

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Kasihan II berada di daerah perkotaan, terletak di dukuh Padokan Lor RT 06, Tirtonirmolo, Kasihan Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta. Secara geografi wilayah kerja puskesmas berada di daerah pada dataran rendah (70 dpl) dengan luas wilayah 1,023 Ha. Jumlah penduduk sejumlah 53.789 jiwa memiliki kepadatan penduduk 5.233 jiwa/km². Wilayah kerja Puskesmas Kasihan II meliputi dua kalurahan yaitu Kalurahan Ngestiharjo dan Kalurahan Tirtonirmolo. Setiap kalurahan memiliki 12 pedukuhan. Penelitian berjudul Asuhan Keperawatan Keluarga melalui Terapi Keluarga Terhadap Pencegahan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia dilakukan di Glondong RT 04 wilayah Puskesmas Kasihan II.

Jumlah penderita skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Kasihan II pada tahun 2022 sebanyak 216 orang. Program kesehatan jiwa menjadi program pengembangan di bidang upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM). Program ini telah berkembang dan bahkan telah mendapat prestasi nasional dalam kompetisi pada tahun 2021 sebagai Top 45 layanan inovasi publik yang diselenggarakan kementerian Pan-RB.

2. Gambaran kasus

Sdr. W jenis kelamin laki-laki usia 25 tahun, agama islam, pendidikan terakhir SMK, status belum menikah, status pekerjaan tidak bekerja, alamat Nyemengan RT 04, Glondong, Tirtonirmolo, Kasihan, Bantul. Tinggal dalam keluarga inti Ayah, ibu dan dua saudara kandungnya. Ny. H perempuan 51 tahun adalah care giver utama sdr. W. sekaligus pengambil keputusan yang dominan di keluarga Tn. W. Tn. W usia 67 tahun pendidikan SD pekerjaan buruh tidak tetap yang menurut laporan kader kurang memperhatikan keluarga sedangkan menurut istrinya tidak bisa diajak kerjasama dalam megasuh anak-anaknya.

Sdr. W mengatakan merasa mengalami gangguan psikologis sejak usia 17 tahun hal ini relevan dengan teori bahwa awitan skizofrenia pada laki-laki terjadi pada usia 15 sampai 25 tahun. Faktor penyebab gangguan skizofrenia Sdr. W secara genetik didapatkan budhe dan sudara sepupu menderita skizofrenia sehingga secara factor presipitasi didapatkan adanya faktor genetik. Faktor genetik menyumbang kemungkinan sebesar 12-15 % dari ayah penderita skizofrenia, risiko menjadi meningkat 31-40 % apabila kedua orang tua menderita skizofrenia. Faktor predisposisi skizofrenia pada kasus ini adalah factor psikososial berupa kegagalan yaitu dipicu saat lulus pendidikan SMK ijazah tertahan di sekolah karena masalah pelunasan biaya sekolah. Penahanan ijazah oleh pihak sekolah membuat pasien tidak bisa melamar pekerjaan sehingga secara psikologis masalah sosial ini makin memperberat gejala yang ada. Faktor penyebab lain yaitu factor lingkungan

yaitu Sdr. W dibesarkan pada keluarga dengan konflik peran dalam keluarga. Skizofrenia tidak saja disebabkan oleh factor tunggal saja tetapi disebabkan oleh multi factor. Faktor tersebut adalah factor genetik, biologi (otak), psikososial dan factor lingkungan dan dinamika keluarga. Melihat kasus yang ada gangguan skizofrenia pada Sdr. W relevan dengan teori adanya factor genetik, factor psikososial berupa kegagalan dampak dari ekonomi/tidak sejahtera dan factor lingkungan tinggal dalam keluarga yang dukungannya kurang optimal.

Sdr W. telah kambuh sebanyak lima kali, hal ini sesuai dengan hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 dimana angka kekambuhan skizofrenia yang tinggi yaitu antara 40-70%. Kekambuhan Sdr. W yang terakhir disebabkan karena berhenti minum obat selama satu tahun. Hal ini sesuai dengan catatan oleh Bartha et all (2020) bahwa kekambuhan sering terjadi pada penderita skizofrenia berjenis kelamin laki-laki. Pasien laki-laki kurang patuh minum obat anti psikotik. Ketidak patuhan yang dicatat oleh Bartha adalah sebanyak 48,9%. Penyebab lain yang relevan adalah dukungan keluarga yang kurang. Dukungan yang kurang bisa disebabkan oleh karena keluarga belum memahami tentang penyakitnya sebagaimana dalam artikel penelitian oleh Tombokan dkk (2022) bahwa penelitian oleh Fadly SM (2013) menyatakan ditemukan bahwa ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan dukungan keluarga pada kekambuhan.

Gejala kekambuhan Sdr W antara lain : mengurung diri di kamar, tidak mau merawat diri, menarik diri dari lingkungan, berbicara dan tertawa

sendiri, melawan kalau dinasihati dan badan semakin kurus. Menolak minum obat selama setahun dan adanya ancaman melukai ayahnya dengan gunting dan selalu melawan keluarga. Gejala ini selaras dengan sebagian gejala yang terdapat pada tulisan oleh Bartha et all (2020) dan Febrianti (2021) antara lain : Tidak mematuhi program perawatan dan pengobatan, kebersihan diri menurun, menarik diri dari interaksi sosial, muncul lagi gejala awal berupa halusinasi dan waham dan mudah marah.

B. Analisa Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga mencegah kekambuhan dengan terapi keluarga dilakukan melalui proses keperawatan dengan langkah pertama yang dilakukan adalah pengkajian. Pengkajian dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan status psikiatri pada penderita skizofrenia dan keluarganya

a. Pengkajian Keluarga

Keluarga inti , Tn. W umur 67 tahun pendidikan SD, pekerjaan buruh tidak tetap, dengan penghasilan tidak menentu. Jumlah anggota keluarga 4 orang (1 istri dan 3 anak). Saat ini tahap perkembangan memasuki tahap ke 6 yaitu keluarga dengan anak dewasa dengan ciri anak pertama sudah menikah dan tinggal terpisah.

