

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan konsep-konsep yang mendasari penelitian antara lain : 1) Konsep skizofrenia 2) Konsep dukungan keluarga 3) Konsep kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) 4) Penelitian terkait hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri 5) Kerangka teori 6) Kerangka konseptual 7) Hipotesis penelitian.

2.1 Konsep Skizofrenia

2.1.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan dapat menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, dan perilaku maladaptif (Sheila L. Videbeck, PhD, 2008).

2.1.2 Gejala Klinis Skizofrenia

Menurut (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016). secara umum, gejala di bagi menjadi beberapa macam yaitu :

1. Gejala-gejala positif. Yang termasuk halusinasi, delusi, gangguan pemikiran (kognitif). Gejala-gejala ini disebut positif karna merupakan manifestasi jelas yang dapat di amati oleh orang lain.
2. Gejala-gejala negatif. Gejala yang di maksud negatif karena merupakan kehilangan dari ciri khas atau fungsi normal seseorang. Termasuk kurang atau tidak mampu menampakkan atau mengekspresikan emosi pada wajah dan perilaku, kurangnya dorongan

untuk beraktivitas, tidak dapat menikmati kegiatan-kegiatan yang di senangi dan kurangnya kemampuan bicara (alogia).

2.1.3 Klasifikasi Skizofrenia

Klasifikasi skizofrenia (Azizah, Zainuri & Akbar, 2016) :

1. Schizoprenia simplex : dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan.
2. Schizoprenia hebefrenik : gejala utama gangguan proses fikir gangguan kemauan dan depersonalisasi, banyak terdapat waham dan halusinasi.
3. Schizoprenia katatonik : dengan gejala utama pada psikomotor seperti stupor maupun gaduh gelisah katatonik.
4. Schizoprenia paranoid : dengan gejala utama kecurigaan yang ekstrim di sertai waham kebesaran.
5. Episoda Schizoprenia akut (lir Schizoprenia) : kondisi akut mendadak yang di sertai dengan perubahan kesadaran, kesadaran mungkin berkabut.
6. Schizoprenia psiko-afektif : adanya gejala utama Schizoprenia yang menonjol dengan di sertai gejala depresi atau mania.
7. Schizoprenia residual : Schizoprenia dengan gejala-gejala primernya dan muncul setelah beberapa kali serangan Schizoprenia.

Pada umumnya, gangguan Schizoprenia yang terjadi pada lansia adalah Schizoprenia paranoid, simplek dan latent. Sulitnya dalam pelayanan keluarga, para lansia dengan gangguan kejiwaan tersebut

menjadi kurang terurus karena peragainya, dan tingkah lakunya yang tidak menyenangkan orang lain, seperti curiga berlebihan, galak, bersikap bermusuhan, dan kadangng – kadang baik pria maupun wanita perilaku seksualnya sangat menonjol walaupun dalam bentuk perkataan yang konotasinya jorok dan porno (walaupun tidak selalu).

2.1.4 Patofisiologi Skizofrenia

Patofisiologi skizofrenia melibatkan sistem dopaminergik dan serotonergik, peningkatan aktivitas sistem dopaminergik pada sistem mesolimbik akan menimbulkan gejala positif. Sedangkan peningkatan aktivitas serotonergik akan menurunkan aktivitas dopaminergik pada sistem mesocortis yang menimbulkan gejala negatif (Marisa, 2017).

Peningkatan aktivitas fungsional dopaminergik khususnya di jalur mesolimbik ditemukan pada penderita skizofrenia. Obat antipsikotik atipikal bekerja sebahagian besar dengan menghambat dopamin sehingga mengalami efek neurokimia. Terjadinya skizofrenia dikarenakan aktivitas dopamin berlebihan di area limbik otak khususnya nukleus akumbens. Jalur dopamin mesolimbic di area tegemental ventral dari batang otak ke terminal akson di area limbik otak, jalur ini memiliki peran penting pada perilaku emosional, halusinasi pendengaran, waham dan gangguan pikiran (Bertram dan Katzung, 2004).

2.2 Dukungan Keluarga

2.2.1 Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga. Keluarga juga didefinisikan sebagai kelompok individu yang tinggal bersama dengan atau tidak adanya hubungan darah, pernikahan, adopsi, dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga (Friedman, 2010).

U.S Bureau of the Consus dalam (Friedman, 2010) menggunakan definisi keluarga yang berorientasi tradisional, yaitu keluarga terdiri atas individu yang bergabung bersama oleh ikatan pernikahan, darah atau adopsi dan tinggal dalam satu rumah tangga yang sama. Berdasarkan hal diatas maka dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kelompok individu yang tinggal bersama dalam suatu rumah tangga dimana hubungan terjalin karena kedekatan emosional diantara masing-masing anggotanya dengan atau tanpa adanya hubungan darah, pernikahan, dan adopsi.

2.2.2 Fungsi Keluarga

Menurut (Friedman, 2010) terdapat 5, lima fungsi keluarga, yaitu:

1. Fungsi afektif (fungsi mempertahankan kepribadian)

Memfasilitasi stabilisasi kepribadian orang dewasa, memenuhi kebutuhan psikologis anggota keluarga. Fungsi afektif merupakan dasar utama baik untuk pembentukan maupun keberlanjutan unit

keluarga itu sendiri, sehingga fungsi afektif merupakan salah satu fungsi keluarga yang paling penting

2. Fungsi sosialisasi dan status social

Memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif, serta memberikan status pada anggota keluarga. Sosialisasi anggota keluarga adalah fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk kelangsungan hidup masyarakat.

