

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN HEPOTESIS**

#### **A. KAJIAN TEORI**

##### **1. KONSEP PERAN PERAWAT**

###### **a. Pengertian Peran**

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Mubarak, 2005 )

Peran adalah menunjukkan beberapa perilaku yang kurang lebih bersifat homogen yang didefinisikan dan diharapkan secara normatif dari seseorang ataupun dalam situasi sosial tertentu ( Friedman, 1998 ).

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan dari masyarakat sesuai dengan kedudukannya di masyarakat. Peran perawat adalah seperangkat tingkah laku yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan profesinya. (Kusnanto,2004)

Peran dimaknai sebagai satu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai, dan sikap yang diharapkan oleh masyarakat yang menandai seseorang sesuai kedudukannya dalam kehidupan sosial (Sudarma, 2008).

###### **b. Pengertian Perawat**

Menurut UU RI No 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan, Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Menurut Taylor C, Lilis C, Lemone (1989), Perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dengan melindungi seseorang karena sakit, luka dan proses penuaan, (Asmadi,2005)

Menurut ICN ( International Council of Nursing, 1965) Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan keperawatan yang memenuhi syarat serta berwenang di negeri bersangkutan.

Keputusan Menteri Kesehatan No 1239/MenKes/SK/XI/2001, Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik dalam maupun luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan yang berlaku.

### **c. Peran Perawat**

Merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh organisasi lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam system, dimana dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat konstan.

Peran perawat adalah tingkah laku perawat yang diharapkan oleh orang lain untuk berproses dalam sistem sebagai pemberi asuhan, pembela pasien, pendidik, koordinator, kolaborator, konsultan, dan pembaharu (Ali, 2002).

Peran Perawat Menurut CHS tahun 1989 (Aziz AH:2004)

- 1). Pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, dari yang sederhana sampai yang kompleks.

- 2). Advokat pasien/klien, dengan menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien mempertahankan dan melindungi hak – hak pasien.
- 3). Pendidik/ Edukator, dengan cara membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.
- 4). Koordinatior, dengan cara mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.
- 5). Kolaborator, peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatanyang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.
- 6). Konsultan, perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini diberikan atas perrmintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

- 7). Peneliti, Perawat mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan (Muwarni A:2008)

Peran Perawat Menurut Hasil Lokakarya Keperawatan Tahun 1983 :

- 1). Pelaksana pelayanan Keperawatan, perawat member asuhan keperawatan baik langsung maupun tidak langsung dengan metode proses keperawatan.
- 2). Pendidik dalam keperawatan, perawat memdidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang berada dibawah tanggung jawabnya.
- 3). Pengelola pelayanan keperawatan, mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam rangka paradigma keperawatan.
- 4). Peneliti dan Pengembangan keperawatan, perawat melakukan identifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan.

Peran Perawat menurut Doheny (1982) :

- 1). Sebagai Pemberi asuhan keperawatan ( *Care giver* ), sebagai pelaku/ pemberi asuhan keperawatan, perawat dapat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung dan tidak langsung kepada klien, menggunakan pendekatan proses keperawatan.
- 2). Sebagai pembela untuk melindungi klien( *Client advocate* ), perawat berfungsi sebagai antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya

pemenuhan kebutuhan klien, membela kepentingan klien dan klien memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan tradisional maupun profesional.

- 3). Sebagai pemberi bimbingan/ konseling klien ( *Counselor* ), tugas utama perawat adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakitnya.
- 4). Sebagai pendidik klien ( *Educator* ), perawat membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan yang terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima sehingga klien/ keluarga dapat menerima tanggung jawab terhadap hal – hal yang diketahuinya.
- 5). Sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain ( *Collaborator* ), perawat bekerjasama dengan tim kesehatan lain dan keluarga dalam menentukan rencana maupun pelaksanaan asuhan keperawatan guna memenuhi kebutuhan kesehatan klien.
- 6). Sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber – sumber potensi klien ( *Coordinator* ), perawat memanfaatkan semua sumber – sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih.
- 7). Sebagai pembaharu yang selalu dituntut untuk mengadakan perubahan – perubahan ( *Change agent* ), sebagai pembaharu perawat mengadakan

invasi dalam cara berfikir, bersikap, bertingkah laku dan meningkatkan ketrampilan klien/ keluarga agar menjadi sehat.

- 8). Sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien ( *Consultan* ), elemen ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan.

#### **d. Peran Perawat sebagai pendidik**

Perawat bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga dalam upaya untuk menciptakan perilaku yang menunjang kesehatan (Asmadi, 2008).

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan pendidikan, pengajaran, pelatihan, arahan dan bimbingan kepada klien maupun keluarga klien dalam mengatasi masalah kesehatan (Simamora, 2009).

Perawat sebagai pendidik berperan dalam memberikan pengetahuan kepada klien tentang tindakan medis yang diterima (Susanto, 2012). Peran pengajaran primer perawat yaitu pengajaran kepada pasien dan keluarga pasien (Blais et al., 2007).

Pengajaran perawat kepada pasien menjadi hal yang sangat penting karena International Council of Nurses (ICN) juga mengemukakan bahwa pendidikan kepada pasien merupakan aspek mendasar yang utama dalam pemberian asuhan keperawatan. Beberapa dekade terakhir ini, Nurses Practice Act (NPA) telah memasukkan pendidikan atau pengajaran kepada pasien di dalam tanggungjawab praktek keperawatan (Bastable, 2002). National League for Nursing (NLN) pada

tahun 1981, di Amerika menyatakan bahwa pendidikan kesehatan sangat penting dalam lingkup keperawatan dan menjadi tanggungjawab perawat termasuk dalam penyuluhan kesehatan sebagai upaya pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit dan komplikasi lebih lanjut.

Peran perawat sebagai pendidik untuk pasien juga diperkuat oleh Patient's Bill of Rights yang dikeluarkan oleh American Hospital Association (AHA) yang dipakai oleh rumah sakit di Amerika yang menetapkan bahwa pasien mempunyai hak untuk mendapatkan informasi yang lengkap terkait dengan diagnosis penyakit, pengobatan, resiko yang dihadapi dan penyembuhan dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien (Bastable, 2002).

Pendidikan kesehatan menjadi bagian penting dalam asuhan keperawatan karena akan memperpendek lama perawatan pasien di rumah sakit, menambah pengetahuan pasien dan keluarga pasien tentang perawatan di rumah dan mencegah penyebaran penyakit (Noble, 1991 dalam Potter&Perry, 2006).