Ny. H 51 tahun, pendidikan SMP pekerjaan buruh laundry penghasilan Rp. 500.000,- dengan melihat penghasilan keluarga termasuk dalam keluarga pra sejahtera.

Anak ke dua yang menderita skizofrenia selama 7 tahun dan sudah lima kali kambuh.

Keluarga Tn. W tidak mempunyai aktifitas rekreasi baik dalam variasi maupun rutinitas meskipun sederhana. Ekomap dan family attachment terdapat masalah kelekatan hubungan antara suami dan istri, antara ayah dengan anak-anaknya. Masalah pemanfaatan BPJS tidak sesuai fasilitas kesehatan oleh Tn. H. Dalam keterbatasan ekonomi Tn W lebih memilih periksa di tempat swasta dengan biaya Rp 30.000,- sampai Rp. 50.000,-. Struktur peran ayah belum menjadi sosok pelindung dan pengayom keluarga, tidak bisa mengambil keputusan dan mencari solusi jika ada masalah keuangan keluarga. Struktur kekuatan berada pada Ny. H . Tn W belum pernah sholat meskipun mengatakan pernah sholat. Sdr W sudah 1 bulan sholatnya bolong-bolong. Menurut Ny. H spiritual sangat penting sehingga memilih menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah dengan basic agama. Ny. H menaggangap kalau dekat dengan Tuhan hati bisa lebih tenang

Fungsi sosialisasi bagi Sdr. W merasa jumlah teman akrab menurun sehingga jarang bersosialisasi bersama teman.

Fungsi Perawatan suami kurang membantu memberikan perawatan sejak anak-anaknya masih kecil hingga sekarang. Keluarga sudah mengenal masalah kesehatan mental namun belum mengerti penyebab dan cara mencegah kekambuhan. Keluarga menyadari perlu meningkatkan kemampuan untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga

menginginkan merawat secara bersama-sama karena selama ini sebagian besar dilakukan oleh ibu, anggota keluarga yang lain belum terlibat.

Potensi masalah yang mungkin terjadi adalah masalah keuangan memiliki tanggungan hutang. Untuk masalah ini keluarga menganggap perlu mencegah dengan cara menjaga kesehatan agar tetap bisa bekerja dan nanti bisa digunakan untuk membayar hutang.

Keluarga menetapkan kondisi kesejahteraan keluarga pada level 3 (merasakan adanya masalah yang tinggi dan keluarga membutuhkan banyak bantuan) pernyataan oleh Tn W, Ny. H dan Sdr W. Tingkat kemandirian keluarga saat kunjungan pertama keluarga menerima petugas kesehatan, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana, menyatakan masalah dengan benar dan melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran.

b. Pengkajian Fisik

Pemeriksaan Fisik dan Psikologis individu yang sakit

1) Pemeriksaan Anggota keluarga yang sakit

a) Pemeriksaan Kesehatan Tn W (KK)

Tn W. laki-laki 67 tahun menderita batuk pilek 1 minggu.

Kedaaan Umum sedang, kesadaran CM GCS : E: 4 V 6 M5

TTV: T:119/69 mmHg N:56x/mnt (bradikardi) Suhu:36,4⁰

C, RR:18 x/mnt, Gigi geraham tanggal. Batuk pilek sudah ke

dokter praktek swasta mendapat obat batuk (acetyl sistein) ,

obat pusing dan panas parsasetamol dan vitamin

b) Pemeriksaan Kesehatan Sdr. W laki-laki usia 25 tahun , agama islam, pendidikan SMK, belum menikah, keluar masuk dari pekerjaan, alamat Nyemengan RT 04, Dukuh Glondong, Tirtonirmolo, Bantul.

Keluhan utama saat ini :

Batuk pilek 3 hari, pada awal gejala ada panas, tetapi sekarang sudah tidak demam. TTV sdr W: Keadaan Umum

: Sedang Kesadaran: Compos Mentis, GCS : E4V6M5

TD: 109/69 mmHg , N: 89x/mnt S: 36,4 °C RR: 18 x/mnt

Keluhan keluarga terkait Sdr. W :

Menderita Skizofrenia sejak 2017. Paska rawat inap di RSJ

Grhasia selama 3 minggu pada bulan April tahun 2023.

Merupakan kekambuhan yang ke lima. Gejala kekambuhan meliputi : halusinasi auditori, perilaku ancaman kekerasan mau menusuk memakai gunting terhadap ayahnya.

Penyebab kekambuhan : Tidak patuh minum obat selama satu tahun. pasien merasa sudah sehat. Upaya keluarga dengan merayu, mencoba meminumkan namun selalu gagal.

Dan akhirnya dirujuk oleh tim kesehatan dari lintas sector kapanewon kasihan.

2) Pemeriksaan Status Psikiatri Sdr W

Pengobatan sdr. W dari RSJ Grhasia tertanggal 03 juli 2023

a) Risperidon 2 mg 2x1 tablet

b) Clozapin 15 mg 2x1/2 tablet

c) Trihexyphenidyl 2 mg 2x1 tablet

Kontak mata ada, namun sedikit kurang, bicara lambat perubahan diksi bicara, asosiasi longgar, komunikasi defensive mood tampak sedih. Riwayat halusinasi auditori bulan April 2023, mendengar suara orang mengobrol yang tidak jelas di kejauhan dan perasaanya terganggu dengan halusinasi tersebut. Proses pikir asosiasi lambat, kadang irelevan, isi pikir terkait. Spiritual sedang menurun dalam pelaksanaan ibadah, sudah 1 bulan bolong-bolong. Masalah psikososial terdapat penurunan dukungan kelompok/teman, masalah aktivitas keluar masuk tempat kerja karena kondisi skizofrenia

