegiatan sehari-harinya. Keluarga dengan usia yang sudah tua kadang bercampur dengan permasalahan kesehatan sendiri, hal ini dapat menyebabkan kurang maksimalnya dalam memberikan perawatan kepada klien dengan harga diri rendah kronik.

Pendidikan

Redman (1993 dalam Potter, 2005) menyatakan bahwa pendidikan lebih tinggi akan memberikan pengetahuan yang lebih besar sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan yang lebih baik. Pada waktu

individu menyadari tentang kesehatannya, maka cenderung mencari pertolongan secepatnya guna mengatasi yang dihadapinya. Sejumlah studi mengidentifikasi pentingnya pendidikan sebagai sumber koping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa, bahkan dikatakan pendidikan lebih bermakna daripada tingkat penghasilan dalam menentukan penggunaan fasilitas kesehatan jiwa. Individu dengan pendidikan lebih tinggi sering menggunakan fasilitas kesehatan jiwa daripada pendidikan rendah (Stuart & Laraia, 2005).

Menurut Stuart & Laraia (2005), pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah gangguan jiwa dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari gangguan jiwa. Pendidikan merupakan suatu hal yang lebih penting dibanding penghasilan sehingga pendidikan juga dapat dipergunakan untuk menggambarkan kesehatan jiwa. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan jiwa. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Faktor pendidikan juga mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Tingkat pendidikan rendah akan lebih pasrah dengan segala kondisi yang ada atau sebaliknya akan rentang dengan kondisi *stress*. Pendidikan tinggi tidak menjadi jaminan bahwa seseorang terbebas dari *stress*, tapi pendidikan yang memadai akan berdampak pada pekerjaan yang diperankannya.

Menurut peneliti hal ini dipicu penilaian yang kurang terhadap *stressor* dan karena kondisi klien yang sudah mengalami gangguan jiwa dalam waktu yang cukup lama dan memerlukan perawatan berkelanjutan sehingga kepekaan keluarga terhadap hal ini sudah berkurang. Hal tersebut senada dengan ungkapan Videbeck (2008), bahwa perawatan penyakit jiwa mahal karena gangguannya bersifat jangka panjang. Hampir semua keluarga sudah menghabiskan waktu dan hartanya namun kadang perubahan yang

diharapkan tidak ada, sehingga akan mengurangi kepekaan keluarga meskipun dengan pendidikan yang tinggi. Idealnya pendidikan berpengaruh terhadap cara berfikir dan bersikap seseorang. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka akan semakin baik cara berfikirnya dan semakin baik juga kopingnya. Tingkat pendidikan yang tinggi akan memotivasi keluarga untuk menggunakan fasilitas layanan kesehatan jiwa karena adanya pemahaman bersikap dan bertindak bahwa lebih baik mencegah daripada mengobati.

Pendidikan adalah status resmi tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh keluarga. Menurut Siagian (1995, dalam Sari 2009) semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien berinteraksi secara efektif (Struart & Laraia, 2005). Jelaslah bahwa pendidikan mempengaruhi kemampuan keluarga untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, menerima masukan dan keterampilan serta motivasi untuk dapat menyelesaikan masalah dalam dirinya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh antara pendidikan dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR menguatkan bahwa psikoedukasi keluarga dapat dilakukan secara universal terhadap siapa saja tanpa membedakan latar belakang pendidikan. Hal yang utama adalah perasaan merasa bahwa pengetahuan adalah kebutuhan, sehingga meskipun pendidikan rendah namun pengetahuan adalah kebutuhan akan lebih diterima dibandingkan dengan pendidikan tinggi namun tidak merasa pengetahuan kejiwaan sebagai kebutuhan.

Sebagian responden dalam penelitian ini berpendidikan rendah, tentunya sangat menentukan pengambilan keputusan dalam memberikan perawatan klien dengan gangguan jiwa. Hal ini dapat terlihat hampir pada semua keluarga pernah membawa klien ke pengobatan alternatif. Hal ini dilakukan karena seseorang berfikir sesuai dengan pendidikannya, misalnya lebih baik

memberikan pengobatan dengan alternative dibandingkan ke pelayanan kesehatan.