3. Fungsi reproduksi

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat. Fungsi reproduksi untuk menjamin kontinuitas antar-generasi keluarga dan masyarakat yaitu, menyediakan anggota baru untuk masyarakat.

4. Fungsi ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektifnya. Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan keluarga akan sumberdaya yang cukup finansial, ruang, dan materi serta alokasinya sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik, makanan, pakaian, tempat tinggal dan perawatan kesehatan. Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya.

2.2.3 Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah proses yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan social bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga. Walaupun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan social keluarga memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi dalam kesehatan keluarga (Friedman, 2010).

Dukungan keluarga merupakan informasi verbal atau nonverbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya (Azizah, 2011).

Berdasarkan hal diatas maka dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan informasi verbal atau nonverbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang yang akrab dengan subjek yang terjadi selama masa hidup, dengan sifat dan tipe dukungan sosial bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga.

2.2.4 Jenis Dukungan Keluarga

Menurut (Setiadi, 2008) dukungan keluarga meliputi dukungan emosional, penilaian, instrumental dan informasional.

1. Dukungan emosional.

Dukungan emosional yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu

penguasaan terhadap emosi (Setiadi, 2008). Bentuk dukungan emosional meliputi ungkapan rasa empati, cinta, kepercayaan, dan penghargaan. Dengan demikian seseorang yang menghadapi persoalan merasa dirinya tidak menanggung beban sendiri tetapi masih ada orang lain yang memperhatikan, mau mendengar segala keluhannya, bersimpati, dan empati terhadap persoalan yang dihadapinya, bahkan mau membantu memecahkan masalah yang dihadapi penderita.

2. Dukungan Penilaian (*Eseteem support*)

Dukungan penilaian (*appraisal*), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga (Setiadi, 2008). Bentuk dukungan penilaian meliputi pemberian *support*, pengakuan, penghargaan, dan perhatian sehingga dapat menimbulkan kepercayaan diri pada individu.

3. Dukungan Instrumental (*Instrumental Support*).

Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit (Setiadi, 2008). Bentuk dukungan instrumental meliputi bantuan ekonomi, seperti dalam bentuk uang, peralatan, waktu, modifikasi lingkungan, maupun menolong dengan pekerjaan ketika mengalami masalah. Keluarga senantiasa mendampingi klien dalam menyiapkan makanan, memberikan atau mengingatkan untuk minum obat secara teratur, dan mengantar berobat ke pelayanan kesehatan.

4. Dukungan informasional (*informational Support*).

Dukungan informasional, yaitu keluarga sebagai kolektor dan desiminotor (penyebaran informasi) (Setiadi, 2008). Bentuk dukungan ini bertujuan agar dapat digunakan oleh seseorang dalam menanggulangi persoalan-persoalan yang dihadapi. Keluarga berperan dalam memberi nasihat, pengarahan, saran, dan informasi lain yang dibutuhkan.

2.2.5 Tujuan Dukungan Keluarga

Tujuan dukungan social meliputi, yaitu (Friedman, 2010) :

1. Dukungan social dianggap mengurangi atau menyangga efek stress serta meningkatkan kesehatan mental individu atau keluarga secara langsung.
2. Dukungan social merupakan strategi koping penting yang harus ada dalam masa stress bagi keluarga.
3. Dukungan social berfungsi sebagai strategi pencegahan guna mengurangi stress dan akibat negatifnya. Dukungan social berfungsi sebagai pencari dan penyebar informasi mengenai dunia.

2.2.6 Sumber-sumber Dukungan Keluarga

Ada 4 sumber dukungan social, yaitu : (Friedman, 2010)

1. Dukungan dari keluarga besar

Keluarga merupakan kelompok social utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan terdekat dengan klien.

- a. Membagi kesulitan kita dengan kerabat.

- b. Menanyakan kepada kerabat bagaimana perasaan mereka tentang masalah yang kita hadapi.
- c. Meminta saran dari kerabat.

2. Dukungan dari teman

Teman merupakan kelompok social yang sebaya mempunyai pikiran yang sama, dekat dan terbuka dengan klien, sehingga dapat memungkinkan untuk bisa tercapainya tujuan pemberian dukungan social.

- a. Mencari sokongan dan dukungan dari teman.
- b. Sebagai kekhawatiran dengan teman dekat.
- c. Mencari informasi dan saran dari seseorang dari keluarga lain yang pernah menghadapi masalah yang serupa.

3. Dukungan dari tetangga

Tetangga merupakan kelompok social yang dekat dengan tempat tinggal klien, sehingga memungkinkan untuk bisa tercapainya tujuan pemberian dukungan social.

- a. Meminta pertolongan dan bantuan kepada tetangga
- b. Berbagi masalah dengan tetangga

4. Dukungan dari Swa-bantu

Swa-bantu merupakan kelompok social yang memiliki masalah/persoalan yang sama dengan klien, sehingga memungkinkan untuk bisa tercapainya tujuan pemberian dukungan social. Meminta

bantuan dan dukungan dari orang lain yang memiliki kekhawatiran dan masalah yang sama

2.2.7 Manfaat Dukungan Keluarga

Tiga manfaat dukungan keluarga, yaitu (Azizah, 2011) :

1. Social *support* tidak hanya berwujud dalam bentuk dukungan moral, melainkan dukungan sepiritual dan dukungan material.
2. Meringankan beban bagi seseorang atau sekelompok orang yang sedang bermasalah atau persoalan.
3. Dukungan social diberikan merupakan suatu dorongan untuk mengobarkan semangat hidupnya, menyadarkan bawa masih ada orang lain yang peduli.