Pendidikan kesehatan kepada pasien menjadi tugas penting perawat dalam menjalankan asuhan di samping sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Saat ini, peran perawat sebagai pendidik bagi pasien, keluarga pasien dan masyarakat umum semakin meningkat seiring perkembangan jaman dan teknologi sehingga fokus peran perawat adalah pengajaran dan pembelajaran. Dampak jika peran perawat sebagai edukator tidak dilakukan adalah pasien akan merasakan cemas, dan tidak adanya kesiapan dalam menerima prosedur keperawatan. Adapun hal lain yang terjadi jika perawat tidak memberikan informasi dan pengajaran kepada pasien maka pasien akan mengalami hari rawat yang lebih lama karena

pengetahuan pasien tentang penyakit dan cara perawatan dirinya terbatas dan kemungkinan terjadinya komplikasi menjadi lebih besar (Bastable, 2002).

Pendidikan kesehatan kepada pasien meliputi pengajaran tentang petunjuk minum obat, efek samping, terapi yang dianjurkan, perawatan diri, dan pendidikan kesehatan saat pemulangan dari rumah sakit (Blais et al., 2007).

Pendidikan kesehatan sangat bermanfaat bagi pasien sebab pasien dapat mengurangi biaya perawatan, meningkatkan kualitas dalam perawatan diri pasien sehingga pada akhirnya tercapai kesehatan yang optimal dan kemandirian dalam perawatan diri (Potter&Perry, 2006).

Menurut Potter&Perry (2006), pendidikan kesehatan atau pengajaran perawat kepada klien merupakan suatu bentuk komunikasi interpersonal perawat dan klien yang secara bersama terlibat aktif dalam proses belajar untuk meningkatkan pengetahuan, dan ketrampilan. Pengajaran sebagai upaya perawat dalam memenuhi perannya sebagai pendidik dengan menggunakan komunikasi interpersonal yang terjalin dengan baik antara perawat dengan pasien akan membuat pasien merasa aman dan nyaman (Hegner, 2003). Tren terbaru dalam pelayanan kesehatan menyatakan bahwa pasien dan keluarganya harus siap untuk perawatan anggota keluarga yang sakit dan perawat bertanggungjawab terhadap pemberian pelayanan yang berkualitas. Tren tersebut berfokus kepada keberhasilan pasien dan keluarga pasien dalam penguasaan pengetahuan dan ketrampilan merawat anggota keluarganya yang sakit. Tren dalam pelayanan kesehatan tersebut memberikan gambaran yang jelas tentang pentingnya fungsi pengajaran oleh perawat kepada pasien dalam pemberian asuhan keperawatan



(Bastable, 2002). Uraian permasalahan diatas mendorong peneliti untuk melakukan suatu penelitian mengenai peran perawat sebagai edukator dengan kepatuhan minum obat.

Kemampuan yang Harus Dimiliki Perawat Sebagai Edukator menurut Asmadi (2008), perawat sebagai pendidik harus memiliki kemampuan sebagai syarat utama antara lain:

1). Ilmu pengetahuan yang luas.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya yang dilakukan oleh seorang pendidik secara sadar untuk membujuk orang lain agar dapat berperilaku dan mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang sesuai. Ketika pendidik melaksanakan tugasnya, maka terjadi transfer ilmu pengetahuan yang mendukung agar perannya sebagai edukator dapat terlaksana dengan baik dan benar.

2). Komunikasi.

Keberhasilan proses pendidikan pada pasien dan keluarga dipengaruhi oleh kemampuan perawat dalam berkomunikasi. Kemampuan berkomunikasi ini merupakan aspek yang penting dalam asuhan keperawatan. Perawat berinteraksi dengan pasien selama 24 jam dan akan selalu berkomunikasi dengan pasien. Interaksi yang terjadi antara perawat dengan pasien merupakan bagian dari komunikasi. Perawat dapat memberikan penjelasan kepada pasien, memberi motivasi, menghibur pasien, dan menjalankan tugas lainnya dengan komunikasi. Komunikasi perawat yang baik secara verbal dan non verbal akan meningkatkan pula citra profesionalisme yang baik pada perawat;

### 3). Pemahaman psikologis.

Perawat harus mampu memahami psikologis seseorang agar dapat membujuk orang lain untuk berperilaku sesuai yang diharapkan. Perawat harus meningkatkan kepeduliannya dan kepekaan hatinya. Ketika perawat dapat memahami hati dan perasaan pasien maka informasi yang diberikan oleh perawat akan dapat langsung diterima oleh pasien sehingga tujuan pendidikan kesehatan dapat tercapai.

### 4). Menjadi model/contoh.

Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk meningkatkan profesionalisme perawat dilakukan melalui pembuktian secara langsung yaitu perawat dapat memberikan contoh atau model dalam pengajaran.

Menurut standar perawat profesional dari College of Nurses in Ontario (CNO) tahun 2009, perawat sebagai pendidik di lingkungan klinik harus mampu:

- 1). memberikan penjelasan kepada pasien;
- 2). mendukung kemampuan pasien;
- 3). memfasilitasi pengajaran;
- 4). memberikan model/contoh.

## 2. KONSEP KELUARGA

### a. Pengertian

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga serta beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Sudiharto, 2007 ).

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional individu yang mempunyai peran masing– masing yang merupakan bagian dari keluarga (Suprajitno, 2004 ).

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertakwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang jelas dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya (Sudiharto, 2007).

Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan ( Nasir & Muhith, 2011 )

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kumpulan dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, yang tinggal dalam satu atap dan saling ketergantungan antar anggota keluarga yang lain dalam melakukan perannya masing – masing untuk mencapai kehidupan yang selaras, seimbang dan harmonis.

#### **b. Bentuk Keluarga**

Menurut Sudiharto (2007 ), menyatakan bentuk keluarga adalah sebagai berikut:

##### 1). Keluarga Inti (*Nuclear Family*)

Adalah keluarga yang dibentuk karena ikatan perkawinan yang direncanakan yang terdiri dari suami, istri dan anak, baik karena kelahiran maupun adopsi.

2). Keluarga asal (*Family of origin*)

Adalah suatu unit keluarga tempat asal seseorang dilahirkan.

3). Keluarga besar (*Extended Family*)

Adalah keluarga inti yang ditambah keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

4). Keluarga berantai (*Social Family*)

Adalah keluarga yang terdiri dari wanita dan pria yang menikah lebih dari satu kali dan merupakan suatu keluarga inti.

5). Keluarga duda atau janda

Adalah keluarga yang dibentuk karena perceraian / kematian pasangannya.

6). Keluarga komposit (*Composite Family*)

Adalah keluarga dari perkawinan poligami yang hidup bersama.

7). Keluarga kohabitasi (*Cohabitation*)

Adalah dua orang menjadi satu keluarga tanpa pernikahan, bisa memiliki anak atau tidak.

8). Keluarga inses (*Incest family*)

Adalah bentuk keluarga yang tidak lazim (pernikahan sedarah).

9). Keluarga tradisional

Adalah keluarga yang diikat dengan perkawinan.

10). Keluarga non tradisional

Adalah keluarga yang tidak diikat dengan perkawinan.