2. Analisa Masalah dan Diagnosa Keperawatan

Analisa masalah dan diagnose keperawatan dilakukan setelah data subyektif maupun obyektif terkumpul. Data dipilah antara data masalah individu dan data masalah keluarga. Penegakan diagnose keperawatan merujuk pada Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Dari data yang ada ditegakkan 7 diagnosis keperawatan, terdiri dari 5 diagnose keperawatan individu dan 2 diagnosa keperawatan keluarga. Diagnosa keperawatan individu ditegakkan dengan berfokus pada masalah kesehatan yang ada pada pasien. Sedangkan diagnose keperawatan keluarga diprioritaskan berdasarkan penapisan skoring Bailon Maglaya. Lima diagnosa keperawatan individu tersebut adalah :

- a. D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Proses infeksi, hiperskresi jalan nafas
- b. D.0146 Risiko Perilaku Kekerasan b.d. Riwayat halusinasi, perespsi pada lingkungan tidak akurat, Riwayat atau ancaman kekerasan terhadap diri sendiri atau orang lain, disfungsi system keluarga
- c. D.0119 Gangguan komunikasi verbal b.d. Gangguan psikotik
- d. D.0121 Isolasi Sosial b.d. Ketidak mampuan menjalin hubungan yang memuaskan dan perubahan status mental
- e. SDKI D.0100 Risiko Distres Spiritual Risiko distress spiritual d.d Perubahan hidup, Perubahan dalam ritual agama, Perubahan dalam praktik spiritual

Sedangkan Diagnosis Keperawatan Keluarga yang didapatkan yaitu :

- a. D.0090 Kesiapan peningkatan coping keluarga d.d. Anggota keluarga menetapkan tujuan untuk meningkatkan gaya hidup sehat, anggota keluarga menetapkan sasaran untuk meningkatkan kesehatan
- b. D.0124 Ketegangan peran pemberi asuhan.b.d. Kompleksitas dan jumlah aktivitas pemberi asuhan Khawatir klien akan kembali ke rumah sakit, Khawatir tentang kondisi kesehatan anggota keluarga.

Diagnosis ini berbeda dengan teori yang mana hanya terdapat 5 (lima) dari 7 (tujuh) diagnosis keperawatan individu dalam teori. Sedangkan untuk diagnosis keluarga hanya muncul dua (2) dari empat (4) teori yang ada.

Diagnose yang tidak muncul pada asuhan keperawatan individu kali ini adalah :

- a. D.0105 Waham
- b. D.0085 Gangguan Persepsi Halusinasi
- c. D.0086 Harga diri rendah kronis
- d. D.0109 Defisit perawatan diri

Sedangkan diagnose keperawatan jiwa tidak muncul pada keluarga adalah:

- a. D.0097 Penurunan Koping Keluarga
- b. D.0093 Ketidak mampuan Koping Keluarga

Diagnosa individu maupun keluarga yang tidak muncul dikarenakan saat dilakukan pengumpulan data primer maupun sekunder tidak ditemukan data yang menunjang untuk ditegakkan diagnose keperawatan. Gangguan Waham dan gangguan persepsi halusinasi dan deficit perawatan diri yang sering terjadi penderita Skizofrenia. Sdr. W melaporkan pernah merasakan gejala waham curiga, halusinasi auditorik dan malas mandi, rambut gondrong. Namun semenjak rawat inap bulan April 2023 mendapat obat Risperidon, Clozapin dan Trihexypenidil secara rutin gejala tersebut telah menghilang. Ke tiga obat yang dikonsumsi pasien termasuk dalam Antipsikotik atipikal atau obat antipsikotik jenis baru. Gangguan Skizofrenia adalah terjadinya ketidak stabilan neurotransmitter Dopamin dan Serotonin. Hal ini mempengaruhi gejala skizofrenia seperti pemikiran terganggu, kehilangan minat, emosi tak terkontrol, perilaku yang aneh dan perilaku kekerasan. Risperidon dan Clozapin memiliki daya kerja dengan memblokir reseptor serotonin dan reseptor dopamine. Dengan mengkonsumsi anti prikotik atipikal maka gejala psikotik yang ada dapat

dikendalikan.. Selain pengobatan rutin pasien mendapat dukungan sosial dari Ny. H yaitu dengan diberi aktifitas menyapu dan mengepel rumah bagian depan, membatu menjemur pakaian (jasa laundry) dan mendapat upah dari ibunya. Bentuk dukungan lain setiap hari sabtu diberikan uang oleh ayahnya. Hal ini menunjukkan masalah koping yang terjadi adalah keluarga siap meningkatkan kopingnya .

Diagnose keperawatan yang tidak ada dalam teori namun justru muncul adalah :

- a. SDKI D.0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d. Proses infeksi, hiperskresi jalan nafas
- b. SDKI D.0100 Risiko Distres Spiritual Risiko distress spiritual *d.d* Perubahan hidup, Perubahan dalam ritual agama, Perubahan dalam praktik spiritual

Diagnose Bersihan jalan nafas tidak efektif muncul karena pada saat pengkajian didapatkan data subyektif dan obyektif untuk Tn W dan Sdr W sedang sakit batuk pilek.

Diagnosa keperawatan risiko distress spiritual ditegakkan karena berdasarkan data subyektif dari Ny. H yang mengatakan suaminya tidak pernah sholat dan Sdr W sudah lebih 1 bulan sholatnya bolong-bolong

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan keluarga Tn. W dan Sdr. W disusun berdasar Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standart Intervensi Keperawatan (SIKI) tahun 2017. Perencanaan tindakan keperawatan untuk

“Asuhan Keperawatan Keluarga melalui Terapi Keluarga Terhadap Pencegahan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia Di Puskesmas Kasihan II Bantul” merencanakan antara lain :

- a. I.01006 Latihan Batuk efektif
- b. I.01014 Pemantauan respirasi
- c. I.14544 Pencegahan Perilaku Kekerasan
- d. I.09312 Promosi Koping
- e. I.13498 Promosi Sosialisasi
- f. I.13492 Promosi Komunikasi: Defisit Bicara
- g. I.09269 Dukungan Perkembangan Spiritual
- h. I.09306 Promosi Dukungan Spiritual
- i. I.09260 Dukungan Koping Keluarga
- j. I.14525 Pelibatan Keluarga
- k. I.12402 Edukasi Pada Pengasuh
- l. I.13495 Promosi Pengasuhan

Selain merencanakan intervensi keperawatan yang telah disesuaikan dengan tujuh diagnose keperawatan yang ada pada karya ilmiah ners kali ini penulis merencanakan intervensi khusus terkait dengan program pencegahan kekambuhan skizofrenia.