2.2.8 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Ada 2 faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga, yaitu (Friedman, 2010)

1. Faktor internal.

Dalam faktor internal dibagi menjadi 3 bagian, meliputi:

- a. Tahap Perkembangan atau Usia.

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian rentan usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Menurut Friedman 2010, orang yang masih muda cenderung untuk lebih egosentris dibandingkan orang yang lebih tua. Dukungan dapat ditentukan

oleh faktor usia, dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan.

b. Tingkat Pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang, pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan terbentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c. Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakan. Seseorang yang mengalami respon stress dalam sikap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya.

Seseorang yang secara umum terlibat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama dia sakit. Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

d. Faktor Spiritual

Aspek spiritual dapat dilihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2. Faktor Eksternal.

Dalam faktor eksternal dibagi menjadi 3 bagian, meliputi:

a. Praktek Dikeluarga.

Cara bagaimana keluarga memberi dukungan akan mempengaruhi penderita dalam memeriksakan kesehatannya. Missal: klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misalnya: anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

b. Faktor Sosial Ekonomi atau Pekerjaan

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakit. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari keluarga sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang

dirasakan sehingga dia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

Pada dasarnya masyarakat kebanyakan 75-100% penghasilannya dipergunakan untuk membiayai keperluan hidupnya. Secara konkrit dapat dikemukakan bahwa pemberdayaan suami perlu dikaitkan dengan pemberdayaan ekonomi keluarga sehingga kepala keluarga tidak mempunyai alasan untuk tidak memperhatikan kesehatan istrinya.

c. Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

2.2.9 Pengukuran Dukungan Keluarga

Kuisioner dukungan keluarga dengan indikator menurut (Setiadi, 2007) yaitu dukungan emosional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan informasi, pertanyaan pada kuisioner ini terdiri dari pertanyaan *favorable* dan *unfavorable* menggunakan skala likert dengan nilai pertanyaan *favorable*, selalu = 4, sering = 3, jarang = 2 dan tidak pernah = 1 sedangkan untuk pertanyaan *unfavorable*, selalu = 1, sering = 2, jarang = 3 dan tidak pernah = 4. Skor pada penilaian ini dengan perhitungan sebagai berikut :

Tabel 2.1 Pengukuran dukungan keluarga dengan skala likert

Pernyataan <i>favorable</i>	Nilai	Pernyataan <i>unfavorable</i>	Nilai
Selalu	4	Tidak Pernah	4
Sering	3	Jarang	3
Jarang	2	Sering	2
Tidak Pernah	1	Selalu	1

Sumber : (Azwar, 2007)

Rentang minimum dan rentang maksimum dibagi menjadi 3 kategori.

$X < (\mu - 1,0\sigma)$	Kurang
$\geq (\mu - 1,0\sigma) X < (\mu + 1,0\sigma)$	Cukup
$\geq (\mu + 1,0\sigma) X$	Baik

(Azwar, 2006, p. 109)

Keterangan :

μ : Mean teoritis yaitu jumlah item soal x 3

σ : Setiap satuan deviasi standar yaitu hasil dari pengurangan rentang maksimum dan rentang minimum dibagi 6.

2.3 Konsep *Self-Care* Berdasarkan teori Orem

2.3.1 Pengertian Perawatan Diri (*Deficit self-care*)

Pada dasarnya semua manusia mempunyai kebutuhan untuk melakukan perawatan diri dan mempunyai hak untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, kecuali bila orang itu tidak mampu. *Self care* menurut Orem (2001) adalah kegiatan memenuhi kebutuhannya dalam

mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan individu baik dalam keadaan sehat maupun sakit yang dilakukan oleh individu itu sendiri.

2.3.2 Teori defisit perawatan diri (*Deficit Self Care*) dibentuk menjadi 3 teori yang saling berhubungan:

1. Teori perawatan diri (*self care theory*) : menggambarkan dan menjelaskan tujuan dan cara individu melakukan perawatan dirinya.
2. Teori defisit perawatan diri (*deficit self care theory*) : menggambarkan dan menjelaskan keadaan individu yang membutuhkan bantuan dalam melakukan perawatan diri, salah satunya adalah dari tenaga keperawatan.
3. Teori sistem keperawatan (*nursing system theory*) : menggambarkan dan menjelaskan hubungan interpersonal yang harus dilakukan dan dipertahankan oleh seorang perawat agar dapat melakukan sesuatu secara produktif.

Adapun penjelasan mengenai ketiga teori keperawatan di atas adalah sebagai berikut :

1. Teori perawatan diri (*self care theory*) berdasarkan Orem terdiri dari :
 - a. Perawatan diri adalah tindakan yang diprakarsai oleh individu dan diselenggarakan berdasarkan adanya kepentingan untuk mempertahankan hidup, fungsi tubuh yang sehat, perkembangan dan kesejahteraan.