**c. Struktur keluarga**

Menurut Friedman (1998) yang dikutip oleh Suprajitno (2004 ) ada empat elemen struktur keluarga yaitu :

- 1). Struktur peran keluarga, menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya di lingkungan masyarakat atau peran formal dan informal
- 2). Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- 3). Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi ayah-ibu (orang tua), orang tua dengan anak, anak dengan anak, serta dengan anggota keluarga yang lain.
- 4). Struktur kekuatan keluarga, menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mempengaruhi dan mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

#### **d. Fungsi keluarga**

Menurut Friedman (1998) dikutip oleh Sudiharto (2007 ) lima fungsi dasar keluarga adalah sebagai berikut :

- 1). Fungsi efektif, adalah fungsi internal keluarga untuk pemenuhan kebutuhan psikososial, saling mengasuh dan memberikan cinta kasih serta saling menerima dan mendukung.
- 2). Fungsi sosialisasi, adalah proses perkembangan dan perubahan individu keluarga tempat anggota keluarga berinteraksi sosial dan belajar berperan di lingkungan social.
- 3). Fungsi reproduksi, adalah fungsi keluarga meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

- 4). Fungsi ekonomi, adalah fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga, seperti sandang, pangan dan papan.
- 5). Fungsi perawatan kesehatan, adalah kemampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.

#### **e. Tugas keluarga**

Menurut Suprajitno (2004 ), menyatakan tugas keluarga di bidang kesehatan meliputi :

- 1). Mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2). Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga.
- 3). Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4). Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- 5). Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

#### **f. Peran keluarga**

Peran keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat kegiatan dan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu ( Effendi, 1998 ).

- 1). Macam peran keluarga

Menurut Marilyn Friedman (1998 ) peran keluarga adalah sebagai berikut :

- a). Peran formal

Beroperasi dalam keluarga, seperti suami atau ayah, istri atau ibu, dan anak atau saudara, yang kurang lebih bersifat homogen

b). Peran informal

Peran informal bersifat *implisit*, biasanya tidak tampak dan dimainkan hanya untuk memenuhi kebutuhan emosional individu dan untuk menjaga keseimbangan dalam keluarga. Adapun macam – macam peran informal antara lain sebagai berikut:

(1) Pendorong

Dalam anggota keluarga ada salah satu individu yang dapat merangkul orang lain dan membuat mereka merasa bahwa pemikiran mereka penting dan bernilai untuk didengar.

(2) Inisiator

Dalam anggota keluarga ada salah satu individu yang dapat mengemukakan dan mengajukan ide – ide baru.

(3) Dominator

Dimana dalam keluarga ada salah satu individu yang memegang peran sebagai pemegang kekuasaan atau superioritas pengambilan keputusan

(4) Sahabat

Dalam keluarga salah satu individu berperan sebagai tempat mengadu dan teman bermain keluarga.

(5) Koordinator

Dalam keluarga salah satu individu yang berperan mengorganisasi kegiatan keluarga.

Sedangkan menurut Nasrul Effendi (1998 ), macam peran yaitu :

- a). Peran ayah, ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak, berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman, sebagai kepala keluarga, sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya.
- b). Peran ibu, sebagai istri dan ibu dari anak, ibu mempunyai peran untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anaknya.
- c). Peran anak, anak – anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

## **2 Peran keluarga dalam terapi menurut Muhith dan Nasir ( 2011 )**

- a). Membuat suatu keadaan dimana anggota keluarga dapat melihat bahaya terhadap diri klien dan aktivitas.
  - (1). Mengurangi rasa takut
  - (2). Memberi arahan
  - (3). Menolong mereka dapat merasa senang dengan proses terapinya.
  - (4). Menerima keahlian dan melakukan perannya dengan baik.
- b). Tidak merasa takut dan mampu bersikap terbuka.
  - (1). Menyusun pertanyaan untuk mengurangi rasa takut
  - (2). menguatkan anggapan anggota dan menanyakan anggapan individu
  - (3). Mendapatkan anggapan tentang rencana proses, kelemahan dalam rencana, persepsi pribadi dan orang lain, persepsi peran, komunikasi yang baik dan tehniknya, perasaan seksual dan aktivitas.
  - (4). Merespon dengan keyakinan hati anggota.
- c). Membantu anggota bagaimana memandang orang lain
  - (1). Observasi *sharing* bagaimana anggota memanifestasikan dirinya.



- (2). Mengajarkan anggota bagaimana mengobservasikan *sharing* mereka dengan orang lain.
- (3). Menanyakan *videotape* atau *audiovisual* yang mendukung visi keluarga.
- d). Bertanya dan memberikan informasi tak berbelit, memudahkan dalam member dan menerima informasi yang memudahkan anggota keluarga untuk melakukannya.
- e). Membangun self esteem
  - (1). Dengan menanyakan “ Saya menghargai kamu “
  - (2). Mencantumkan sesuatu yang berharga bagi seseorang.
  - (3). Ajukan pertanyaan yang dapat dijawab oleh anggota keluarga.
  - (4). Menekankan bahwa ahli terapi dan anggota keluarga sanggup belajar dari terapi.
  - (5). Merespon sebagai seseorang yang mengerti atau sungguh – sungguh dapat mengevaluasi.
  - (6). Tidak ada pencapaian hasil yang lalu.
  - (7). Menanyakan anggota keluarga yang lain, apakah klien membawa kebahagiaan bagi anggota keluarga.
- f). Menurunkan ancaman dengan latar belakang aturan untuk interaksi.
  - (1). Melihat kembali aturan di rumah di mana semua anggota berpartisipasi.
  - (2). Demokratis.
  - (3). Menyakinkan bahwa tidak ada orang yang membicarakan atau menyinggung orang lain.
  - (4). Menolong setiap orang berbicara dengan benar sehingga orang lain dapat mendengar.

- (5). Menggunakan pendekatan humor.
- (6). Menciptakan ketenangan untuk control.
- g). Menurunkan ancaman dengan struktur pembahasan yang sistematis.
  - (1). Memberitahukan tujuan dengan jelas sampai akhir terapi atau batas waktu untuk reevaluasi.
  - (2). Memperlihatkan keluarga sebagai suatu kesatuan bukan bagian.
  - (3). Melihat bagian atau subsistem dari keluarga untuk menyelesaikan pekerjaan dengan baik.
  - (4). Menurunkan ancaman.
  - (5). Diskusikan marah dan ketrsinggungan secara terbuka.
- h). Pendidikan ulang anggota keluarga untuk bertanggung jawab.
  - (1). Mengingatkan anggota keluarga bahwa mereka dapat mengubah diri mereka sendiri.
  - (2). Keterbukaan antar keluarga.

## **2. KONSEP KEPATUHAN**

### **a. Pengertian**

Kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya ( Syakira, 2009).