Perilaku kekerasan dan Risiko perilaku kekerasan adalah diagnose keperawatan yang sering menyertai penderita skizofrenia. Diagnose keperawatan ini seringkali menyertai episode kekambuhan Skizofrenia. Tingkat kekambuhan Skizofrenia antara 50-92 % bahkan ada yang

menyebutkan 100% paska lima tahun rawat inap. Dampak kekambuhan adalah menambah beban perawatan, menurunnya produktifitas dan munculnya stigma dari keluarga dan lingkungan. Salah satu factor kekambuhan skizofrenia adalah kepatuhan minum obat karena keluarga kurang mendukung pasien skizofrenia.

Kurangnya dukungan keluarga dipengaruhi oleh pengetahuan keluarga, dimana tingkat pengetahuan keluarga mempengaruhi bagaimana memberikan dukungan pada penderita skizofrenia. Dukungan keluarga adalah penerimaan, sikap dan perilaku (tindakan) keluarga terhadap yang sakit. Terapi keluarga direncanakan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dalam mencegah kekambuhan.

Terapi keluarga terkait dengan diagnose keperawatan kesiapan peningkatan koping keluarga. Diagnosa kesiapan peningkatan koping keluarga diangkat karena melihat potensi adaptasi anggota keluarga untuk mengatasi situasi kekambuhan skizofrenia secara aktif dimana NY. H dan Sdr. W menyatakan bahwa kondisi kesejahteraan keluarga dalam level 3 yaitu merasakan adanya masalah kesehatan tinggi dan keluarga membutuhkan banyak bantuan. Keluarga juga menyatakan Kondisi kesejahteraan keluarga saat ini menurut pilihan keluarga (Tn. W, Ny. H sdr. W) adalah level 3 yaitu masalah tinggi dan keluarga membutuhkan banyak bantuan. Keluarga menyatakan bahwa yang paling ingin keluarga ketahui adalah tentang penyebab skizofrenia dan bagaimana cara mencegah kekambuhan. Selain itu keluarga memiliki potensi kemandirian keluarga yang baik yaitu mau

menerima petugas, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana, menyatakan masalah dengan benar dan mampu memanfaatkan perawatan sederhana sesuai anjuran.

Intervensi Terapi keluarga ini terkait dengan masalah kesiapan peningkatan koping keluarga dan ketegangan peran pemberi asuhan serta risiko perilaku kekerasan. Rencana intervensi terkait tiga masalah kesehatan tersebut adalah :

- a. Diagnosis D.0146 Risiko Perilaku Kekerasan dengan tindakan :
 - 1) Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) dengan rencana :
 - a) Libatkan keluarga dalam perawatan
 - b) Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
 - 2) Promosi Koping (I.09312) dengan rencana :
 - a) Anjurkan keluarga terlibat
- b. D.0090 Kesiapan peningkatan koping keluarga dengan tindakan :
 - 1) Dukungan Koping Keluarga (I.09260) dengan intervensi:
 - a) Fasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai
 - b) Kolaborasi, Rujuk untuk terapi keluarga
 - 2) Pelibatan Keluarga (I.14525) dengan intervensi
 - a) Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
 - 3) Promosi Koping (I.09312) dengan intervensi
 - a) Anjurkan keluarga terlibat
- c. D.0124 Ketegangan peran pemberi asuhan dengan tindakan :

- 1) Edukasi Pada Pengasuh (I.12402) dengan intervensi
 - a) Identifikasi pemahaman dan kesiapan peran pengasuh
- 2) Promosi Pengasuhan (I.13495) dengan intervensi
 - a) Fasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial
 - b) Lakukan kunjungan rumah sesuai dengan tingkat risiko

Melihat permasalahan, potensi yang ada dan mempertimbangkan efisiensi dan efektifitas pilihan implementasi. Implementasi dirancang untuk mengatasi tindakan dimana satu langkah. Terapi keluarga dapat mengatasi dua atau lebih permasalahan dengan sekaligus maka dilakukan implementasi terapi keluarga untuk mencegah kekambuhan untuk Keluarga Tn. W.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang diberikan untuk keluarga Tn W disesuaikan dengan diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan implementasi dilaksanakan sesuai perencanaan dan mengikuti waktu yang ditentukan oleh keluarga sehingga tidak mengganggu aktifitas keluarga. Selain tindakan utama juga diberikan implementasi tambahan.

Implementasi keperawatan dilaksanakan pada tanggal 24, 25, 26 dan 28 Juli 2023. Pada hari pertama dilakukan kontrak kepada keluarga untuk pelaksanaan rencana Asuhan Keperawatan pada keluarganya. Hari pertama dilakukan pre test terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam mencegah kekambuhan menggunakan kuesioner pencegahan kekambuhan.

Selain pre test juga dilakukan implementasi keperawatan yang bersifat observasi meliputi identifikasi dan monitoring :

- a. Latihan Batuk efektif
- b. Pemantauan respirasi
- c. Pencegahan Perilaku Kekerasan
- d. Promosi Koping
- e. Promosi Sosialisasi
- f. Promosi Komunikasi: Defisit Bicara
- g. Dukungan Koping Keluarga
- h. Pelibatan Keluarga

Identifikasi dan monitoring terhadap koping keluarga dan peran pemberi perawatan dilakukan untuk mengetahui potensi keluarga untuk mencegah kekambuhan melalui terapi keluarga.

Hari kedua melanjutkan implementasi dilakukan di ruang konsultasi Puskesmas Kasihan II terhadap Sdr. H. Implementasi Latihan Batuk efektif dengan melaksanakan kolaborasi pemberian ekspektoran acetyl sistein untuk mempermudah pengeluaran sekret sputum akibat batuk dan pilek. Promosi Komunikasi: Defisit bicara dilakukan observasi mendalam tentang gangguan bicara pada pasien apakah terkait dengan adanya efek samping obat antipsikotik.