- b. Agen perawatan diri (*self care agency*) adalah kemampuan yang kompleks dari individu atau orang-orang dewasa (matur) untuk mengetahui dan memenuhi kebutuhannya yang ditujukan untuk melakukan fungsi dan perkembangan tubuh. *Self Care Agency* ini dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman hidup, orientasi sosial kultural tentang kesehatan dan sumber-sumber lain yang ada pada dirinya.
- c. Kebutuhan perawatan diri terapeutik (*therapeutic self care demands*) adalah tindakan perawatan diri secara total yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi seluruh kebutuhan perawatan diri individu melalui cara-cara tertentu seperti, pengaturan nilai-nilai terkait dengan keadekuatan pemenuhan udara, cairan serta pemenuhan elemen-elemen aktivitas yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan tersebut (upaya promosi, pencegahan, pemeliharaan dan penyediaan kebutuhan).

2.3.3 Macam-macam kebutuhan perawatan diri (*self care requisite*), yaitu :

- a. Kebutuhan perawatan diri universal (*Universal self care requisite*)

Hal yang umum bagi seluruh manusia meliputi pemenuhan kebutuhan seluruhnya.
- b. Kebutuhan Perkembangan Perawatan Diri (*Development self care requisite*)

Kebutuhan yang dihubungkan pada proses perkembangan dapat dipengaruhi oleh kondisi dan kejadian tertentu sehingga dapat berupa tahapan-tahapan yang berbeda pada setiap individu, seperti perubahan kondisi tubuh dan status sosial.

c. Kebutuhan Perawatan Diri Pada Kondisi Adanya Penyimpangan Kesehatan (*Health Deviation Self Care Requisite*)

Kebutuhan ini dikaitkan dengan penyimpangan dalam aspek struktur dan fungsi manusia. Seseorang yang sakit, terluka mengalami kondisi patologis tertentu, kecacatan atau ketidakmampuan seseorang atau seseorang yang menjalani pengobatan tetap membutuhkan perawatan diri.

2.3.4 Teori Defisit Perawatan Diri (*Deficit Self Care Theory*)

Setiap orang memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri, tetapi ketika seseorang tersebut mengalami ketidakmampuan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri, disebut sebagai *Self Care Deficit*. Defisit perawatan diri menjelaskan hubungan antara kemampuan seseorang dalam bertindak/beraktivitas dengan tuntutan kebutuhan tentang perawatan diri, sehingga ketika tuntutan lebih besar dari kemampuan, maka seseorang akan mengalami penurunan/defisit perawatan diri. Orem memiliki metode untuk proses penyelesaian masalah tersebut, yaitu bertindak atau berbuat sesuatu untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, sebagai pendidik, memberikan support fisik, memberikan support psikologis dan meningkatkan pengembangan

lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik orang lain.

Perawatan diri adalah kemampuan individu untuk melakukan perawatan diri. Perawatan diri dapat mengalami gangguan atau hambatan apabila seseorang jatuh pada kondisi sakit, kondisi yang melelahkan (stres fisik dan psikologik) atau mengalami kecacatan.

2.3.5 Pengertian Kemampuan Perawatan Diri (*Self-care Agency*)

Self care defisit adalah suatu kondisi dimana seseorang mengalami ketidakmampuan dalam melakukan perawatan dirinya sendiri. Orem (2001) menggunakan istilah *agency* untuk menggambarkan kekuatan atau kemampuan dalam melakukan suatu tindakan untuk mencapai suatu tujuan. *Self Care Agency* adalah kemampuan manusia yang dibutuhkan untuk terus merawat diri sendiri atau orang lain. Kemampuan perawatan diri mengacu pada kekuatan atau kemampuan untuk terlibat dalam tindakan untuk memenuhi kebutuhan *self care* atau disebut dengan *self care requisite (universal, development, dan deviation)*. Kemampuan seseorang untuk melakukan tindakan-tindakan yang tujuannya bervariasi sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangan, status kesehatan, pendidikan, pengalaman hidup, budaya, dan sumber daya. Kemampuan yang dibutuhkan dalam merespon tuntutan kebutuhan perawatan diri dalam situasi atau kondisi yang khusus.

2.3.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan *self care* (*basic conditioning factor*) yaitu :

1. Usia

Usia merupakan salah satu faktor penting pada *self care*. Bertambahnya usia sering dihubungkan dengan berbagai keterbatasan maupun kerusakan fungsi sensoris. Pemenuhan kebutuhan *self care* akan bertambah efektif seiring dengan bertambahnya usia dan kemampuan (Orem, 2001).

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempunyai kontribusi dalam kemampuan perawatan diri. Pada laki-laki lebih banyak melakukan penyimpangan kesehatan seperti kurangnya manajemen berat badan dan kebiasaan merokok dibandingkan pada perempuan.

3. Status Perkembangan

Status perkembangan menurut Orem meliputi tingkat fisik seseorang, fungsional, perkembangan kognitif dan tingkat psikososial (Orem, 2001). Tahap perkembangan mempengaruhi kebutuhan dan kemampuan *self care* individu. Kognitif dan perilaku seseorang akan berubah sepanjang hidupnya sehingga perawat harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien dalam memberikan pelayanan kesehatan (Potter, P. A. & Perry, 2010)

4. Status kesehatan

Status kesehatan berdasarkan Orem antara lain status kesehatan saat ini, status kesehatan dahulu (riwayat kesehatan dahulu) serta persepsi tentang kesehatan masing masing individu. Status kesehatan meliputi diagnosis medis, gambaran kondisi pasien, komplikasi, perawatan yang dilakukan dan gambaran individu yang mempengaruhi kebutuhan *self care (self care requisite)*. Tinjauan dari self care menurut Orem, status kesehatan pasien yang mempengaruhi kebutuhan self care dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu : sistem bantuan penuh (*wholly compensatory system*), sistem bantuan sebagian (*partially compensatory system*) dan sistem dukungan pendidikan (*supportive-education system*).