Menurut Niven (2000) yang dikutip oleh Ghana Syakira (2009) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

## **b. Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan**

Beberapa variabel yang mempengaruhi tingkat kepatuhan menurut Suddart dan Brunner (2002) yang dikutip oleh (Syakira 2009) adalah :

### **1). Variabel demografi**

Meliputi usia, jenis kelamin, suku bangsa, status sosial ekonomi dan pendidikan. Menurut Fleischhacker (2003) menguraikan usia, jenis kelamin, gangguan kognitif dan psikologi sebagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan. Pada pria diusia dewasa awal memiliki kecenderungan tidak patuh karena kegiatan di usia produktifnya. Usia lanjut menunjukkan kepatuhan yang rendah karena penurunan kapasitas fungsi memori dan penyakit degeneratif selain skizofrenia yang dialaminya. Tingkat kepatuhan wanita lebih tinggi dari pria, wanita muda lebih patuh dari pada wanita tua.

### **2). Penyakit**

Meliputi keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi mempengaruhi kepatuhan klien terhadap program pengobatan. Menurut Fleischhacker (2003) menjelaskan dengan gejala negatif dapat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi ataupun rendah, bisa karena kurangnya motivasi ataupun sebaliknya klien tidak berani menolak anjuran medis dan mengikuti saja.

### **3). Program terapeutik**

Meliputi kompleksitas dan efek samping yang tidak menyenangkan. Menurut Vedebeck(2008) faktor yang mempengaruhi pengobatan meliputi: efek samping, dosis yang diberikan, cara penggunaan, lama pengobatan, biaya pengobatan dan jumlah yang harus diminum. Semakin jumlah obat yang

direkomendasi maka kemungkinan besar makin rendah tingkat kepatuhan karena kompleksitas program dan efek samping pengobatan yang harus dijalankan.

#### 4). Psikososial

Meliputi *inteligensia*, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya financial dan lainnya yang termasuk dalam mengikuti *regiment*.

#### 5). Petugas Kesehatan

Kualitas interaksi antara klien dan petugas kesehatan menentukan derajat kepatuhan. Kegagalan pemberian informasi yang lengkap tentang obat dari tenaga kesehatan bisa menjadi penyebab ketidakpatuhan klien minum obatnya.

#### 6). Lingkungan klien

Keluarga dapat mempengaruhi keyakinan, nilai kesehatan dan menentukan program pengobatan yang dapat diterima oleh klien. Keluarga berperan dalam pengambilan keputusan tentang perawatan anggota keluarga yang sakit, menentukann keputusan mencari dan mematuhi anjuran pengobatan.

**c. Faktor yang mempengaruhi kepatuhan klien untuk minum obat antara lain sebagai berikut:**

**1) Peran keluarga**

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam suatu sistem ( Mubarak, 2005). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Sudiharto, 2007 ). Peran keluarga sangat penting terhadap pengobatan pasien *skizofrenia*. Karena pada umumnya klien *skizofrenia* belum mampu mengatur dan mengetahui jadwal dan jenis obat yang akan diminum. Keluarga harus selalu membimbing dan mengarahkannya, agar klien *skizofrenia* dapat minum obat dengan benar dan teratur.

**2) Sosial ekonomi**

Sosial ekonomi merupakan aturan yang berlaku untuk memenuhi kebutuhan hidup dalam suatu rumah tangga, misalnya pendapatan jauh lebih rendah dari pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan, soal warisan dan lain sebagainya ( Hawari, 2001 ). Masalah sosial ekonomi dapat mempengaruhi kepatuhan klien *skizofrenia* dalam minum obat karena jika sosial ekonomi mereka rendah maka mereka tidak akan dapat membeli obat.

**3) Sikap klien**

Sikap merupakan keadaan mental dan syaraf yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau terarah terhadap respon

individu pada semua objek dan situasi yang berkaitan dengannya. ( Rusmi . : 1999). Sementara itu sikap penderita *skizofrenia* sulit untuk diarahkan dan mudah untuk bosan dan malas terhadap sesuatu. Pengobatan *skizofrenia* membutuhkan waktu relatif lama karena *skizofrenia* merupakan penyakit menahun. Dengan demikian penderita *skizofrenia* akan cenderung bosan dan tidak patuh untuk minum obat.

#### 4) Motivasi

Motivasi merupakan dorongan, dasar yang berasal dari dalam diri individu yang menggerakkan seseorang bertindak laku ( Uno, 2007:1). Motivasi dari klien sangatlah penting dalam pengobatan karena akan mempengaruhi kesembuhan klien. Semakin besar motivasi klien maka akan mempengaruhi kepatuhan mereka dalam minum obat.

#### 5) Ingatan

Ingatan atau memori adalah sebuah fungsi dari kognisi yang melibatkan otak dalam pengambilan informasi (Mangunsuwito, 2013). *Skizofrenia* merupakan penyakit yang mempengaruhi otak. Oleh karena itu memori klien *skizofrenia* kacau dan sulit mengingat sesuatu, maka mereka akan sering lupa atau tidak patuh untuk minum obat. Oleh karena itu anggota keluarga yang lain harus senantiasa mengontrol atau membimbing klien dalam minum obat dengan benar.

#### 6) Informasi

Informasi merupakan pengetahuan yang didapatkan dari pembelajaran, pengalaman atau instruksi . Dalam terapi pengobatan *skizofrenia* informasi tidak hanya kita berikan kepada klien saja, mengingat klien *skizofrenia* sulit untuk mengingat dan mempelajari sesuatu, maka sebaiknya *health education* juga

diberikan kepada keluarga. Mereka bisa memahami tindakan-tindakan apa yang harus dilakukan kepada klien *skizofrenia* khususnya dalam hal minum obat.

#### **d. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Ketidakpatuhan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian menurut Niven (2002) yang dikutip dunia oleh Ghana Syakira (2009) antara lain sebagai berikut:

##### **1). Pemahaman tentang instruksi**

Tak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan kepadanya.

##### **2). Kualitas interaksi**

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan klien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

##### **3). Isolasi sosial dan keluarga**

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima.

##### **4). Keyakinan, sikap dan kepribadian**

Model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan.

#### **e. Strategi untuk Meningkatkan Kepatuhan**

Menurut (Ghana Syakira, 2009) berbagai strategi yang telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan antara lain :

#### 1). Dukungan profesional kesehatan

Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter atau perawat dapat menanamkan ketaatan bagi klien.

#### 2). Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga klien untuk menunjang peningkatan kesehatan klien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

#### 3). Perilaku sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan. Untuk klien dengan *skizofrenia* diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari dari komplikasi lebih lanjut apabila sudah menderita *skizofrenia*. Modifikasi gaya hidup dan kontrol secara teratur atau minum obat psikofarmaka sangat perlu bagi pasien *skizofrenia*.