Implementasi terapi keluarga dirancang bersama keluarga saat kunjungan pada hari ke tiga , yaitu dengan melihat sarana dan prasarana yang ada pada keluarga. Keluarga bersedia diberikan intervensi berupa terapi keluarga

dengan melibatkan seluruh anggota keluarga dengan alokasi waktu di malam hari dan disepaki diberikan pada hari Jumat tgl 28 Juli 2023 jam 19.30 Wib di rumah Kelg Tn W. Untuk mendapatkan dukungan sosial dan lingkungan penulis mengajukan ijin kepada keluarga untuk menyertakan kader dan dukuh dalam implementasi terapi keluarga. Dukungan sosial dan lingkungan sangat dibutuhkan untuk pasien dan keluarga melihat tingginya kekambuhan akibat rendahnya dukungan sosial dan lingkungan berupa stigma. Untuk masalah ini dilakukan implementasi terapi keluarga pada hari ke empat.

Selanjutnya di evaluasi ulang pada 4 Agustus 2023 untuk melihat efektifitas pemberian materi pencegahan kekambuhan dalam bentuk video dan leaflet

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan bagian akhir dalam tahapan proses asuhan keperawatan. Dalam tahapan ini dilakukan penilaian hasil implementasi dengan respon perkembangan pasien. Evaluasi dilakukan dalam proses (evaluasi formatif) dan evaluasi hasil (evaluasi sumatif). Adapaun hasil evaluasi keperawatan terhadap tujuh masalah keperawatan menghasilkan 6 masalah teratasi yaitu pada masalah :

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Risiko perilaku kekerasan
- c. Isolasi Sosial
- d. Kesiapan peningkatan koping keluarga
- e. Ketegangan peran pemberi asuhan perawatan

f. Gangguan komunikasi verbal

Sedangkan satu masalah keperawatan terevaluasi tercapai sebagian yaitu pada masalah Risiko distress spiritual. Meskipun keluarga memiliki dukungan spiritual dan juga sarana berupa buku,-buku belajar ibadah namun implementasi ini belum dapat menyelesaikan masalah. Hambatan keterbatasan waktu dalam implementasi sedangkan kebutuhan untuk melaksanakan dukungan perkembangan spiritual membutuhkan ketrampilan khusus dan waktu yang lebih lama. Dibutuhkan ahli dalam bimbingan spiritual seperti tokoh agama, orang yang berpengaruh dan waktu yang Panjang guna bimbingan yang lebih intensif. Moment-moment lain seperti ibadah hari raya hanya ada dua kali setahun, forum pengajian hanya satu bulan sekali dan dukungan kelompok teman sebaya belum menjadi pilihan klien.

C. Analisa EBN

Terapi keluarga diberikan oleh perawat generalis. Merupakan terapi modalitas keperawatan keluarga berikan untuk seluruh keluarga. Terapi ini bertujuan untuk menggerakkan keluarga melakukan cara hidup yang lebih produktif. Sasaran terapi keluarga adalah keluarga yang mengalami disfungsi berupa ketidak mampuan melaksanakan fungsi-fungsi dalam keluarga khususnya merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Implementasi Terapi keluarga diberikan untuk menyelesaikan masalah yaitu :

- 1) ketegangan peran pemberi perawatan,
- 2) kesiapan peningkatan coping

keluarga dan 3) risiko perilaku kekerasan bila pasien skizofrenia mengalami kekambuhan. Tindakan ini mengacu pada rencana intervensi pada masalah :

1. Risiko perilaku kekerasan dengan tindakan :
 - a. Pencegahan Perilaku Kekerasan (I.14544) melalui tindakan melibatkan keluarga dalam perawatan, memfasilitasi keluarga dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
 - b. Promosi Koping (I.09312) dengan tindakan Anjurkan keluarga terlibat
2. D.0090 Kesiapan peningkatan koping keluarga dengan tindakan :
 - a. Dukungan Koping Keluarga (I.09260) dengan intervensi: memfasilitasi anggota keluarga dalam mengidentifikasi dan menyelesaikan konflik nilai, merujuk untuk terapi keluarga
 - b. Pelibatan Keluarga (I.14525) dengan intervensi menganjurkan keluarga terlibat dalam perawatan
 - c. Promosi Koping (I.09312) dengan intervensi : menganjurkan keluarga terlibat
3. D.0124 Ketegangan peran pemberi asuhan dengan tindakan :
 - a. Edukasi Pada Pengasuh (I.12402) dengan intervensi : mengidentifikasi pemahaman dan kesiapan peran pengasuh
 - b. Promosi Pengasuhan (I.13495) dengan intervensi : memfasilitasi orang tua dalam mengembangkan dan memelihara sistem dukungan sosial, melakukan kunjungan rumah sesuai dengan tingkat risiko

Dalam rencana ini sebelum dilakukan implementasi dilakukan identifikasi kesiapan keluarga dalam keterlibatan yaitu dengan kuesioner pencegahan kekambuhan. Implementasi dilakukan dengan menciptakan hubungan yang terapeutik, memberikan informasi tentang sikap keluarga respon verbal dan non verbal.

1. Analisis berdasarkan konsep kasus

Implementasi terapi keluarga dilakukan pada hari ke empat. Hambatan pelaksanaan implementasi adalah memilih waktu berkumpul yang tepat agar bisa diikuti oleh seluruh anggota keluarga. Hambatan lain keluarga dan penulis dalam kondisi sakit batuk pilek. Setelah kondisi masing-masing membaik maka disusunlah acara terapi keluarga bersama keluarga. Terapi keluarga pada kasus skizofrenia dilakukan dengan melihat keefektifannya sebagaimana telah dilakukan oleh Tombokan dkk (2022). Terapi keluarga oleh Tombokan merupakan implementasi riset kesehatan pengabdian masyarakat yang diberikan pada 5 penderita skizofrenia. Stiap penderita didampingi 5 orang keluarga sehingga total peserta sebanyak 30 orang. Terapi keluarga oleh Tombokan dkk dilakukan selama 3 hari berturut turut selanjutnya dievaluasi dengan kunjungan rumah sebanyak dua kali dalam seminggu selama satu bulan. Sasaran Metode yang digunakan dengan: Brain Storming, Ceramah, Diskusi, demonstrasi dan redemonstrasi. Penulis mencoba mengaplikasikan Terapi keluarga dengan penyesuaian situasi dan kondisi yang ada dilapangan. Dengan keterbatasan waktu dan hambatan yang ada maka diaplikasikan terapi keluarga hanya

pada 1 keluarga dengan peserta 6 orang dalam satu kali kunjungan namun dalam 2 sesi selama 1,5 jam. Setiap sesi dilakukan dengan metode ceramah, tanya jawab, diskusi interaktif.