5. Sosiokultural

Sistem yang saling terkait dengan lingkungan sosial seseorang, keyakinan spiritual, hubungan sosial dan fungsi unit keluarga.

6. Sistem pelayanan kesehatan

Sumber daya dari pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan tersedia untuk individu dalam melakukan diagnostik dan pengobatan.

7. Dukungan keluarga

Peran atau hubungan anggota keluarga dan orang lain yang signifikan serta peraturan seseorang di dalam keluarga. Selain itu, sistem keluarga juga meliputi tipe keluarga, budaya yang

mempengaruhi keluarga, sumber-sumber yang dimiliki individu atau keluarga serta perawatan diri dalam keluarga.

8. Pola hidup

Pola hidup yang dimaksud adalah aktivitas normal seseorang yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.

9. Lingkungan

Tempat seseorang biasanya melakukan perawatan diri di lingkungan rumah.

10. Ketersediaan sumber

Ketersediaan sumber ini termasuk ekonomi, personal, kemampuan dan waktu. Ketersediaan sumber-sumber yang mendukung perawatan diri atau proses penyembuhan pasien.

2.3.7 Komponen Kemampuan Perawatan Diri (*Self Care Agency*)

Menurut Orem (2001) dalam Baker dan Denyes (2008) terdapat tiga komponen *self care agency* yaitu :

1. Kemampuan dasar dan disposisi (*Foundational Capabilities And Disposition*)

Kemampuan dasar meliputi sensasi, persepsi, dan memori, sedangkan disposisi meliputi pemahaman seseorang mengenai dirinya sendiri, kesadaran diri dan citra diri atau motivasi seseorang dalam mencapai tujuan untuk perawatan diri sesuai dengan karakteristik dan maknanya bagi kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan. Kecerdasan umum juga diidentifikasi sebagai kemampuan dasar yaitu kemampuan

individu secara umum untuk bertindak sesuai dengan tujuan, berpikir secara rasional dan berinteraksi secara efektif dengan lingkungannya.

2. Komponen kekuatan atau tenaga (*Power Components*)

Kemampuan spesifik untuk mempertahankan kesehatan yang berhubungan dengan tindakan perawatan diri.

3. Kemampuan untuk melakukan perawatan diri (*Capabilities To Perform Self Care Operations*)

Kemampuan seseorang untuk terus melakukan perawatan diri baik untuk diri mereka sendiri maupun orang lain sangat bervariasi, dimana hal ini dapat dipengaruhi oleh pertumbuhan dan perkembangan status kesehatan, tingkat pendidikan, pengalaman dan budaya. Self care berhubungan erat dengan basic conditioning factor yang merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi seseorang dalam memenuhi kebutuhan self care seperti usia, jenis kelamin, status perkembangan, status kesehatan, sosiokultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem keluarga, pola keluarga, pola hidup, lingkungan dan ketersediaan sumber.

2.3.8 Jenis kemampuan perawatan diri

Menurut (Andayani, 2012) defisit perawatan diri terdiri dari empat aktivitas, yaitu: mandi, berpakaian, makan, eliminasi yang akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Defisit perawatan diri: mandi

Defisit perawatan diri: mandi adalah hambatan/gangguan kemampuan untuk melakukan atau memenuhi aktivitas mandi/hygiene untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: mandi adalah: ketidakmampuan pasien untuk mengakses kamar mandi (masuk dan keluar kamar mandi), mengeringkan tubuh, mengambil perlengkapan mandi, menjangkau sumber air, mendapatkan atau menyediakan air, mengatur suhu dan aliran air mandi, mengatur air mandi, dan membersihkan tubuh/anggota tubuh.

2. Defisit perawatan diri: berpakaian

Defisit perawatan diri: berpakaian adalah suatu hambatan kemampuan untuk memenuhi/menyelesaikan aktivitas berpakaian lengkap dan berhias untuk diri sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: berpakaian adalah ketidakmampuan pasien untuk memilih pakaian, mengambil pakaian, mengambil atau menggantikan pakaian, mengenakan atau melepas pakaian pada bagian atas/bawah tubuh, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengenakan dan melepas sepatu atau kaus kaki, menggunakan alat bantu, menggunakan resleting, hambatan kemampuan untuk mengancingkan pakaian; hambatan kemampuan pasien untuk mengambil pakaian, mengenakan atau melepas atribut penting pakaian, mengenakan atau melepas sepatu atau kaus kaki.

3. Defisit perawatan diri: makan

Defisit perawatan diri: makan adalah suatu hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan/memenuhi aktivitas makan sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: makan adalah ketidakmampuan pasien untuk menyuap, mengunyah, atau menghabiskan makanan, menempatkan makanan ke perlengkapan makan, menggunakan perlengkapan makan, memakan makanan dengan cara yang dapat diterima oleh sosial, memakan makanan dengan aman dan jumlah memadai, memanipulasi makanan dalam mulut, membuka wadah makanan, mengambil gelas/cangkir, menyiapkan makanan, menelan makanan, atau menggunakan alat bantu.