#### 4). Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada klien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

### **f. Pembagian Tingkat Kepatuhan**

Menurut Sinung Pribadi (2008), membagi tingkat kepatuhan sebagai berikut :

#### 1) Kepatuhan optimal (>75%)



2) Kepatuhan minimal ( 50%)

### 3. KONSEP SKIZOFRENIA

#### a. Pengertian

*Skizofrenia* berasal dari dua kata “*skizo*” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “*frenia*” yang artinya jiwa. Dengan demikian seseorang yang menderita gangguan jiwa *skizofrenia* adalah orang yang mengalami keterbelakangan jiwa atau keretakan kepribadian ( Hawari, 2001 ).

*Skizofrenia* adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan dan perilaku yang aneh dan terganggu ( Videbeck, 2008 ).

*Skizofrenia* adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkrit, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal serta memecahkan masalah (Stuart, 2006 ).

#### b. Etiologi

Menurut Sheila L.Videbeck (2008 ) dalam Teori Biologi menjelaskan bahwa penyebab *skizofrenia* adalah sebagai berikut:

##### 1). Faktor Genetik

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa anak kembar identik beresiko mengalami gangguan jiwa sebesar 50%, sedangkan kembar fraternal beresiko hanya 15%. Hal ini mengindikasikan bahwa *skizofrenia* sedikit diturunkan.

## 2). Faktor *Neuronatomi*

Penelitian *neuronatomi* secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem *neurotransmitter*.

## 3). Faktor *neurokimia*

Teori Neurokimia menjelaskan bahwa penyebab *skizofrenia* yaitu karena kelebihan dopamin dan serotonin.

## 4). Faktor *Imunovirologi*

Perubahan patologi otak pada individu penderita *skizofrenia* dapat disebabkan oleh pejanan virus atau respon imun tubuh terhadap virus dapat mengubah fisiologi otak. Baru – baru ini peneliti memfokuskan infeksi pada ibu hamil sebagai kemungkinan penyebab awal *skizofrenia*.

## c. Stressor Pencetus

Menurut Dadang Hawari (2001 ) stressor psikologis pencetus terjadinya *skizofrenia* antara lain:

### 1). Perkawinan

Berbagai masalah perkawinan merupakan sumber stres yang dialami seseorang, misalnya pertengkaran, perpisahan, perceraian, kematian salah satu pasangan dan lain sebagainya.

### 2). Problem orang tua

Permasalahan yang dihadapi orang tua misalnya tidak punya anak, kebanyakan anak, kenakalan anak serta anak sakit.

### 3). Hubungan interpersonal

Gangguan ini dapat berupa hubungan dengan kawan dekat yang mengalami konflik atau konflik dengan kekasih, ataupun konflik dengan rekan kerja.

### 4). Pekerjaan

Masalah pekerjaan dapat merupakan sumber stres pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit, misalnya PHK, pensiun, pekerjaan, tidak cocok, mutasi jabatan dan sebagainya.

### 5). Lingkungan hidup

Masalah lingkungan hidup yang dapat menjadi stressor pada diri seseorang adalah perumahan, pindah tempat tinggal, penggusuran, hidup dalam lingkungan yang rawan kriminal.

### 6). Keuangan

Masalah keuangan (kondisi sosial ekonomi) yang tidak sehat, misalnya pendapatan yang jauh lebih rendah dari pada pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan usaha dan masalah warisan.

### 7). Hukum

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum dapat merupakan sumber stres pada individu, misalnya tuntutan hukum, pengadilan, penjara dan lain sebagainya.

#### 8). Perkembangan

Masalah perkembangan baik fisik maupun mental seseorang yang tidak mampu dilampaui dengan baik dapat menjadi sumber stressor misalnya pada masa remaja, masa dewasa, menopause dan usia lanjut.

#### 9). Penyakit fisik atau cedera

Sumber stressor yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang antara lain penyakit yang kronis, jantung, kanker, kecelakaan, operasi dan sebagainya.

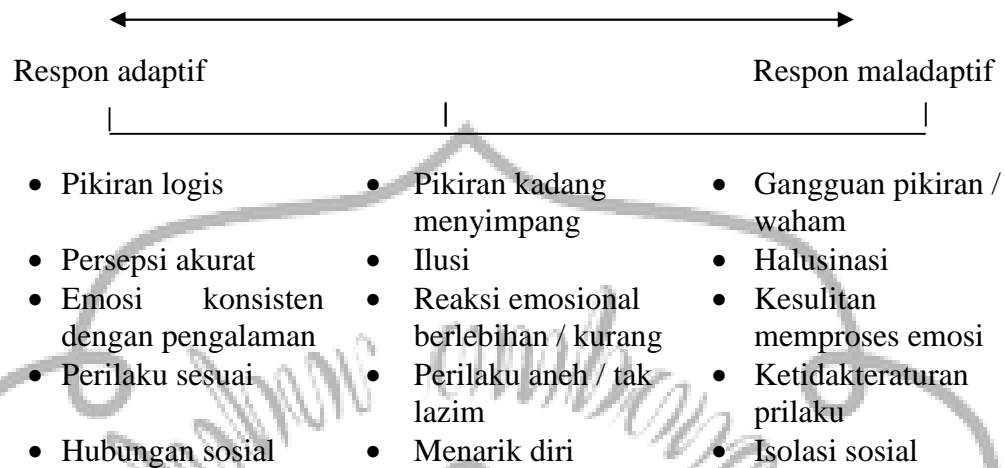
#### 10). Faktor keluarga

Yang dimaksud adalah faktor stres yang dialami oleh anak dan remaja yang disebabkan karena kondisi keluarga yang tidak baik, misalnya hubungan kedua orang tua yang dingin, kedua orang tua jarang di rumah, komunikasi antar orang tua dan anak yang tidak baik, kedua orang tua bercerai dan sebagainya.

#### 11). Lain-lain

Stressor kehidupan lainnya juga dapat menimbulkan gangguan kejiwaan misalnya bencana alam, huru-hara, peperangan, kebakaran, perkosaan, kehamilan di luar nikah, aborsi dan lain sebagainya.

**d. Rentang Respon Neurobiologis ( Stuart, 2006 )**



**e. Gejala Skizofrenia**

1). Gejala positif (Gejala nyata)

- a). *Halusinasi* adalah persepsi sensori yang salah atau pengalaman persepsi yang tidak terjadi dalam realitas.
- b). *Waham* adalah keyakinan yang salah dan dipertahankan yang tidak memiliki dasar dalam realitas.
- c). *Ekopraksia* adalah peniruan gerakan dan *gesture* orang lain yang diamati klien.
- d). *Flight of ideas* adalah aliran verbalisasi yang terus menerus saat individu melompat dari satu topik ke topik lain dengan cepat.
- e). *Perseverasi* adalah terus menerus membicarakan satu topik atau gagasan. pengulangan kalimat, kata atau frasa secara verbal.
- f) Asosiasi longgar adalah pikiran atau suatu gagasan yang terpecah – pecah atau buruk.

- g) Gagasan rujukan adalah kesan yang salah bahwa peristiwa eksternal memiliki makna khusus bagi individu.
- h) *Ambivalensi* adalah mempertahankan keyakinan atau perasaan yang tampak *kontradiktif* tentang individu, peristiwa atau situasi yang sama.