Pekerjaan

Uji statistik status pekerjaan keluarga klien HDR menunjukkan proporsi terbesar adalah bekerja. Analisis data ditemukan tidak adanya hubungan yang bermakna antara status pekerjaan keluarga dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR ($p\text{ value} > 0,05$). Hasil penelitian ini didukung penelitian Wardaningsih (2007) yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara status pekerjaan keluarga dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR.

Sebagian besar keluarga klien HDR melakukan pekerjaan yang bisa dilakukan di rumah maupun di luar rumah. Keluarga dengan bekerja mempunyai kesibukan lain di samping memberikan perawatan kepada klien, sehingga waktu yang mereka punya untuk memberikan perawatan tidak sebanyak yang tidak bekerja. Idealnya keluarga yang tidak bekerja mempunyai waktu yang lebih banyak sehingga kemampuan merawatnya pun harus lebih baik. Namun tidak demikian, meskipun tidak bekerja, keluarga tidak menghabiskan waktunya untuk banyak berinteraksi dengan klien gangguan jiwa, dikarenakan keluarga juga mempunyai kepentingan lainnya. Hal tersebut dilakukan karena klien HDR hanya jadi beban saja artinya dengan mempunyai klien yang gangguan jiwa menimbulkan stress pada keluarga (Mohr, 2006). Sehingga keluarga banyak yang membiarkan klien gangguan jiwa di dalam kamarnya, yang penting tidak sampai mengganggu masyarakat.

Masalah pekerjaan merupakan sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari, 2001). Pekerjaan juga terkait dengan status ekonomi seseorang. Status ekonomi yang rendah lebih rentan terhadap terjadinya masalah kesehatan jiwa dan jika dihubungkan dengan masalah dalam keluarganya yang mempunyai klien dengan gangguan jiwa akan menambah beban keluarga dikarenakan klien gangguan jiwa

memerlukan perawatan yang lama yang kadang mengganggu pekerjaan keluarga.

Menurut Kaplan,dkk (2007) perubahan status pekerjaan yang terjadi secara tiba-tiba dapat menjadikan suatu stressor yang memaksa seseorang untuk berespon dan mengadakan adaptasi terhadap masalah yang timbul. Sebagian keluarga yang awalnya bekerja, namun semenjak mempunyai anggota keluarga yang sakit jiwa, terkadang menjadi terganggu pekerjaannya. Namun ada di sisi lain dengan keluarga bekerja maka mempunyai kegiatan yang dapat dijadikan sebagai distraksi atau kegiatan yang menyenangkan untuk mengurangi stress yang dialami selama keluarga merawat klien dengan HDR.

Hubungan dengan klien

Hasil analisa univariat menunjukkan mayoritas hubungan keluarga dengan klien adalah keluarga inti (orang tua). Uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara hubungan keluarga dengan kemampuan kognitif keluarga. Namun ada hubungan yang bermakna antara aspek hubungan dengan klien terhadap kemampuan psikomotor keluarga ($p\text{ value} < 0,05$).

Hubungan dengan klien menurut friedman (1998) ada 2 tipe coping keluarga yaitu *intrafamilial* (dalam keluarga inti) dan *ekstrafamilial* (di luar keluarga inti). Diasumsikan latar belakang budaya jawa yang mengutamakan kekerabatan sehingga siapapun yang sakit dalam keluarga merupakan masalah bersama. Semua keluarga menerima keadaan anggota keluarganya. Terlebih keluarga inti, mereka akan merasa lebih terikat untuk membantu memberikan perawatan pada klien dengan gangguan jiwa. Mereka beranggapan meskipun sakit jiwa tetapi klien merupakan keluarganya yang harus diberikan perawatan secara baik.