4. Defisit perawatan diri: eliminasi

Defisit perawatan diri: eliminasi adalah suatu hambatan kemampuan untuk melakukan, menyelesaikan, atau melengkapi kegiatan/aktivitas eliminasi sendiri (NANDA, 2009; Wilkinson, 2008). Batasan karakteristik defisit perawatan diri: eliminasi adalah ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat, menyiram toilet, naik ke toilet, melepas atau menggunakan pakaian untuk eliminasi, turun dari toilet atau untuk duduk/bangun dari toilet, membersihkan diri sehabis eliminasi.

2.3.9 Pengukuran *Self-Care Agency*

Pengukuran kemampuan perawatan diri dapat diukur menggunakan kuisioner yang terdiri dari 4 domain, yaitu : Mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi (Andayani, 2012). Kemampuan perawatan diri digambarkan berdasarkan skala tingkat ketergantungan sebagai berikut:

- Tingkat 0 merupakan tingkatan tertinggi yang di tandai dengan kemandirian penuh dalam kegiatan sehari-hari.
- Tingkat 1 di tandai dengan penggunaan alat meskipun dilakukan secara mandiri tanpa bantuan orang lain.
- Tingkat 2 di tandai dengan di perlukannya bantuan orang lain untuk pengawasan.
- Tingkat 3 di tandai dengan di perlukannya alat dan bahan bantu serta pengawasan dari orang lain.
- Tingkat 4 tingkat terendah dimana pasien sepenuhnya tergantung pada bantuan orang lain.

Kemampuan perawatan diri di dapat dari 4 domain tersebut dengan rentang nilai 0 – 16 (Andayani, 2012). Skor meliputi sebagai berikut:

0	: Mandiri penuh.
1 – 4	: Membutuhkan alat bantu.
5 – 8	: Membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan dan pengawasan.
9 – 12	: Membutuhkan pertolongan orang lain dan alat bantu.

13 – 16 : Ketergantungan total.

2.4 Hubungan antar variabel

Dukungan keluarga yang baik dapat memberikan pengaruh positif terhadap kesehatan jiwa anggota keluarganya (Hartanti, 2016).

Anak retardasi mental selain memiliki keterbatasan intelegensi juga memiliki keterbatasan dalam kemampuan merawat diri sendiri sehingga membutuhkan dukungan dari keluarga untuk mencapai kesesuaian yang akurat. Hasil penelitian (Arfandi , Z.; Susilo, E.; Widodo, 2013) menggunakan uji analisa kendal tau didapatkan $p \text{ value } 0,004 < \alpha 0,05$ berarti ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan kemampuan perawatan diri anak retardasi mental, dimana pengaruh tersebut positif yang makin baik dukungan sosial keluarga maka semakin baik juga kemampuan perawatan diri anak dengan retardasi mental.

2.5 Penelitian Pendukung

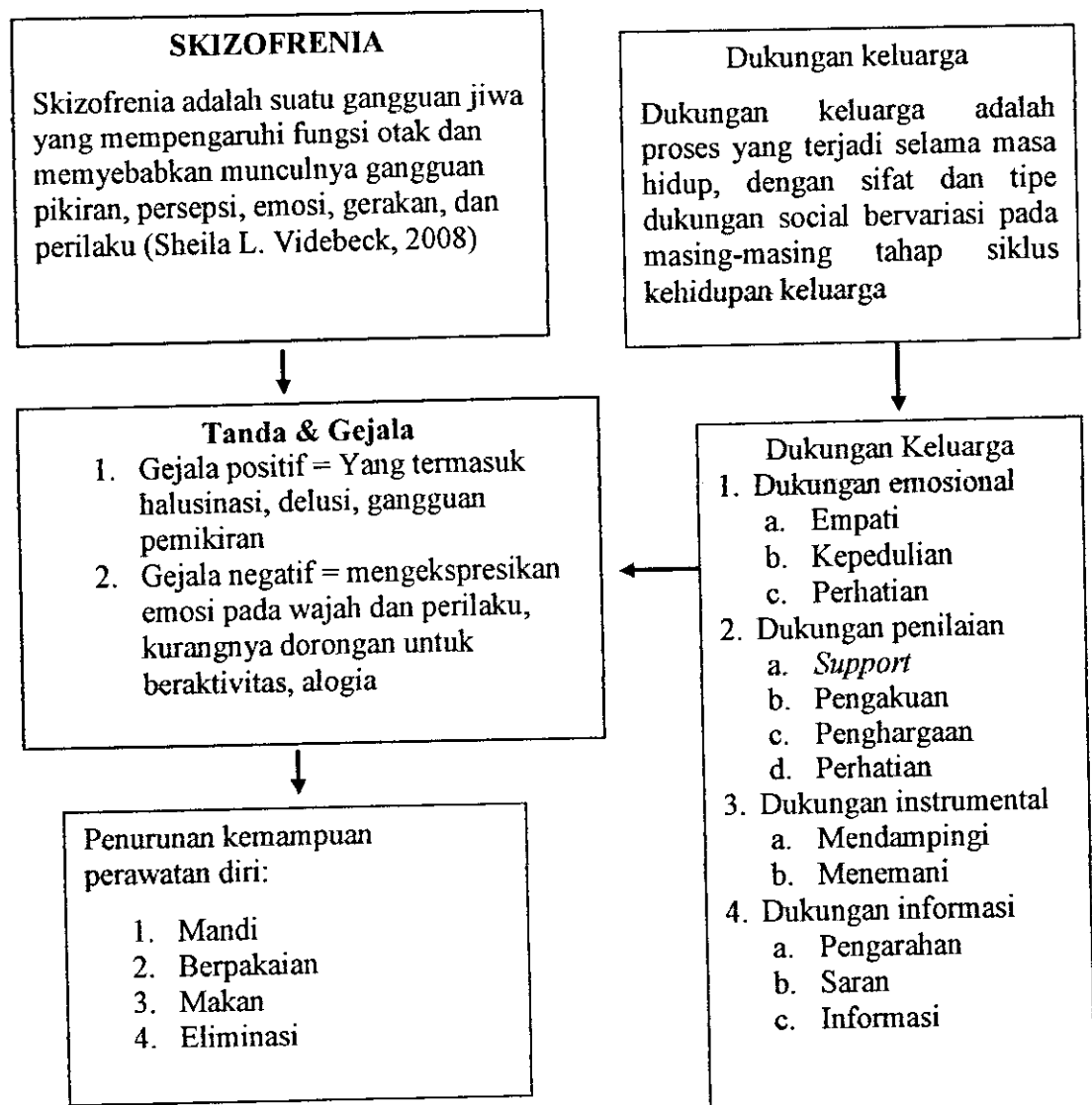
Tabel 2.2 : Penelitian pendukung hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*self-care*) pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto

NO.	Nama Peneliti	Judul penelitian	Metode	Hasil penelitian
1	(Arfandi, Z.; Susilo, E.; Widodo, 2013)	Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan Diri Pada Anak Retardasi Mental Di Slb Negeri Ungaran	Menggunakan sampling purposive dengan jumlah sampel 51 responden	Hasil penelitian menunjukkan dukungan sosial keluarga dalam kriteria cukup 30 (58,8%), kemampuan perawatan diri pada anak retardasi mental dalam kriteria baik 18 (35,3%). Hasil analisa data dengan menggunakan uji kendall tau didapatkan $p\text{-value } 0,004 < \alpha = 0,05$ yang berarti ada hubungan yang signifikan antara dukungan sosial keluarga dengan kemampuan perawatan diri pada anak retardasi mental di SLB Negeri Ungaran.
2	(Mare, 2015)	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Pasca Stroke Di Puskesmas Gundih Surabaya	Menggunakan uji korelasi <i>Rank Spearman</i> dengan jumlah sampel 20 orang	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 75% responden mendapatkan dukungan keluarga tinggi, 45% responden memiliki kemampuan perawatan diri dengan bantuan sebagian dan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri pasien

pasca stroke dengan arah korelasi negatif berarti semakin tinggi dukungan keluarga, semakin rendah tingkat kemampuan perawatan diri ($r = -0,285$, $p = 0,224$, $\alpha = 0,05$). Tingginya dukungan keluarga dapat memberikan efek negatif yaitu memberikan rasa ketergantungan pasien pada bantuan yang diberikan oleh keluarga.

2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan hasil resume dalam bentuk skema terhadap teori yang di pelajari mendasari masalah riset yang akan di laksanakan.



Gambar 2.1 : Kerangka teori hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto

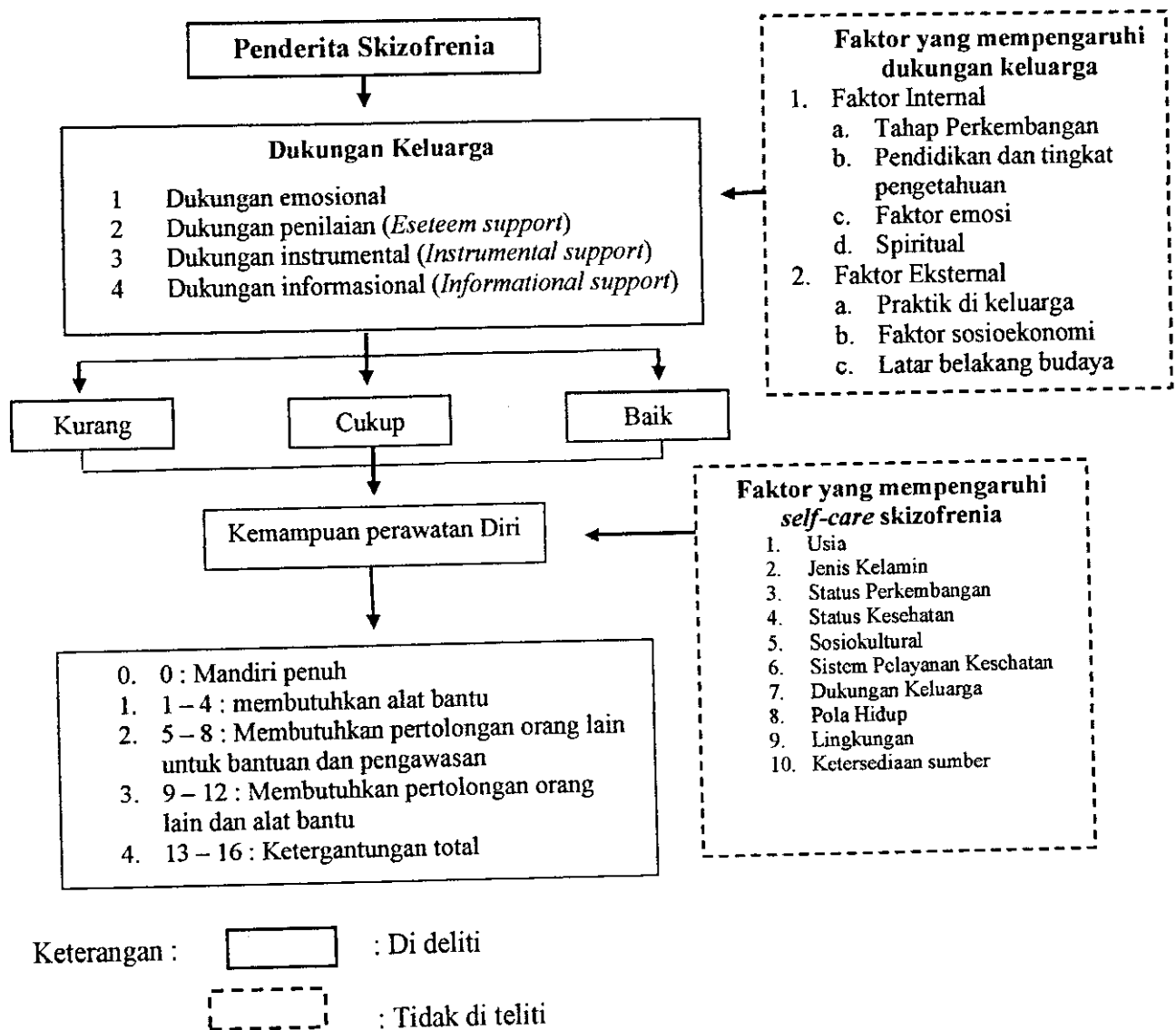
2.6.1 Penjelasan kerangka teori hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*sel-care agency*) pada pasien skizofrenia :