## 2). Gejala Negatif (Gejala samar)

- a) *Apati* adalah perasaan tidak peduli terhadap individu, aktivitas dan peristiwa.
- b) *Alogia* adalah kecenderungan berbicara hanya sedikit.
- c) *Afek datar* adalah tidak adanya ekspresi wajah yang akan menunjukkan emosi.
- d) Afek tumpul adalah rentang keadaan perasaan emosional atau *mood* yang terbatas.
- e) *Anhedonia* adalah perasaan tidak senang dalam menjalani hidup.
- f) *Katatonia* adalah imobilitas karena faktor psikologis.
- g) Tidak ada kemauan adalah tidak ada keinginan, ambisi atau dorongan untuk melakukan tugas.

## e. Penggolongan Skizofrenia

- 1). Berdasarkan gejala klinisnya menurut Dadang Hawari (2001 ) skizofrenia digolongkan menjadi :
  - a). *Skizofrenia tipe hebefrenik* : dengan gejala *inkoherensi*, alam perasaan datar, perilaku dan tertawa kekanakan, waham tidak jelas, halusinasi perilaku aneh (senyum sendiri).
  - b). *Skizofrenia tipe katatonik* : *stupor katatonik*, *negatifisme katatonik*, kekakuan *katatonik*, kagaduhan *katatonik*, sikap tubuh *katatonik*.

- c). *Skizofrenia tipe paranoid* : waham kejar / kebesaran, halusinasi dan gangguan alam perasaan.
  - d). *Skizofrenia tipe residual* : alam perasaan yang tumpul dan mendatar, menarik diri, tingkah laku eksentrik, pikiran tidak logis, pelanggaran asosiasi pikiran.
  - e). *Skizofrenia tipe tak tergolongkan* : waham, halusinasi dan *inkoherensi*.
- 2). Penggolongan *skizofrenia* lainnya :
- a). *Skizofrenia simpleks* : terganggunya realitas dan pemahaman diri yang buruk, yang perkembangannya lambat dan penurunan kemampuan total.
  - b). Gangguan *skizofreniaform* : fase – fase perjalanan penyakitnya (fase aktif, prodromal dan residual) kurang dari 6 bulan tetapi lebih dari 2 minggu.
  - c). *Skizofrenia laten* : perilaku eksentrik dan keanehan alam perasaan.
  - d). Gangguan *skizoafektif* : gangguan alam perasaan (*mood, affect*) disertai waham dan halusinasi.

#### **f. Pengobatan Skizofrenia**

##### **1). Terapi Rawat Jalan**

Menurut Linda Carman Copel (2007 ) kriteria untuk klien rawat jalan yaitu:

- a) Tidak membahayakan diri sendiri atau orang lain.
- b) Mengungkapkan ingin hidup di tengah masyarakat.
- c) Menyadari pengalaman-pengalaman sulit terdahulu saat mencoba hidup di tengah masyarakat.
- d) Memahami kebutuhan untuk rawat jalan.
- e) Mematuhi aturan rawat jalan.

2). Intervensi pada terapi rawat jalan:

- a) Fokuskan pada pengelolaan gejala jangka panjang.
- b) Tingkatkan pengelolaan pengobatan.
- c) Beri terapi individual, terapi kelompok dan aktivitas terstruktur atau pelatihan kerja sesuai kebutuhan klien.
- d) Beri pengembangan keterampilan sosial, kerja dan komunikasi secara terus menerus.
- e) Ciptakan dan pertahankan kontinuitas perawatan, rasa memiliki harapan dan hubungan keluarga dengan system kesehatan jiwa.

3). Terapi keperawatan yang diberikan

Menurut Linda Carman Copel (2007 ) terapi keperawatan yang diberikan kepada klien skizofrenia antara lain:

- a) Terapi untuk klien
  - (1) Segera tangani masalah-masalah yang menjadi kekhawatiran.
  - (2) Bantu klien mempertahankan kontak dengan realitas.
  - (3) Periksa situasi stress yang mencetuskan gejala psikotik.
  - (4) Ajarkan klien tentang cara mengenali gejala.
  - (5) Bantu klien mengembangkan strategi koping untuk mencegah pemburukan gejala yang pada akhirnya harus dirawat di rumah sakit.



b) Terapi/asuhan keluarga

- (1) Berikan informasi kepada keluarga tentang diagnosis, terapi dan kebutuhan untuk menindaklanjuti perawatan.
- (2) Bantu keluarga untuk klien dan regimen terapi dengan cara tidak menantang pikiran waham klien, tidak merendahkan pentingnya perawatan.
- (3) Ajarkan anggota keluarga tentang cara mengidentifikasi pemburukan penyakit dan cara managannya jika penyakit tiba-tiba memburuk.
- (4) Bantu keluarga mengembangkan strategi untuk menyesuaikan diri dengan perubahan karakteristik gangguan alam perasaan dan secara bergantian.
- (5) Rujuk ke tempat konsultasi yang sesuai jika keluarga berselisih paham atau terjadi konflik.
- (6) Bantu keluarga merencanakan intervensi darurat jika terjadi krisis.
- (7) Buat rujukan ke sumber-sumber komunitas dan agen pelayanan sosial.

4). Terapi Psikiatri Secara Umum

Menurut Dadang Hawari (2001) terapi pada *skizofrenia* meliputi psikoterapi, terapi psikososial, terapi psiko religius dan terapi obat-obatan anti *skizofrenia* (*Psikofarmaka*)

a). Psikoterapi

Psikoterapi dapat diberikan, bila penderita *skizofrenia* dengan terapi *psikofarmaka* sudah mencapai tahapan kemampuan menilai realitas, sudah kembali pulih dan pemahaman diri, macam – macam bentuk psikoterapi yang digunakan antara lain:

- (1) *Psikoterapi suportif* : untuk memberikan dorongan dan motivasi agar penderita tidak putus asa dalam menghadapi hidup.
- (2) *Psikoterapi Re – edukatif* : memberikan pendidikan ulang untuk memperbaiki kesalahan pendidikan di masa lalu.
- (3) *Psikoterapi Re – Konstruktif* : memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami keretakan menjadi kepribadian utuh seperti semula.
- (4) *Psikoterapi Kognitif* : memulihkan kembali daya pikir dan daya ingat yang rasional
- (5) *Psikoterapi psiko – dinamik* : menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang menjelaskan seseorang jatuh sakit dan upaya penanggulangannya.
- (6) *Psikoterapi perilaku* : memulihkan gangguan perilaku yang terganggu (maladaptif) menjadi perilaku yang adaptif.
- (7) *Psikoterapi keluarga* : memulihkan hubungan penderita dengan keluarganya.

b). Terapi psikososial

Terapi psikososial dimaksudkan agar penderita mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial disekitarnya dan mampu merawat diri serta mampu mandiri tidak tergantung orang lain sehingga tidak menjadi beban bagi keluarga dan masyarakat.