Terapi keluarga untuk kasus ini adalah jenis Terapi keluarga kombinasi antara jenis latihan asertif, komunikasi efektif dan terapi struktur keluarga. Kombinasi jenis terapi dilakukan berdasarkan masalah dan kebutuhan untuk penyelesaiannya. Latihan asertif digunakan untuk memfasilitasi kebutuhan keluarga dalam mengkomunikasikan keinginan, pikiran dan perasaan antar anggota keluarga namun tetap menjaga hak-hak setiap anggotanya. Penerapan terapi asertif dan dipadu komunikasi efektif. Pada keluarga Tn. W dilakukan pada saat Ny. H menyampaikan keinginannya agar suami lebih meningkatkan dukungan keuangan, dukungan pengasuhan, harapan Tn. W meningkatkan ibadahnya. Sedangkan Tn. W sendiri mencurahkan pendapatnya tentang alasannya mengapa kurang mendukung karena merasa tidak tahu harus bagaimana. Sedangkan Sdr W saat melakukan ancaman merasa dilakukan tanpa sadar dan sudah lupa. Sdr. W mengaku sayang dengan ayahnya, merasa kasihan ayahnya sekarang sudah tua. Untuk An A, merasa kakaknya W kadang dianggap aneh dan membuatnya bingung. Dengan curah pendapat, menyampaikan keinginan dan persaaan keluarga menjadi saling memahami satu dan lainnya karena komunikasi menjadi lebih efektif. Modifikasi lain adalah dengan bentuk terapi struktur keluarga. Terapi ini sebagai bentuk kelanjutan dimana keluarga telah menyampaikan pendapat, keinginann

dan persaanya secara asertif dan komunikasi efektif dilanjutkan dengan berbagi peran antar anggota keluarga . Sehingga peran dapat dikomunikasikan dengan efektif sesuai dengan keinginan dan harapan keluarga.

Media menggunakan video pendidikan dan leaflet dilanjutkan diskusi dan curah pendapat dan tanya jawab secara interaktif . Metode modifikasi ini dilakukan untuk memperjelas materi dan memfasilitasi keluarga menyampaikan aspirasi. Selain itu dengan pemberian video dan leaflet diharapkan keluarga dapat menyimak ataupun membaca kembali informasi yang ada. Pemberian video dan leaflet juga memfasilitasi keluarga mendapat informasi sesuai kemampuan pada keluarga dengan melihat latar belakang pendidikan, umur yang beragam. Sebagaimana diketahui bahwa menurut penelitian oleh carter (2008) dalam artikel Dharmawati dan Wirata (2016) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah menerima informasi. Sebaliknya jika seseorang dengan pendidikan rendah akan menghambat perkembangan sikap seseorang dalam menerima informasi dan nilai-nilai baru yang diperkenalkan. Hasil pendidikan kesehatan pencegahan kekambuhan menggunakan media video dan dilanjutkan diskusi interaktif dipilih karena merupakan metode yang efektif dalam meningkatkan pengetahuan hal ini merujuk pada artikel oleh (Eryanto, 2019) dan (Muflih, Asmarani, Suwarsi, Erwanto, & Amogo, 2023).

2. Analisis berdasarkan penerapan Intervensi Terapi Keluarga

a. Analisa univariat

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Peserta Terapi Keluarga Pencegahan Kekambuhan Skizofrenia berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Umur		
15 tahun	1	16,67
22 tahun	1	16,67
22 tahun	1	16,67
25 tahun	1	16,67
51 tahun	1	16,67
67 tahun	1	16,67
Jenis Kelamin		
Laki-laki	4	66,67
Perempuan	2	33,33
Pendidikan		
SD	1	15,67
SMP	2	33,33
SLTA	3	50
Pekerjaan		
Belum Bekerja	1	16,67
Tidak bekerja	1	16,67
Buruh Tidak Tetap	2	33,33
Karyawan Swasta	2	33,33

Berdasarkan data pada table 5.1 analisa secara univariat peserta yang mengikuti terapi keluarga pada keluarga Tn. W adalah : 6 orang dengan rentang umur termuda 15 tahun dan tertua 67 tahun, Jenis kelamin laki-laki 4 orang (66.6%) dan perempuan 2 orang (33,3%) , Pendidikan SD 1 orang (15,67%) SMP 2 orang (33,3%) SLTA 3 orang (50%), Pekerjaan tidak bekerja 1 orang (15,67%) belum bekerja 1 orang (15,67%) Buruh tidak tetap 2 orang (33,3%) dan karyawan swasta 2 orang (33,3%)

Terapi keluarga yang dilakukan kepada keluarga Tn. W diberikan untuk semua anggota keluarga. Dengan metode ini maka pendidikan dapat memfasilitasi kebutuhan audien/peserta dimana dalam keluarga ini memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda beda, usiapun berbeda. Terapi ini membantu keluarga meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pencegahan kekambuhan skizofrenia. Penilaian peningkatan pengetahuan sebanyak tiga kali (sebelum implemntasi, paska terapi keluarga dan setelah keluarga diberikan bantuan materi berupa video dan Leaflet ProAktif. Hasil pre test dan post tes kemudian dilakukan tabulasi dan klasifikasi. Klasifikasi cukup, baik dan sangat baik untuk membatu penulis melihat trend dan efektifitas implementasi. Pendidikan kesehatan dengan media video digunakan untuk mencegah adanya distraksi dalam penyampaian materi serta memperluas jangkauan untuk digunakan dikemudian hari. Hasil implementasi tersaji dalam tabel sebagai berikut :