Pada orang gangguan jiwa dengan skizofrenia yang mempengaruhi otak dan dapat menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, dan perilaku mal-adaptif (Sheila L. Videbeck, PhD, 2008). Pada pasien skizofrenia ada beberapa gejala yang di alaminya seperti gejala positif yang termasuk halusinasi, delusi, gangguan pemikiran dan gejala negatif yang mengekspresikan emosi pada wajah dan perilaku, kurangnya dorongan untuk beraktivitas, alogia. Perubahan pada pasien skizofrenia yang mengalami gangguan pola pikir dan perilaku mal-adaptif dapat mengakibatkan kurang adanya dorongan untuk beraktivitas contohnya beraktivitas dalam melakukan perawatan diri yang meliputi : mandi, berpakaian, makan dan eliminasi (Andayani, 2012)).

Adanya perubahan pada pasien skizofrenia sehingga mengakibatkan kurangnya melakukan perawatan diri akan membutuhkan dukungan sosial salah satunya yakni dukungan keluarga. Dukungan keluarga merupakan informasi verbal atau nonverbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang yang akrab dengan subjek yang terjadi selama masa hidup. Bentuk dukungan keluarga antara lain : dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan informasi dan dukungan penilaian (Setiadi, 2008).

2.7 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual penelitian berisi tentang variabel-variabel yang akan di teliti terkait langsung dengan teori yang di pelajari.



Gambar 2.2 : Kerangka konsep hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto

2.7.1 Penjelasan kerangka konseptual hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*sel-care agency*) pada pasien skizofrenia :

Pada orang gangguan jiwa dengan skizofrenia yang mempengaruhi otak dan dapat menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, dan perilaku mal-adaptif (Sheila L. Videbeck, PhD, 2008). Pada pasien skizofrenia ada beberapa gejala yang di alaminya seperti gejala positif yang termasuk halusinasi, delusi, gangguan pemikiran dan gejala negatif yang mengekspresikan emosi pada wajah dan perilaku, kurangnya dorongan untuk beraktivitas, alogia. Perubahan pada pasien skizofrenia yang mengalami gangguan pola pikir dan perilaku mal-adaptif dapat mengakibatkan kurang adanya dorongan untuk beraktivitas contohnya beraktivitas dalam melakukan perawatan diri yang meliputi : mandi, berpakaian, makan dan eliminasi (Andayani, 2012). Faktor-faktor yang mempengaruhi perawatan diri yaitu : Usia, Jenis Kelamin, Status Perkembangan, Status Kesehatan, Sosiokultural, Sistem Pelayanan Kesehatan, Dukungan Keluarga, Pola Hidup, Lingkungan dan Ketersediaan sumber. Dari beberapa faktor tersebut ada dukungan keluarga yang membantu pasien untuk membantu melatih kemampuan perawatan dirinya guna untuk membiasakan pasien agar tidak ketergantungan kepada keluarga atau yang lain.

Adanya perubahan pada pasien skizofrenia sehingga mengakibatkan kurangnya melakukan perawatan diri akan membutuhkan dukungan sosial

salah satunya yakni dukungan keluarga. Dukungan keluarga merupakan informasi verbal atau nonverbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang yang akrab dengan subjek yang terjadi selama masa hidup. Bentuk dukungan keluarga antara lain : dukungan instrumental, dukungan emosional, dukungan informasi dan dukungan penilaian (Setiadi, 2008). Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga ada Faktor Internal dan faktor eksternal.

2.8 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang menunjukkan adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Setiadi, 2007).

Dalam penelitian ini peneliti memiliki jawaban sementara bahwa: Ada hubungan dukungan keluarga dengan kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) pada pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Gedongan Kota Mojokerto.