Menurut peneliti hal ini berkaitan dengan rasa kehilangan dan berduka yang dirasakan keluarga terhadap kondisi klien yang mereka kenal sebelum mengalami gangguan jiwa dan saat ini telah kehilangan harapan, mimpi dan cita-citanya. Tinggal bersama dan merawat anggota keluarga dengan gangguan jiwa

dapat menimbulkan *stress* yang berat terhadap keluarga. Secara tidak langsung semua anggota keluarga turut merasakan pengaruh dari keadaan tersebut. Individu dengan gangguan jiwa membutuhkan lebih banyak kasih sayang, bantuan dan dukungan dari semua anggota keluarga. Pada saat yang sama anggota keluarga merasakan ketakutan, kekhawatiran dan dampak dari perubahan perilaku anggota keluarga dengan gangguan jiwa yang dapat meningkatkan ketegangan dan kemampuan anggota keluarga lain untuk berpartisipasi dalam perawatan di rumah.

Hubungan dengan klien (keluarga inti) secara psikomotor akan mempunyai dampak yang berbeda dibandingkan yang bukan keluarga inti. Hubungan dengan klien dapat sebagai orang tua, suami/istri, saudara kandung tentunya masih mempunyai perasaan kasih sayang yang lebih dibandingkan dengan yang bukan keluarga inti. Responden yang bukan keluarga inti hanya sebatas memenuhi kebutuhan fisik, namun yang ada hubungan sebagai keluarga inti tentunya masih ada perasaan kasih sayang sehingga hal-hal yang sifatnya bukan fisik masih diperhatikan. Sehingga diharapkan dengan adanya hubungan keluarga, akan ada perasaan mencintai dan menerima yang dapat meningkatkan harga dirinya (Keliat, 1998). Keluarga dapat memberikan perasaan mampu dan diterima, memberikan kesempatan berhasil yang dapat meningkatkan harga dirinya (Suliswati, 2002). Berdasarkan hal tersebut diharapkan keluarga bukan sebagai penyebab kekambuhan klien seperti ungkapan Sullinger dalam Yosef (2007), namun keluarga sebagai pemberi semangat dan motivasi. Perawat keperawatan jiwa bekerja dengan keluarga merupakan bagian penting dari proses perawatan klien gangguan jiwa (Stuart & Laraia, 2005).

Pendapatan

Uji statistik menunjukan tidak ada hubungan yang bermakna antara pendapatan dengan kemampuan keluarga. Menurut Vidbeck (2008) perawatan penyakit jiwa memerlukan biaya yang mahal karena bersifat

jangka panjang. Hampir semua keluarga sudah menghabiskan hartanya, sehingga ada beberapa keluarga yang tidak mempunyai rumah karena sudah dijual untuk mengobati yang sakit jiwa. Keluarga tidak memfokuskan pendapatannya untuk pengobatan klien namun dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya.

Hasil penelitian ini didukung pertanyaan Townsend (2005), sosial ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk *skizofrenia*. Masalah pekerjaan terkait dengan kemiskinan, tidak memadainya fasilitas, tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan makan dan perumahan, rendahnya pemenuhan perawatan kesehatan anggota keluarga akan memicu sedikitnya sumber seseorang untuk mengatasi situasi *stress* dan adanya pernyataan yang tidak berdaya. Penghasilan yang rendah akan sangat berdampak kepada pemberian perawatan pada klien gangguan jiwa. Kebanyakan dari keluarga akan lebih mengutamakan untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya dibandingkan dengan mengalokasikan dana untuk perawatan klien gangguan jiwa yang telah berlangsung lama.

Hal senada dikemukakan Hidayat (2005), bahwa masalah ekonomi dan keuangan yang tidak sehat seperti: tidak adanya pekerjaan, hutang, kebangkrutan, pendapatan lebih kecil dari pengeluaran, berpengaruh terhadap kesehatan jiwa seseorang. Stuart dan Laraia (2005) juga menyatakan bahwa keluarga dengan gangguan jiwa stressor yang dihadapi berbeda dengan keluarga dengan masalah kesehatan lain, sehingga apabila keluarga tidak kuat menghadapinya akan menyebabkan putus asa. Menurut Nasir dan Muhith (2011) dalam kondisi normal angka bunuh diri diperkirakan berkisar antara 8-50 per 100 ribu orang, tetapi dengan kesulitan ekonomi angka ini akan meningkat 2 sampai 3 kali lebih tinggi.