Tabel 5.2 Hasil Pre Test dan Post Test pasca implementasi Terapi keluarga dan paska pemberian Video pendidikan kesehatan serta pemberian leaflet Pencegahan Kekambuhan Skizofrenia pada Keluarga Tn. W

No	Peserta		24/07/2023									28/07/2023									04/08/2023								
			SKOR PRE									SKOR POST									SKOR POST II								
			Pengetahuan Keluarga			Sikap Keluarga			Perilaku Keluarga			Pengetahuan Keluarga			Sikap Keluarga			Perilaku Keluarga			Pengetahuan Keluarga			Sikap Keluarga			Perilaku Keluarga		
			Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi	Hasil	Skor	Klasifikasi
1	KK	A	19	6,3	c	16	8,00	b	6	6	c	24	8,00	b	16	8,00	b	9	9,00	sb	28,00	9,33	sb	20,00	10,00	sb	10,00	10,00	sb
2	IBU	B	22	7,3	c	13	6,50	c	6	6	c	24	8,00	b	14	7,00	c	9	9,00	sb	30,00	10,00	sb	20,00	10,00	sb	10,00	10,00	sb
3	Arjun	C	16	5,3	kc	16	8,00	b	6	6	c	20	6,67	c	16	8,00	b	10	10,00	sb	24,00	8,00	b	16,00	8,00	b	9,00	9,00	sb
4	EMA	D	24	8,0	b	13	6,50	c	6	6	c	28	9,33	sb	19	9,50	sb	9	9,00	sb	30,00	10,00	sb	20,00	10,00	sb	10,00	10,00	sb
5	WHY U	E	25	8,3	b	15	7,50	c	6	6	c	25	8,33	b	15	7,50	c	6	6,00	c	30,00	10,00	sb	18,00	9,00	sb	8,00	8,00	b
6	Y	F	19	6,3	c	15	7,50	c	6	6	c	25	8,33	b	18	9,00	sb	9	9,00	sb	27,00	9,00	sb	18,00	9,00	sb	10,00	10,00	sb
		MAX	25	8,33		16	8		6	6		28	9,33		19	9,5		10	10		30,00	10,00		20,00	10,00		10,00	10,00	
		MIN	16	5,33		13	6,5		6	6		20	6,67		14	7		6	6		24,00	8,00		16,00	8,00		8,00	8,00	
		Rata-rata	20,83	6,94		14,67	7,33		6	6		24,33	8,11		16,33	8,17		8,67	8,67		27,88	9,29		18,50	9,25		9,38	9,38	

Untuk klasifikasi nilai skor adalah :

Nilai Klasifikasi

6 – 6,9 : Cukup

7 – 8,4 : Baik

8,5 -10 : Sangat baik

Berdasarkan data pada tabel 5.2 didapatkan hasil bahwa :

1. Pengetahuan

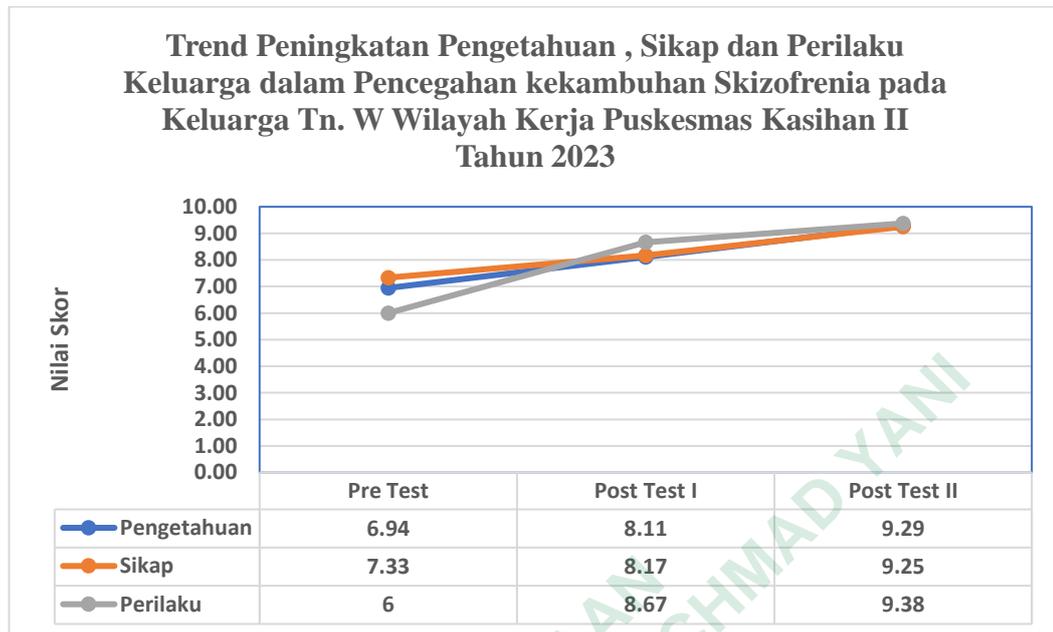
Pre Test pada domain pengetahuan pada sebelum implementasi adalah 6,94 , klasifikasi cukup bahkan didapatkan hasil di bawah cukup pada satu peserta yaitu skor nilai 5,53, setelah implentasi I rerata nilai menjadi 8,11 dalam klasifikasi baik, dan pada post test ke dua menjadi 9,29 klasifikasi sangat baik

2. Sikap

Pre Test pada domain sikap sebelum implementasi adalah 7,33 klasifikasi cukup, setelah implentasi I rerata nilai 8,17 klasifikasi baik dan dan pada post test ke dua menjadi 9,25 klasifikasi sangat baik

3. Perilaku

Pre Test pada domain perilaku sebelum implementasi skor nilai 6 klasifikasi cukup, setelah implentasi I rerata nilai 8,67 klasifikasi sangat baik dan dan pada post test ke dua menjadi 9,38 klasifikasi sangat baik