c)Terapi Psiko religius

Terapi psiko religius yang sering digunakan antara lain berupa kegiatan ritual keagamaan seperti sembahyang, berdoa, memanjatkan puji – pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan serta kajian kitab Suci dan lain sebagainya.

d) Obat anti *skizofrenia* (*Psikofarmaka*)

(1) Syarat obat *psikofarmaka* yang ideal:

- (a) Dosis rendah dengan efektifitas terapi dalam waktu relatif singkat.
- (b) Tidak ada efek samping, walaupun ada relatif kecil
- (c) Dapat menghilangkan dalam waktu relatif singkat (baik gejala positif maupun negatif).
- (d) Lebih cepat memulihkan fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat).
- (e) Tidak menyebabkan kantuk.
- (f) Memperbaiki pola tidur.
- (g) Tidak menyebabkan *habituasi, adiksi, dan dependensi*.
- (h) Tidak menyebabkan lemas otot.
- (i) Kalau bisa pemakaian dosis tunggal (*single dose*).

(2) Penggolongan obat *psikofarmaka*

Menurut Sheila L. Videbeck (2008 ) obat *pskofarmaka* dibagi menjadi:

(a) Antipsikotik Tipikal (Antagonis Dopamin)

Berfungsi untuk mengatasi tanda – tanda positif skizofrenia, seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran dan gejala psikotik lain.

(b) Antipsikotik Atipikal (Antagonis dopamine dan serotonin)

Berfungsi untuk mengurangi gejala psikotik dan tanda – tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat dan *anhedonia*.

### (3) Efek samping obat *psikofarmaka*

Efek samping obat *psikofarmaka* yang sering dijumpai adalah *Extra Pyramidal Sindrom (EPS)* yang mirip dengan penyakit Parkinson misalnya kedua tangan gemetar (tremor) kekakuan alat gerak dan leher, serta hipersaliva.

Bila terdapat efek samping EPS dapat diberikan obat antara lain: Trihepsilpenidil (Arkine), Benzhexol HCL (Artane), Levodapat Benserazide (madopar) dan Bromocriptine Mesilate (parloder).

Tabel 2.1 Obat Anti Psikotik, dosis harian yang lazim dan insiden efek samping

Nama generic (nama dagang)	Dosis harian yang lazim * (mg)	Sedasi	Hipotensi	EEP	Anti- kolinergik
<b>Antipsikotik Tipikal</b>					
Klocpromazine (Thorazine)	200 – 1600	++++	+++	++	+++
Trifluoperazine (Trilafon)	16 – 32	++	++++	+	
Flufenazin (Prolixin)	2,5 – 20	+	+	++++	+
Tiridazin (Mellatil)	200 – 600	++++	+++	+	+++
Mesoridazin (Serentil)	75 – 300	++++	++	+	++
Tiotiksen (Navane)	6 – 30	+	+	++++	+
Haloperidol (Haldol)	2 – 20	+	+	++++	+/O
Loksapin (Loxitane)	60 – 100	++	++	+++	++
Melindon (Moban)	50- 100	+	+/O	+	++
Perfenazin (Etrafon)	16 – 32	++	++	+++	+
Trifluoperazin (Stelazine)	6 – 50	+	+	+++	+
<b>Antipsikotik Atipikal</b>					
Klozapin (Clozaril)	150 – 500	++++	++	+/O	++
Risperidon (Risperdol)	2 – 8	+++	++	++	+
Olanzapin (Zyprexa)	5 – 20	++++	+++	+	++
Quetiapin (Seroquel)	150 – 500		++++	+	+

Sumber : Sheila L Videbeck, 2008:355)

Keterangan :

\* = Hanya dosis oral

EEP = Efek Samping *Ekstrapiramidal*

++++ = Sangat Signifikan

- +++ = Signifikan
- ++ = Sedang
- + = Ringan
- +/O = Jarang / Tidak ada

## **B. PENELITIAN YANG RELEVAN**

### **1. Yoga, Muhammad Isa syahputra**

Melakukan penelitian dengan judul : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Pasien minum Obat Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan. Rancangan penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasi. Dengan menggunakan tehnik acedental sampling sebanyak 32 orang responden. Instrumen penelitian kuesioner untuk dukungan maupun untuk kepatuhan minum obat. Uji reliabilitas cronbach alpa pada kuesioner dukungan keluarga  $r = 0,755$  dan kuesioner kepatuhan minum obat  $r = 0,767$ . Hasil penelitian menunjukkan bahwa 62,5% responden memmberikan dukungan keluarga berada pada tingkatan baik, 12,5% cukup dan 21,9% kurang. Sementara itu 62,5% pasien gangguan jiwa patuh meminum obat dan 37,5% tidak patuh meminum obat. Hasil analisa statistic menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan secara positif dengan kepatuhan pasien minum obat ( $r = 0,566$ ;  $p = 0,01$  ). Hal ini bermakna bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan kepatuhan pasien minum obat. Dapat disimpulkan semakin tinggi dukungan keluarga dalam pengawasan minum obat maka kepatuhan pasien minum obat juga semakin tinggi. Penelitian yang saya lakukan juga mengenai

dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat namun penelitian saya selain dukungan keluarga juga ada peran perawat pendidik.

## 2. Hartatik

Salah satu penelitian yang menjadi dasar dari penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Hartatik yang berjudul analisis faktor yang berhubungan dengan penampilan peran perawat sebagai edukator di RSUD Dr. H. Slamet Martodiharjo Pamekasan. Jenis penelitian ini adalah cross sectional. Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian yaitu total sampling. Variabel independen dalam penelitian tersebut adalah faktor yang berhubungan dengan penampilan peran perawat dan variabel dependen adalah usia, pendidikan, lama kerja, pengetahuan, dan sikap. Hasil penelitian menunjukkan perawat dalam pelaksanaan peran sebagai edukator mayoritas mempunyai pengetahuan kurang yaitu sebesar 40% dan sikap perawat mayoritas negatif yaitu sebanyak 52% dan 80% perawat tidak melaksanakan peran sebagai edukator. Persamaan penelitian saya yaitu meneliti peran perawat pendidik namun penelitian saya menganalisis hubungannya dengan kepatuhan penderita skizofrenia minum obat.

## 3. Sri Eka Wahyuni

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan tingkat kepatuhan minum obat pasien shizofrenia dengan menggunakan desain deskriptif korelasional. Instrumen dibuat dalam bentuk kuesioner untuk pengukuran tingkat pengetahuan keluarga dan untuk mengukur kepatuhan minum obat menggunakan skala guttman. Jumlah sampel yang diteliti sebanyak 39 orang dengan menggunakan accidental sampling sebagai tehnik pengambilan data.