Stuart & Laraia (2005) mengatakan adanya efek negatif dari kemiskinan yang hubungannya dengan kesehatan mental diantaranya hubungan antara status ekonomi yang rendah dengan tingginya angka

gangguan jiwa serta angka pasien yang dirawat. Banyak pasien dengan gangguan jiwa yang dirawat di rumah sakit jiwa berasal dari keluarga miskin yang dibuktikan dengan hampir sebagian besar pasien menggunakan kartu jamkesmas. Idealnya keluarga harus mempunyai pendapatan yang besar untuk memberikan perawatan pada klien gangguan jiwa. Namun meskipun tidak mempunyai pendapatan yang besar, keluarga dapat memberikan perawatan pada klien dengan gangguan jiwa dengan memanfaatkan dana pemerintah seperti Jamkesmas, atau Jamkeskinda. Sehingga pendapatan keluarga dapat dipakai untuk kebutuhan lain di luar pengobatan klien dengan gangguan jiwa.

Menurut peneliti, hampir semua keluarga mengatakan sudah habis-habisan mengeluarkan hartanya untuk pengobatan, namun hasilnya belum memuaskan. Keluarga lebih memilih mendiamkan saja klien gangguan jiwa daripada harus menghabiskan kembali dana yang mereka miliki. Keluarga mengatakan bahwa kebutuhan sehari-harinya bukan saja mengurus yang sakit jiwa, namun untuk anggota keluarga yang lain pun membutuhkan keuangan yang tidak sedikit. Sebagian besar responden memiliki pendapatan di bawah UMR, sehingga mereka sangat bersyukur mempunyai kartu Jamkesmas atau Jamkeskinda.

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). Kemampuan kognitif keluarga lebih besar dari kemampuan psikomotor yaitu 40,28, sedangkan kemampuan psikomotor keluarga 33,88. Karakteristik keluarga yang berhubungan dengan kemampuan keluarga merawat klien HDR hanya aspek hubungan dengan klien itupun hanya pada kemampuan psikomotor saja.

SARAN

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/rehabilitasi pada pasien dengan gangguan jiwa.

Meningkatkan partisipasi masyarakat secara aktif dengan melaporkan klien gangguan jiwa kepada pihak terkait untuk bersama-sama mencari solusi untuk kepentingan bersama.

Keluarga klien dengan HDR : Berperan lebih aktif dalam merawat dan mencari sumber pendukung untuk meningkatkan kemandirian klien dengan HDR sehingga hasil akhir yang diharapkan klien dapat kembali berperan di keluarga dan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I., (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta : FKM-UI. (tidak dipublikasikan).
- 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 therapy an overview. Sixth edition*. United states: Thomson
- Hidayat, (2005). *Riset keperawatan dan teknik penulisan ilmiah*. Jakarta: Penerbit Salemba medika
- Keliat, B.A, dkk., (1998). *Pusat Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta. EGC
- _____, (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta :WHO.FIK UI
- _____, (2006). *Modul model praktek keperawatan profesional jiwa (MPKP Jiwa)*, Jakarta : WHO-FIK UI.
- Notoadmodjo, S., (2003). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku*, Yogyakarta: Andi Offset.
- Polit, D.F. & Beck, C.T, (2006). *Essentials of nursing research: Methods appraisal and utilization*(6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Stuart,G.W & Laraia, M.T., (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Suliswati, dkk., (2002). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*, Jakarta : EGC
- Stuart G.W. and Sundeen, (1995), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis : Mosby Year B.
- Videbeck, S.L., (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*.(3rd edition). Philadelpia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Varcarolis, E.M., (2006). *Psychiatric nursing clinical guide, assesment tools and diagnosis*. Philadelphia: W.B Saunders Co
- _____, (2006). *Foundations of pshychiatric mental health nursing a clinical approach, edisi 5*. Sounders elseiver, St Louis missouri
- Yosef, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*, Bandung: Refika Aditama