Gambar 5.1 Grafik Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Keluarga dalam mencegah Skizofrenia Berdasarkan data pada gambar gambar 5.1 implemntasi terapi keluarga mendapatkan hasil :

1. Pengetahuan keluarga tentang skizofrenia terjadi peningkatan dimana dari pre test rata-rata 6,94 dalam klasifikasi cukup, kemudian post test pertama menjadi 8,11 klasifikasi baik dan setelah post test ke dua mendapatkan hasil 9,29 klasifikasi sangat baik
2. Pengetahuan keluarga tentang sikap dalam mencegah kekambuhan meningkat dimana pada saat pre test nilai skor rata-rata 7,33 dalam klasifikasi baik, setelah post test pertama meningkat menjadi rata-rata 8,17 dalam klasifikasi baik dan pada saat post test ke dua semakin meningkat dengan rata-rata skor nilai 9,25 klasifikasi sangat baik
3. Pengetahuan keluarga dalam perilaku mencegah skizofrenia meningkat, yaitu hasil pre test nilai skor rata-rata 6 masuk dalam klasifikasi cukup. Nilai

post test pertama rata-rata 8,67 klasifikasi sangat baik dan semakin meningkat pada post test ke dua dengan rata-rata 9,38.

Berdasarkan hasil terapi keluarga yang diberikan melalui pemutaran video dibantu dengan leaflet dilanjutkan dengan curah pendapat, diskusi interaktif tanya jawab dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang skizofrenia, pengetahuan keluarga tentang sikap dan pengetahuan keluarga tentang perilaku dalam pencegahan Skizofrenia. Hal ini sesuai dengan terapi keluarga yang dilakukan oleh Tombakan dkk (2022) di Maricaya Selatan, Mamajang , Makasar, dimana pemberian pelatihan terapi keluarga meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan anggota keluarga sehingga dapat membantu petugas kesehatan dalam mencegah kekambuhan untuk keluarganya. Peneliti lain oleh Istichomah dan Fatichatur (2019) menyebutkan penurunan frekuensi kekambuhan dapat diturunkan dengan peningkatan pengetahuan keluarga tentang skizofrenia.

Leaflet biasanya di desain menarik, dengan informasi yang padat di sertai gambar-gambar pendukung. Leaflet sebagai media yang digunakan untuk membantu dalam pendidikan. Dengan leaflet sasaran dapat menyesuaikan waktu secara mandiri. Sasaran dapat membaca ulang maupun dibaca ulang dengan keluarga yang lain. Namun leaflet juga memiliki kekurangan apabila sasaran memiliki keterbatasan dalam membaca. Video menjadi media pendidikan kesehatan dengan menyajikan gambar, intonasi suara sehingga menjadi informasi yang menarik. Informasi melalui video menarik perhatian dan minat sasaran sehingga mudah dipahami. Kelebihan lain juga dapat

diulang-ulang dilain waktu dan menghemat waktu dan tidak terdistraksi oleh sasaran karena informasi hanya bisa satu arah. Media video cocok diberikan untuk sasaran yang memiliki hambatan dalam membaca leaflet. Terapi keluarga pencegahan kekambuhan dengan metode pemutaran video dan leaflet diberikan untuk mengurangi hambatan tersebut. Pengetahuan adalah hasil dari respon seseorang terhadap suatu obyek. Sebagian besar pengetahuan manusia didapatkan melalui indera pendengaran dan pengelihatn (Ramdaniati & Somantri, 2022) dan (Adventus, Jaya, & Mahendra, 2019). Materi yang diberikan melalui video , leaflet dan diskusi interaktif secara berulang-ulang meningkatkan daya serap indera pendengaran dan penglihatan agar informasi tersebut dapat di ingat oleh manusia.

Manusia memiliki potensi menyimpan dan mengingat informasi dengan otak yang dimilikinya. Otak dengan kapasitas 100 miliar sel syaraf (neuron) sebagai penyimpan informasi. Informasi diterima indra (auditorik dan bisual) di bawa oleh impulse melalui sinaps menuju neuron. Informasi disimpan oleh neuron. Informasi dari audio dan visual adalah sebuah informasi (pengetahuan) yang berulang akan tersimpan di otak dan menjadi kerangka pikir atau persepsi manusia dan akan mempengaruhi dalam bersikap dan berperilaku (Friyandito, 2023)

Tehnik strategi komunikasi redundancy atau repetition yaitu dengan cara memberikan informasi yang berulang meningkatkan daya lekat ke dalam ingatan sehingga akan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang. Pendidikan kesehatan yang diberikan melalui terapi keluarga ditujukan untuk

mengubah perilaku manusia melalui informasi yang diberikan. Pendidikan kesehatan menjadi alih informasi dengan demikian individu dan keluarga mendapatkan informasi yang bermanfaat dan mempengaruhi perilaku individu dan keluarga. Tn W. notoatmojo (2010) menyatakan bahwa Pengetahuan mendasari sebuah tindakan, dengan pengetahuan yang meningkat akan memberikan dampak terhadap dukungan, karena tindakan yang berdasar pengetahuan akan lebih langgeng atau berjalan lebih lama dibanding tindakan tanpa pengetahuan (Kustiawan, Cahyati, & Nuralisah, 2023)

Keluarga adalah unit terdekat pasien, merupakan care giver utama dimana penderita skizofrenia berada. Pemberian informasi tentang pencegahan kekambuhan yang diberikan berulang-ulang melalui media leaflet, ceramah dan video diterima dan disimpan oleh otak menjadi sumber pengetahuan manusia. Pengetahuan keluarga berpengaruh terhadap dukungan pada pasien skizofrenia. Pengetahuan yang meningkat dan digunakan sebagai dasar tindakan. Pengetahuan yang meningkat berdampak peningkatan sikap dan perilaku keluarga pada pasien skizofrenia sehingga diharapkan dapat mencegah kekambuhan skizofrenia. Penelitian ini baru sebatas peningkatan pengetahuan keluarga tentang pengetahuan sikap dan perilaku. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut apakah ada perubahan perilaku keluarga pada penderita skizofrenia setelah adanya peningkatan pengetahuan ini.