Hasil yang didapat 56,4% pengetahuan baik, 43,5% responden pengetahuan sedang. 84,6% responden patuh minum obat dan 15,4% tidak patuh minum obat. Analisa statistic korelasi spearman dengan derajat kebebasan ( ) =0,05 diperoleh nilai = 0,343 dan nilai = 0,033 untuk hubungan pengetahuan dengan kepatuhan, terhadap hubungan yang signifikan. Kesamaan penelitian ini yaitu meneliti tentang kepatuhan minum obat penderita skizofrenia namun penelitian saya menganalisis hubungan peran perawat dan peran keluarga dengan kepatuhan minum obat.

#### 4. Wening Lasmito dan Nurullya Rachma

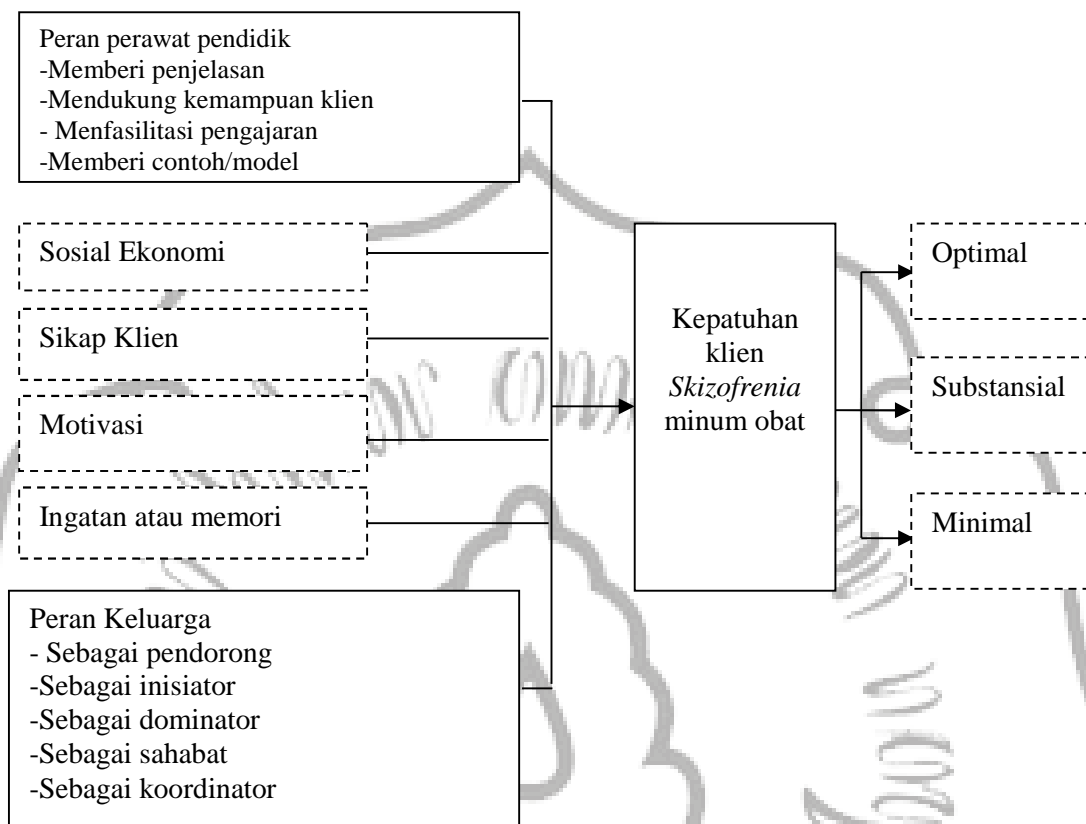
Penelitian lain yang menjadi dasar penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Wening Lasmito dan Nurullya Rachma dengan judul motivasi perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan di Ruang Anggrek Rumah Sakit Tugurejo Semarang. Penelitian tersebut dengan menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Sampel penelitian sebanyak 6 responden. Tahap pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan wawancara mendalam. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan pemahaman perawat tentang pendidikan kesehatan sudah sesuai dengan teori yang ada. Pemahaman tersebut meliputi pengertian, manfaat, peran perawat, dan hambatan dalam pemberian pendidikan kesehatan. Kesamaan penelitian ini yaitu meneliti peran perawat dalam melakukan pendidikan kesehatan namun penelitian saya selain peran perawat ada juga peran keluarga yang dihubungkan dengan kepatuhan minum obat.

#### 5. Natalia Purnamasari

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pengetahuan keluarga dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia dengan menggunakan desain *deskriptif korelatif* dengan rancangan penelitian *Cross Sectional*. Sebagai desain penelitian. Instrument dibuat dalam bentuk kuesioner dan dibagi dalam 2 bagian, yaitu bagian untuk mengukur pengetahuan keluarga tentang pengobatan pasien skizofrenia dan bagian untuk mengukur kepatuhan minum obat pasien skizofrenia dengan menggunakan skala guttman. Jumlah sampel yang diteliti sebanyak 50 orang dengan menggunakan *proposive sampling* sebagai teknik pengambilan data. Hasil penelitian menggambarkan bahwa tidak ada yang berpengetahuan baik mengenai pengobatan pasien skizofrenia, 36% responden memiliki pengetahuan cukup mengenai pengobatan pasien skizofrenia, 48% responden memiliki pengetahuan kurang mengenai pengobatan pasien skizofrenia. Analisa statistik *spearman rho* dengan derajat kebebasan ( ) = 0,01 diperoleh nilai  $p = 0,000$  untuk hubungan pengetahuan dengan kepatuhan, terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan minum obat pasien skizofrenia. Saran untuk praktek keperawatan diharapkan dapat melakukan supervise dan monitoring terkait penerapan pemberdayaan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan pada keluarga. Kesamaan penelitian ini yaitu meneliti tentang kepatuhan minum obat penderita skizofrenia namun penelitian saya menganalisis hubungan peran perawat dan peran keluarga dengan kepatuhan minum obat.

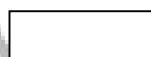


### C. KERANGKA BERFIKIR

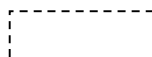


Gambar 2.1 Kerangka berfikir hubungan peran perawat pendidik dan peran keluarga terhadap kepatuhan klien *skizofrenia* minum obat di Poli Jiwa RSUD dr Soeroto Ngawi tahun 2015.

Keterangan :



= diteliti



= tidak diteliti

#### D. HIPOTESIS

1. Terdapat hubungan positif antara peran perawat pendidik dengan kepatuhan penderita *skizofrenia* dalam minum obat di Poli Jiwa RSUD dr Soeroto Ngawi.
2. Terdapat hubungan positif antara peran keluarga dengan kepatuhan penderita *skizofrenia* dalam minum obat di Poli Jiwa RSUD dr Soeroto Ngawi.
3. Terdapat hubungan secara bersama antara peran perawat pendidik dan peran keluarga dengan kepatuhan penderita *skizofrenia* dalam minum obat di Poli Jiwa RSUD dr Soeroto Ngawi.